

**AUDITORÍA Y MEJORAMIENTO DE 7 PROCESOS CRÍTICOS DEL MODELO DE
GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE
COLOMBIA FCV INSTITUTO DEL CORAZÓN**

Autor

JUAN DIEGO ROJAS PERALTA

**PROYECTO DE GRADO MODALIDAD PRÁCTICA EMPRESARIAL
PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL**

Directora

Ingeniera Industrial MYRIAM LEONOR NIÑO LÓPEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2004**

CONTENIDO

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 INTRODUCCIÓN Pág. 1

1.2 OBJETIVOS Pág. 3

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

2.1 ANTECEDENTES Pág. 4

2.2 MISIÓN, VISIÓN, VALORES, POLÍTICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD Pág. 6

2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Pág. 9

2.4 ANÁLISIS DEL ENTORNO ECONÓMICO Pág. 12

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 GENERALIDADES SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Pág. 19

3.1.1 Auditorías de Calidad Pág. 22

3.2 DIFERENCIAS FUNDAMENTALES ISO 9001:94 vs. ISO 9001:2000 Pág. 23

3.3 MEDICIÓN DEL IMPACTO DEL SGC EN LAS ORGANIZACIONES	Pág. 29
3.3.1 Impacto Financiero o de Costos	Pág. 30
3.3.2 Impacto No Financiero de la gestión	Pág. 31
4. DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS DE APOYO DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	
	Pág. 34
4.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA.	
4.1.1 Auditoría Interna del Proceso Mantenimiento Preventivo de Equipos biomédicos, No biomédicos y planta Física PC-MTO-01 y Proceso de Mantenimiento Correctivo de Equipos biomédicos, No biomédicos y planta Física PC-MTO-02.	
	Pág. 39
4.1.2 Auditoría Interna del Proceso Desarrollo del Talento Humano PC-DTH-01	
	Pág. 48
4.1.3 Auditoría Interna del Proceso Gestión Integral de Compras PC-COM-01.	
	Pág. 56
4.1.4 Auditoría Interna del Proceso General de Suministros PC-SUM-01	
	Pág. 61
4.1.5 Auditoría Interna al Proceso de Auditoría Médica Interna PC-GERIC-02 y Proceso de Diseño, Validación, Desarrollo y Seguimiento de Vías clínicas PC-GERIC-01.	
	Pág. 65

4.2 DIAGNÓSTICO FUNDAMENTADO EN LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO	Pág. 72
5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
5.1 SEGUIMIENTO A LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD	Pág. 80
5.1.1 Costos de la No Calidad en el Proceso General de Mantenimiento	Pág. 82
5.1.2 Costos de la No Calidad en el Proceso de Desarrollo del Talento Humano	Pág. 84
5.1.3 Costos de la No Calidad en el Proceso de Compras y Suministros	Pág. 85
5.1.4 Costos de la No Calidad en el Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño de vías clínicas	Pág. 86
5.2 MEJORAS A LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD.	
	Pág. 88
5.2.1 Análisis de la Situación	Pág. 90
5.2.2 Etapa PLANEAR del Mejoramiento de la disposición de la documentación	Pág. 92
5.2.3 Etapa HACER del Mejoramiento de la disposición de la documentación	Pág. 94
5.2.4 Etapa VERIFICAR del Mejoramiento de la disposición de la documentación	Pág. 97
5.2.5 Etapa ACTUAR del mejoramiento de la disposición de la documentación	Pág. 98

5.3 MEJORAS AL SEGUIMIENTO DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE PACIENTE

5.3.1	Análisis de la situación	Pág. 101
5.3.2	Etapa PLANEAR del mejoramiento de la recolección de información	Pág. 104
5.3.3	Etapa HACER del mejoramiento de la recolección de información.	Pág. 111
5.3.4	Etapa VERIFICAR del mejoramiento de la recolección de información.	Pág. 113
5.3.5	Etapa ACTUAR del mejoramiento de la recolección de información.	Pág. 114

5.4 MEJORAS EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN

5.4.1	Indicadores de gestión del Proceso de Mantenimiento	Pág. 118
5.4.2	Indicadores de Gestión Proceso de Desarrollo del Talento Humano	Pág. 123
5.4.3	Indicadores de Gestión Proceso General de Compras y Suministros	Pág. 124
5.4.4	Indicadores de Gestión Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño de vías clínicas	Pág. 127

5.5 MEJORAS GENERALES A LOS PROCESOS AUDITADOS

5.5.1	Mejoras al Proceso General de Mantenimiento	Pág. 129
5.5.1.1	Programa de Mantenimiento Institucional	Pág. 135
5.5.2	Mejoras al Proceso Desarrollo del Talento Humano	Pág. 140
5.5.3	Mejoras al Proceso General de Compras y Suministros	Pág. 150
5.5.3.1	Nuevas Metodologías de Compra	Pág. 164
5.5.4	Mejoras Generales al Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño, Desarrollo, Validación y Seguimiento de Vías Clínicas	Pág. 169

6.	CONCLUSIONES	Pág. 173
-----------	---------------------	----------

7.	BIBLIOGRAFÍA	Pág. 175
-----------	---------------------	----------

8.	ANEXOS	
-----------	---------------	--

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Impacto de la calidad y No calidad en la utilidad de la organización.	Pág. 31
Tabla 2 Niveles de Madurez del desempeño del SGC.	Pág. 73
Tabla 3 Costos del Sistema de Gestión de la Calidad	Pág. 82
Tabla 4 Listado General de Documentos	Pág. 89
Tabla 5 Indicadores de Gestión de Mantenimiento	Pág. 121
Tabla 6 Nuevos Indicadores de Gestión Proceso de Compras y Suministros	Pág. 126
Tabla 7 Clases de Mantenimiento	Pág. 130

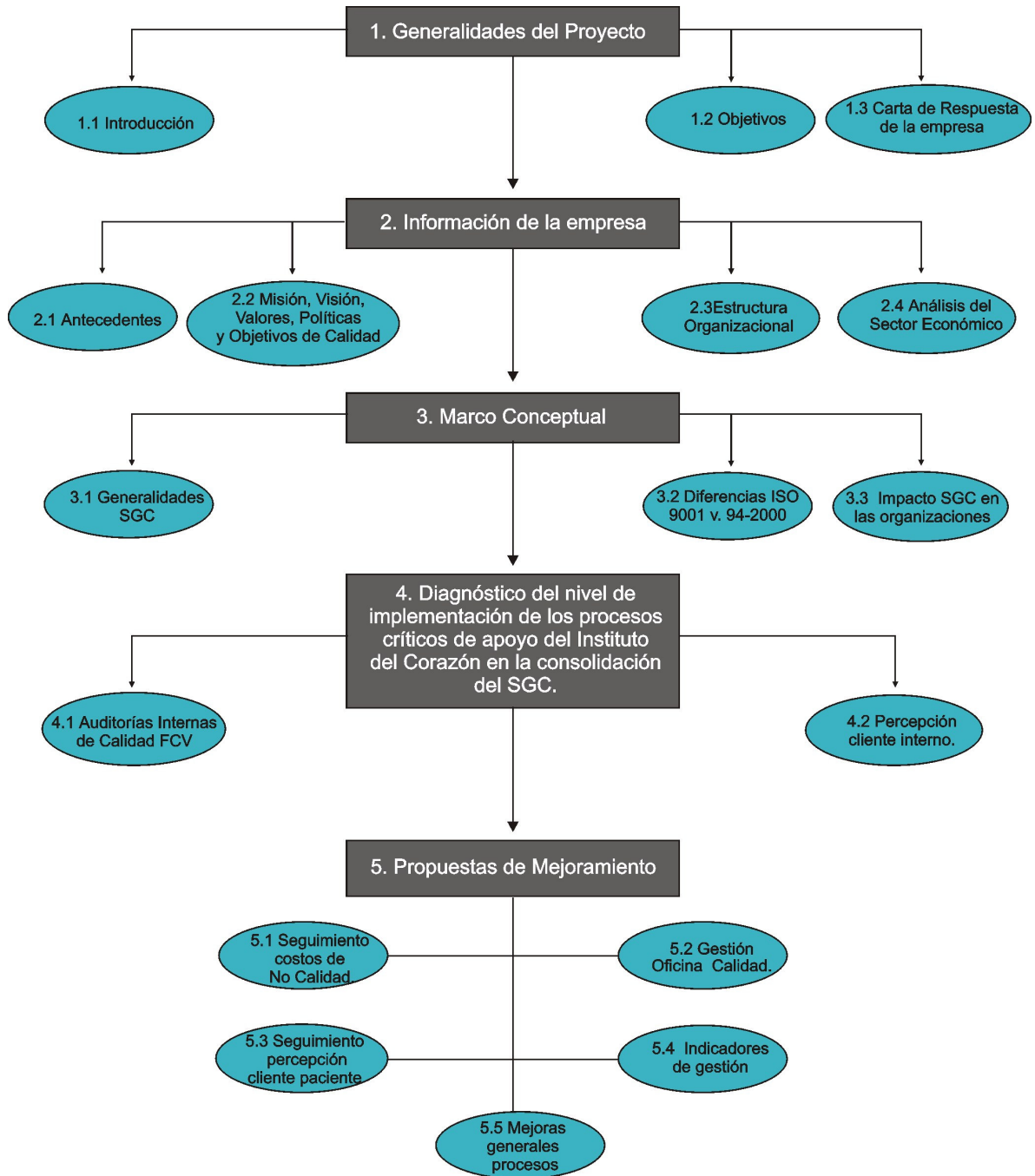
LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Principios de la gestión de Calidad ISO 9000	Pág. 21
Figura 2 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	Pág. 26
Figura 3 Modelo de Excelencia en la Gestión (Corporación Calidad)	Pág. 27
Figura 4 Ciclo de Mejoramiento PHVA	Pág. 35
Figura 5 Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo	Pág. 43
Figura 6 Frecuencia de accidentes de trabajo y Ausentismo en pesos...	Pág. 54
Figura 7 Porcentaje de facturación glosada por pertinencia médica.	Pág. 67
Figura 8 Número de No Conformidades Instituto del Corazón	Pág. 71
Figura 9 Resultados de la autoevaluación del Sistema de Calidad.	Pág. 74
Figura 10 Listado Maestro de Documentos IC Proceso PC-DTH-01	Pág. 90
Figura 11 Flujograma del mejoramiento de la disposición de la documentación	Pág. 91
Figura 12 Ventanas de acceso a la documentación del proceso PC-MDXNI-01	Pág. 92
Figura 13 Ventanas de la nueva disposición de la documentación del SGC.	Pág. 96
Figura 14 Composición de los clientes del Instituto del Corazón	Pág. 101
Figura 15 Resultados Satisfacción del Cliente Paciente IC 2002-2003	Pág. 103
Figura 16 Flujograma del mejoramiento de la recolección de información	Pág. 103
Figura 17 Porcentaje de solicitudes de Mantenimiento Correctivo	Pág. 121
Figura 18 Flujograma de la nueva orden de trabajo de Mantenimiento	Pág. 139
Figura 19 Elementos de la Competitividad	Pág. 141
Figura 20 Ciclo de adquisiciones y suministros	Pág. 159

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** Formato de Lista de Chequeo de Auditoría Interna
- Anexo 2** Programación General de auditorías Internas FCV
- Anexo 3** Modelo de gestión humana por competencias IC
- Anexo 4** Formato de Encuesta de autoevaluación del SGC
- Anexo 5** Listado general de Procesos FCV
- Anexo 6** Nueva estructura de la información del SGC. Relación de Hipervínculos principales.
- Anexo 7** Encuestas de Satisfacción de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Métodos no invasivos y Cirugía
- Anexo 8** Formato de Encuesta Atributos de Calidad
- Anexo 9** Propuesta del nuevo formato de hoja de vida de equipos biomédicos
- Anexo 10** Mapa Estratégico Instituto del Corazón
- Anexo 11** Mapa Cultural Instituto del Corazón.
- Anexo 12** Diseño Final de los nuevos cuestionarios.

ESTRUCTURA METODOLÓGICA TABLA DE CONTENIDO



TITULO: "AUDITORIA Y MEJORAMIENTO DE 7 PROCESOS CRITICOS DEL MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD DE LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA FCV INSTITUTO DEL CORAZON"

AUTOR: ROJAS PERALTA, Juan Diego**

PALABRAS CLAVE: Calidad en el sector salud, Sistema de gestión de calidad ISO 9001, Mejoramiento de procesos, Auditorias Internas de Calidad, Impacto de un sistema de gestión de calidad.

CONTENIDO: El mejoramiento continuo de procesos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) a través de las auditorias internas de calidad con base en los criterios de la norma ISO 9001 es posible para lograr un nivel de competitividad adecuado a las características del sector salud Colombiano. Gracias a la acreditación institucional por parte del Gobierno, las IPS están en la obligación de ser muy eficientes por el alto nivel de competencia y las exigencias que presenta el sector. La implementación de un sistema de gestión de calidad (SGC) y la medición del impacto son estrategias que apuntan a lograr la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo.

El objetivo general del proyecto fue auditar y mejorar los procesos de mantenimiento, compras, suministros, talento humano, auditoria medica interna y diseño de vías clínicas con una propuesta adecuada a las características de la organización. Específicamente fue evaluar el impacto del SGC, mejorar el proceso de atención al cliente para asegurar que el enfoque corporativo apunte a superar las expectativas de los clientes, mejorar la disposición de la documentación de la oficina de planeación y calidad y participar activamente en todas las actividades de la oficina. El marco conceptual utilizo las generalidades del SGC, enfocados a lograr la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo utilizando las auditorias internas de calidad como mecanismo para evidenciar la conformidad del sistema. Adicionalmente, se realizo una encuesta de percepción del cliente interno con base en la norma ISO 9004 con la cual se elaboro un completo diagnostico generando 5 propuestas concretas de mejoramiento.

De acuerdo con la metodología PHVA, se encontraron 10 No Conformidades y 57 oportunidades de mejoramiento en los procesos seleccionados entregando a cada grupo primario los resultados del proceso, el cambio de la disposición de la documentación del SGC evolucionando hacia un formato con hipervínculos permitieron un acceso mas ágil de los colaboradores y facilitaron el entendimiento del enfoque basado en procesos, la modificación de los indicadores de gestión de los procesos brinda mayor objetividad e información pertinente para la toma de decisiones, la identificación de los costos de la No Calidad son un paso inicial en la formalización del seguimiento a los mismos, el cambio de los cuestionarios que miden la satisfacción del cliente y la revalidación de los atributos de calidad en la selección de una IPS fortalece la gestión profesional de enfermeras y médicos y alinean estrategias para lograr el objetivo básico del SGC: la satisfacción del cliente. El trabajo en la FCV brindo una perspectiva única de crecimiento del autor del proyecto.

* Proyecto de Grado modalidad Practica Empresarial para optar al titulo de Ingeniero Industrial.

** Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Directora: Ingeniería Industrial Myriam Leonor Niño López.

TITLE: "AUDIT AND IMPROVEMENT OF 7 CRITICAL PROCESSES OF THE MODEL OF INTEGRAL QUALITY MANAGEMENT OF THE FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA FCV INSTITUTO DEL CORAZON"

AUTHOR: ROJAS PERALTA, Juan Diego **

KEY WORDS: Quality in the health sector, ISO 9001 Quality Management System, Processes Improvement, Internal Audits of Quality, Impact of a Quality Management System.

CONTENT: The continuous improvement of processes of a Health Services Provider (HSP) through the internal audits of quality based with the standards of ISO 9001 is possible to achieve in an appropriate level of competitiveness to the characteristics of the Colombian Health Sector. Thanks to the institutional accreditation from the Government, the HSP are in the obligation of being very efficient due to the high competition level and the demands that currently requires the sector. The implementation of a Management Quality System (MQS) and the mensuration of the impact are strategies that point to achieve the customer satisfaction and the continuous improvement.

The general objective of the project was to audit and to improve the processes of: maintenance, purchases, supplies, human talent, internal medical audit and design of clinical routes with an appropriate proposal to the characteristics of the organization. Specifically it was to evaluate the impact of the MQS, to improve the process of customer service in order to assure that the corporate focus points to overcome the clients expectations, to improve the disposition of the documentation of the gliding and quality office and to participate actively in all the activities of the same one. The conceptual frame uses the generalities of the MQS, focused to achieve the client's satisfaction and the continuous improvement using the internal audits of quality like mechanism to evidence the conformity of the system. Additionally, it was carried out a survey of the internal client's perception based with the ISO 9004 standards which led to elaborate a complete diagnostic generating 5 concrete improvement proposals.

In accordance with the PDCA methodology, 10 Non Conformities and 57 opportunities of improvement in the selected processes were found, giving to each primary group the results of the exercise, the change of the disposition of the documentation of the MQS evolving towards a html format, allowed an agile access of the collaborators and the facilitation of the understanding of the focus-based processes, the modification of the indicators of administration of the processes offered bigger objectivity and pertinent information for the decision taking processes, the identification of the Non quality costs is an initial step in the formalization to its tracking, the change of the questionnaires that measure the client's satisfaction and the revalidation of the quality attributes in the selection of an HSP strengthens the professional management of nurses and doctors and it aligns strategies to achieve the basic objective of an MQS: the client's satisfaction. The work in the FCV offered a unique perspective of growth for the author's project.

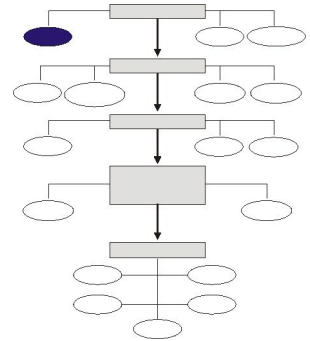
* Final Project to aspire to the title of Industrial Engineering. Modality: Internship.

** Physical-Mechanical Engineering Faculty. School of Industrial and Managerial Studies. Director: Industrial Engineering Myriam Leonor Niño López.

1. GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCIÓN:

El mundo ha experimentado innumerables cambios a lo largo de los últimos años, pero ninguno de ellos ha sido tan notorio como la llamada “Globalización”. Es indiscutible que la globalización puede ser política, tecnológica y cultural pero es, esencialmente, económica. El nivel de comercio mundial es hoy mucho mayor de lo que ha sido jamás y abarca un espectro mucho más amplio de bienes y sobre todo, de servicios.



Existe específicamente un campo de acción con amplias posibilidades de crecimiento y se refiere a la prestación de servicios de salud. De hecho, dentro del plan estratégico Área Metropolitana de Bucaramanga 2015 se tiene previsto la creación del cluster de la salud de Santander con el fin de ampliar la orientación exportadora del Sector Salud de la región a través de la alianza exportadora “ExportSalud”, que tiene como visión posicionar a Santander a nivel Nacional e Internacional como líder en la Exportación de Servicios de Salud y como uno de los grandes proveedores de productos complementarios de Latinoamérica.

Para lograr que este plan estratégico se convierta en realidad, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben ser muy competitivas para acceder a mercados internacionales. El mejoramiento de los procesos, la ampliación de la cobertura de servicios, la reducción de los costos y una excelente estrategia para lograr la satisfacción del cliente se convierten en los temas clave para alcanzar el reconocimiento de estas organizaciones en escenarios externos.

“Mantener un renombre por la calidad y el mejoramiento continuo, son necesidades tanto éticas como comerciales en el actual ambiente en que opera el cuidado de la salud”¹. Las circunstancias no son ajenas para Colombia y en este sentido desde el 9 de Febrero de 2004 las IPS podrán iniciar un proceso de acreditación de calidad ante el Ministerio de Protección Social dentro del Sistema Único de Acreditación SUA para conformar el listado de “las mejores” IPS del país, de acuerdo a la conformidad de los requisitos establecidos en la metodología de evaluación. Este listado se convierte entonces, en una de las herramientas de reconocimiento por parte de clientes potenciales (particulares e institucionales) para la selección de su proveedor de servicios de salud. La puesta en marcha del SUA -siendo un proceso voluntario llevado a cabo bajo el convencimiento interno de que es una opción válida para mejorar los procesos organizacionales- es una excelente oportunidad para incrementar la competitividad de las IPS.

En el mismo orden de ideas, existen igualmente organizaciones del sector Salud que tienen implementados sistemas de gestión de calidad ISO 9001 desde hace varios años. Para ellas, temas como el enfoque basado en procesos y el mejoramiento continuo son vocabulario común en la búsqueda de la calidad entendida como la satisfacción del cliente.

En el caso específico de la Fundación Cardiovascular de Colombia Instituto del Corazón, el camino iniciado en el año 2000 para lograr el certificado ISO 9001 y la postulación a lo largo de estos años al Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión se constituyen en una experiencia valiosísima para lograr la acreditación institucional. Efectivamente, el Instituto del Corazón está a la vanguardia a nivel nacional en este campo y el reto ahora no es cuestionarse sobre la suficiencia de las medidas adoptadas sino sobre la eficacia de las mismas, entendidas como el impacto que han tenido para lograr el mejoramiento continuo de todos sus procesos. Finalmente, tal como lo establece la ley 100 de 1993 en uno de sus principios, son los usuarios quienes tienen el derecho a la “libre escogencia” de la IPS para el cuidado de su salud, pues son ellos la razón de ser de estas organizaciones.

¹ Manual de los administradores de salud para el mejoramiento Continuo. American Hospital

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

“Auditar y mejorar los procesos de mantenimiento, compras, suministros, talento humano, auditoría médica interna y diseño de vías clínicas con una propuesta adecuada a las características de la FCV Instituto del Corazón basada en el Sistema de Gestión integral de Calidad”.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

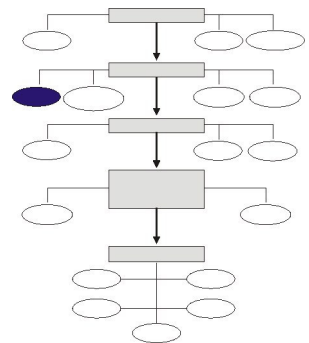
- Evaluar el impacto que ha tenido el sistema de gestión de calidad en todos los niveles de los procesos de apoyo seleccionados en la organización.
- Conocer y comprender los procesos de: Mantenimiento preventivo y correctivo, Suministros, Compras, Desarrollo del talento humano, Diseño de vías clínicas y Auditoría médica interna con el fin de obtener elementos de juicio pertinentes para el diagnóstico.
- Elaborar un diagnóstico y evaluación de los procesos de Atención al cliente con el fin de asegurar que el enfoque corporativo de la FCV apunte a superar las expectativas de sus clientes.
- Establecer los puntos críticos de los procesos para proponer a la empresa las oportunidades de mejoramiento.
- Mejorar la disposición de la información desarrollando una interfase que permita localizar permanentemente de manera ágil y amigable la información del sistema de calidad (procesos, procedimientos, instructivos, registros, etc.) para acercarla al usuario.
- Participar activamente en todos los procesos corporativos que son responsabilidad de la oficina de planeación y calidad.

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

2.1 ANTECEDENTES DE LA FCV

2.1.1 Reseña Histórica:

En 1981 un grupo de médicos Colombianos preocupados por el creciente número de niños que nacen con anomalías congénitas del corazón con escasos recursos económicos y sin el apoyo del gobierno para costear una cirugía que les pueda salvar sus vidas, decide unirse con el fin de crear un banco de ayuda a través del programa “Corazón a corazón” que ofreciera soporte económico, médico y psicológico a este grupo de niños y sus familias.



Inicialmente los pequeños fueron enviados a Nueva York para recibir tratamiento médico, sin embargo los altos costos ocasionados por el traslado de los niños y su familia hacia los Estados Unidos y el avance médico científico alcanzado por Santander en el área cardiovascular, propiciaron que en 1986 un grupo de visionarios de la ciudad de Bucaramanga, se propusieran la creación de la Fundación Cardiovascular de Colombia FCV, según escritura No. 2267 de Julio 30 de 1986, una entidad privada sin ánimo de lucro dedicada a tratar las enfermedades del corazón a la altura de los mejores institutos del mundo.

En Octubre de 1990 se logró cristalizar la idea del grupo de médicos cuando inician las actividades de consulta especializada en cardiología y pruebas de esfuerzo en la Fundación tercera edad de la congregación mariana, y más adelante, las primeras cirugías cardiovasculares en la Clínica Bucaramanga.

En 1992 entró a formar parte de la recientemente creada Clínica Carlos Ardila Lülle, como la unidad de cardiocirugía del complejo médico, mediante la adquisición de un área en el cuarto piso, ampliando así todos los servicios diagnósticos e intervencionistas de cardiología y cirugía vascular periférica, utilizando los quirófanos, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de esta moderna clínica de la ciudad.

En Octubre de 1997 se inaugura la nueva sede del Instituto del Corazón, un moderno edificio de 14 pisos (15000 metros cuadrados construidos), con una capacidad de 127 camas de hospitalización distribuidas entre la Unidad de Cuidados Intensivos postquirúrgica, Unidad de cuidados intensivos pediátrica, Unidad de cuidados intensivos adultos, tres pisos de hospitalización, cuatro salas de cirugía, dos salas de hemodinamia y una de electrofisiología, además del servicio de urgencias durante las 24 horas del día cumpliendo así con todos los requisitos y normas exigidas por el entonces Ministerio de Salud, para prestar los servicios de salud a pacientes con enfermedades Cardiovasculares.

La FCV es una entidad privada sin ánimo de lucro, el dinero que utiliza para su funcionamiento es fruto de la prestación de servicios y de las donaciones recibidas de personas jurídicas y naturales, nacionales e internacionales. Así mismo, y como organización sin ánimo de lucro no obtiene utilidades sino excedentes que son reinvertidos para el desarrollo, crecimiento y mejoramiento de los productos y servicios, cumpliendo con el propósito de servir a la comunidad.

2.1.2 Marco General del Instituto del Corazón (IC):

Con la dotación de equipos de alta tecnología en cardiología y con personal médico y administrativo altamente calificado, el IC es considerado por los expertos como una de las mejores opciones en el país para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades cardiovasculares en niños y adultos, prestando los siguientes servicios:

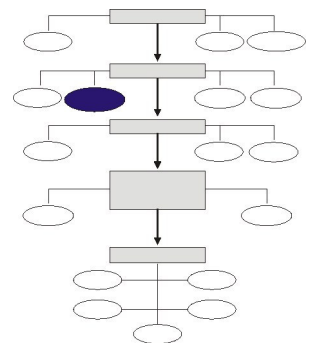
- Consulta Externa: En las áreas de medicina interna, cardiología general, electrofisiología, cardiología pediátrica, cirugía cardiovascular, anestesia

cardiovascular, clínica de falla cardíaca, clínica de marcapasos, clínica de anticoagulación, clínica de factores de riesgo (diabetes-obesidad).

- Métodos Diagnósticos No Invasivos: Ecocardiograma modo M-Bidimensional doppler color pulsado, Ecocardiograma transesofágico, Ecocardiograma de estrés, Ecocardiograma fetal, estudio dinámico de electrocardiograma (Holter), Monitoreo Ambulatorio de presión arterial.
- Servicio de pruebas diagnósticas Invasivas: Hemodinamia y cardiología intervencionista, angioplastia, valvuloplastia.
- Servicio de electrofisiología: Más de 400 estudios fisiológicos anuales e implantación de más de 200 marcapasos y 25 cardiodesfibriladores anuales.
- Servicios de cirugía cardiovascular adultos, cirugía cardiovascular pediátrica, cirugía cardiovascular periférica, cirugía arterial, neurocirugía, cirugía plástica.
- Laboratorio de fisiología autonómica: Estudios del sistema nervioso autónomo, laboratorio Vascular-Flebología, Programa de detección y prevención de factores de riesgo cardiovascular, Rehabilitación Cardiovascular.

2.2 MISIÓN DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN FCV

“Somos una entidad sin ánimo de lucro, dentro de la Fundación Cardiovascular de Colombia, que trabaja con criterios médicos, científicos y tecnológicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, enfatizando en la investigación de nuevas alternativas que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes y de la población en general”



Visión del Instituto del Corazón FCV

“En el año 2010 el Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia será una institución de referencia nacional e internacional en medicina cardiovascular y de tórax.”

Valores del Instituto del Corazón FCV:

- **LEALTAD:** Hacia los principios, normas, valores y compañeros.
- **RESPECTO:** Por la institución, compañeros, pacientes y familiares.
- **SOLIDARIDAD:** Apoyando constantemente a los compañeros y pacientes.
- **TOLERANCIA:** Conviviendo con la diferencia y la diversidad de culturas y criterios.
- **TRATO HUMANIZADO:** Alta tecnología y servicios profesionales sin olvidar la consideración ante el dolor y la debilidad de las personas.
- **INNOVACIÓN Y CREATIVIDAD:** En todos los frentes de trabajo que conduzca a la búsqueda permanente de retos y a la formulación de alternativa de soluciones.
- **ENTUSIASMO:** Por las actividades y tareas realizadas, con el sentimiento permanente de satisfacción al servir y ayudar a quienes nos solicitan.

Políticas de Calidad:

La Fundación Cardiovascular de Colombia busca la excelencia de sus servicios y productos a través de un proceso de mejoramiento continuo de su gestión, que busca permanentemente:

- Superar las expectativas de sus clientes, logrando altos niveles de satisfacción.
- Liderar la gestión del sector salud contribuyendo a su desarrollo y al de la sociedad.
- Lograr el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad, que permita el crecimiento organizacional de una manera integral y armónica.
- Ser pionera en la innovación tecnológica para lograr el uso eficiente de los recursos y la generación de resultados acorde con las necesidades del mercado.

- Ofrecer calidad de vida a los colaboradores, la comunidad en la que viven, garantizando su bienestar y crecimiento en la construcción de una mejor sociedad.

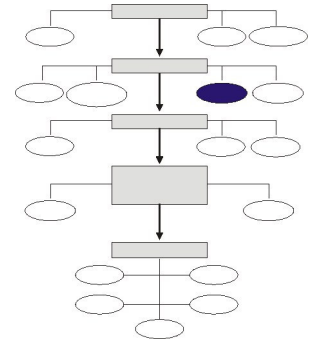
Objetivos de Calidad IC:

- Lograr Incrementar el índice de satisfacción del cliente
 - Cliente Paciente Meta: > 4.5
 - Cliente EPS Meta: > 4.0
- Incrementar el índice de satisfacción del talento humano
 - Meta: > 96%
- Lograr la recertificación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000
 - Meta: Cero No Conformidades en Auditoría Externa
- Lograr altos niveles de Eficiencia clínica
 - Meta: Porcentaje de Mortalidad general < 5%
 - Meta: Estancia Hospitalaria < 4 días
 - Meta: Porcentaje de infecciones < 4.5%
 - Meta: Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas < 4.5%
 - Meta: Reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas por la misma causa <1%
 - Meta: Reingresos a las UCI's antes de 48 horas por la misma causa <2%
- Ampliar la cobertura de servicios
 - Meta: Porcentaje ocupacional > 60%
 - Meta: Número de consultas externas/mes > 1430
 - Meta: Número de consultas urgencias/mes > 170
 - Meta: Número de cirugías/mes > 90
- Posicionar el tema académico y científico
 - Meta: 25 trabajos de investigación en congresos/año
 - Meta: 5 ensayos clínicos o estudios epidemiológicos en el año.
 - Meta: Mínimo un programa docente universitario/departamento
- Desarrollar Nuevos Servicios:
 - Meta: 3 nuevos servicios en el año.

2.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

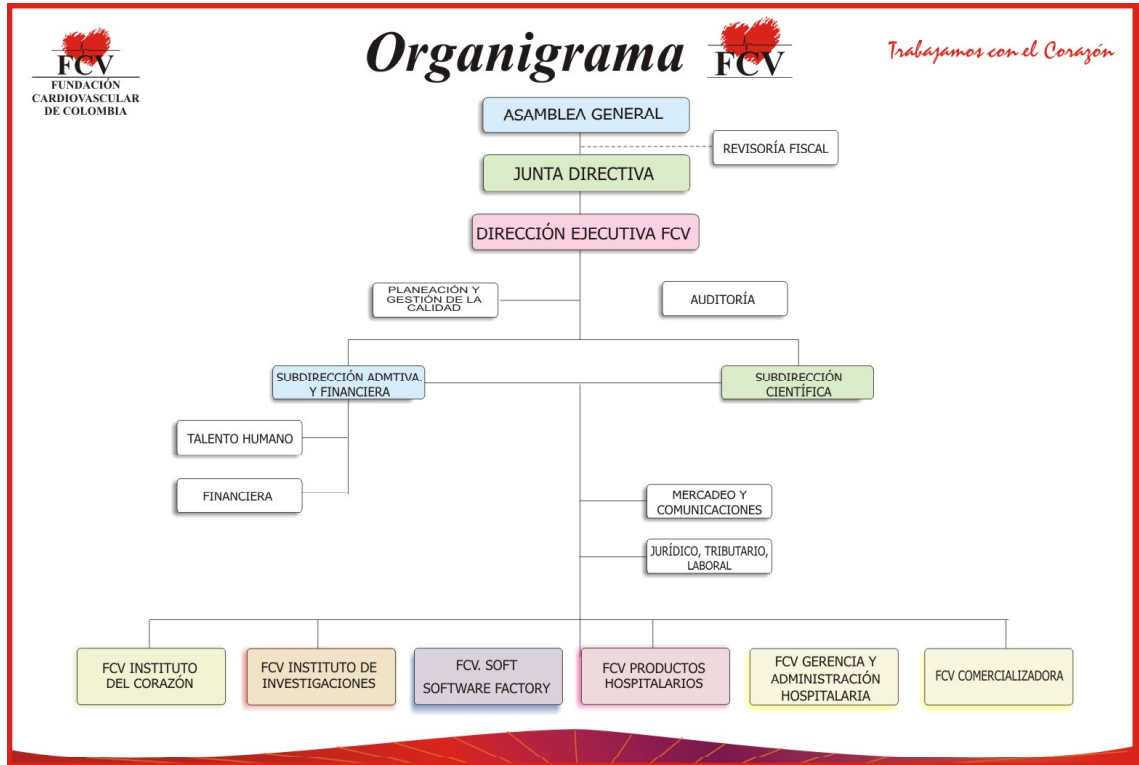
La Fundación Cardiovascular de Colombia es una organización privada sin ánimo de lucro que ha establecido como estrategia de crecimiento una política de “diversificación concentrada” a través de la creación de Unidades Estratégicas de Negocio que de una u otra manera están relacionadas con el sector Salud.

Hoy en día la FCV es una empresa con ingresos operacionales² por \$24 mil ochocientos millones de pesos anuales y activos por más de \$36 mil millones que agrupa 6 Unidades Empresariales de Negocios:



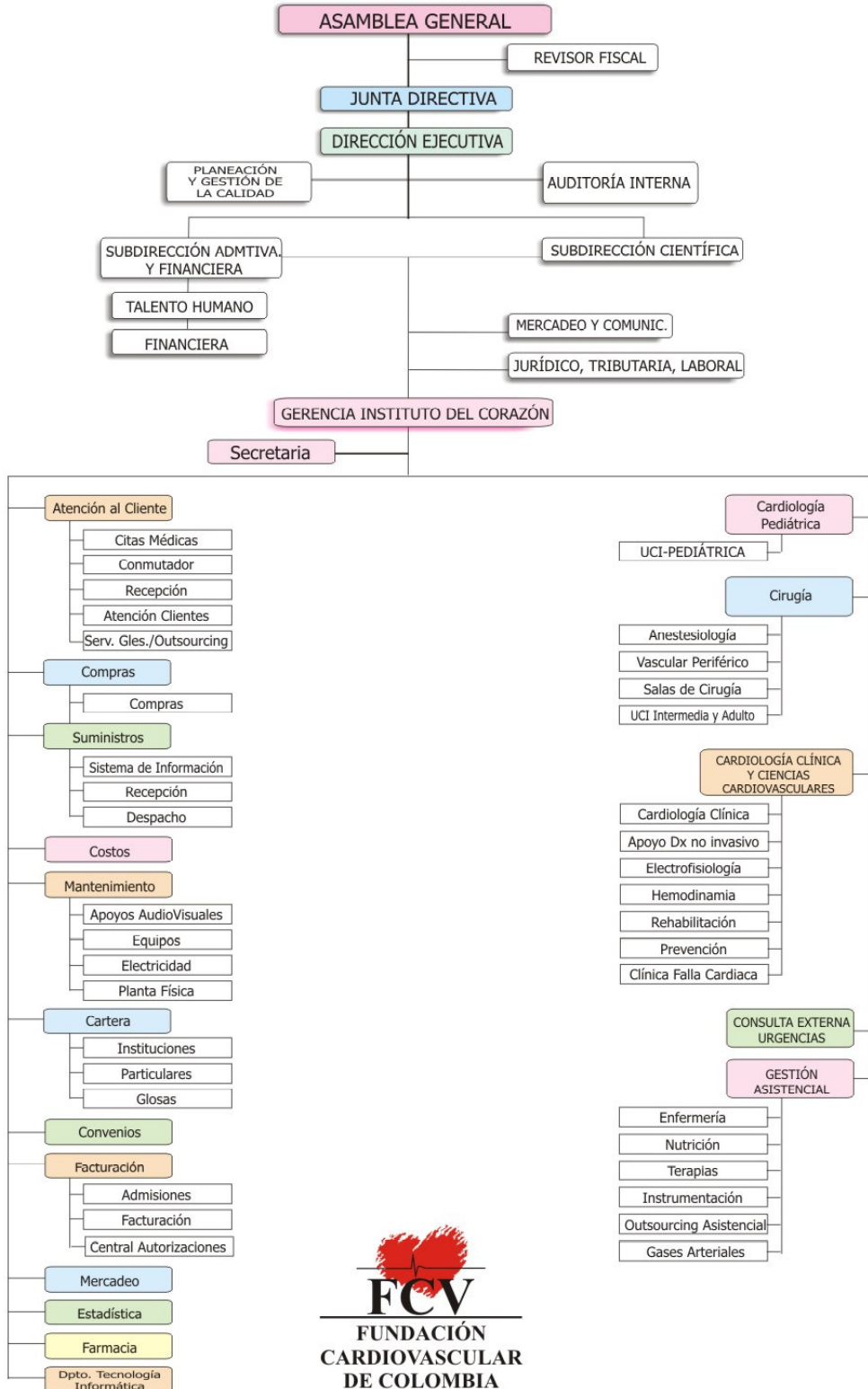
- **FCV Instituto del Corazón:** Es la Unidad estratégica más antigua y más grande. Su campo de acción abarca la administración y gestión hospitalaria de servicios de salud, y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares.
- **FCV Productos Hospitalarios:** Fruto de una estrategia de integración vertical hacia atrás, esta UEN se encarga de la producción y comercialización de ropa quirúrgica desechable y kits de insumos médico-quirúrgicos, suturas y la prestación del servicio de esterilización.
- **FCV.SOFT:** Unidad que se encarga del diseño, desarrollo, implantación y comercialización de soluciones informáticas para la gestión integral hospitalaria.
- **FCV. Instituto de investigaciones:** Unidad cuya finalidad es el diseño, elaboración y desarrollo de proyectos de investigación básica, clínica, epidemiológica y administrativa en el sector salud y ejecución de protocolos de investigación presentados por laboratorios farmacéuticos.

² Estado de Resultados. Balance General. Informe a la junta directiva. 2003



- **FCV. Comercializadora:** Empresa que se encarga de la comercialización de equipos biomédicos importados, soporte técnico y capacitación en el uso de los mismos.
- **FCV Electronics:** Es la UEN mas reciente, creada en el segundo semestre de 2003 cuya campo de acción es la bioingeniería cuyo objetivo es el diseño, desarrollo, y construcción de equipos biomédicos.

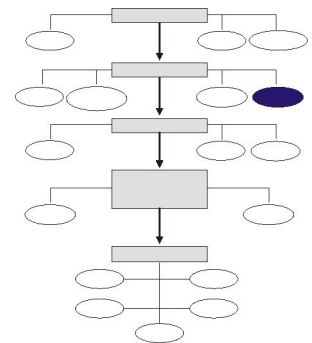
Organigrama



La oficina de Planeación y gestión de la calidad no hace parte de ninguna de estas UEN, sino que actúa como un ente corporativo adscrito a la dirección ejecutiva, que asesora a toda la organización en la consolidación del sistema de gestión de calidad en su estructura, procesos, resultados, impacto y mejoramiento continuo para lograr la satisfacción del cliente interno y externo y paralelamente apoyar a las diferentes áreas y servicios en el Direccionamiento Estratégico (DE) y en la formulación de planes y proyectos que conduzcan al crecimiento y desarrollo de la FCV.

2.4 ANÁLISIS DEL ENTORNO ECONÓMICO

La salud se constituye en uno de los pilares básicos de la sociedad. En Colombia, toda la temática referente a la salud está establecida en la ley 100 de 1993 que rige el sistema general de seguridad social integral (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales) y sus posteriores leyes y decretos complementarios. Los antecedentes para la formulación de estas leyes se remontan a 1978 cuando la organización mundial de la



salud WHO, en su conferencia internacional sobre la atención primaria, mostró al mundo la “**Declaración de Alma Ata**” (fruto del consenso de 134 países y 67 organismos internacionales) en la que se estableció la salud (entendida como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad) como el reto mas grande de la humanidad y se definió el año 2000 como plazo final para que los gobiernos tomaran las medidas necesarias para alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones llevar una vida social y productiva a través de la atención primaria en salud como estrategia política para lograr la justicia social. El lema adoptado fue “Salud para todos en el año 2000”.

La “declaración de Alma Ata” fue reforzada con la “**Carta de Ottawa**” en 1986 y la “**Declaración de Yakarta**” en 1997 que fueron las declaraciones finales de la conferencia internacional sobre promoción en salud cuyo contenido se centraba en la definición de las condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad y más adelante la integración económica mundial, el empoderamiento de la mujer y la urbanización.

Para la adopción en Colombia del Sistema de Seguridad Social Integral se tomaron en cuenta las anteriores declaraciones y la estructura conceptual del modelo Chileno. En consecuencia, el 23 de Diciembre de 1993 el Estado Colombiano decide entrar en acción al promulgar la Ley 100 del mismo año por la cual se crea dicho sistema.

En el título II de la misma, se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS basado en los siguientes principios: Eficiencia (definida como “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”) Equidad, Obligatoriedad, Protección integral, Libre escogencia, Participación social y Calidad. Adicionalmente la Constitución Política de 1991 ya establecía que el “Estado garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Esta ley introdujo sustanciales cambios en el sector salud. Antes de su promulgación, el Estado Colombiano subsidiaba la oferta, es decir, asignaba un presupuesto anual a los hospitales para la atención de pacientes y nómina de médicos y especialistas. Hoy, el sistema es inverso: se creó un mercado descentralizado de servicios de salud en el que se subsidia la demanda, es decir, a los centros asistenciales se les paga por pacientes atendidos por intermediarias del sistema. Esto hizo que el sector salud girara hacia un modelo de productividad³ colocando, en teoría, al usuario más pobre en condiciones de igualdad con el usuario que sí podía pagar sus servicios.

Los actores de este nuevo mercado son:

- Aseguradores
- Prestadores
- Pacientes

³ Ley 100 de 1993 Creación del sistema de seguridad Integral.

Los **Aseguradores** o Intermediarios, llamados Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB que incluyen a las Empresas Promotoras de Salud EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales ARS, Empresas de Medicina Prepagada, etc.

El **Prestador** de servicios que incluye a las IPS, instituciones prestadoras de servicios de salud divididas en 4 niveles de atención médica:

Niveles de Atención Médica IPS	Nivel 1	Caracterizado por Instituciones de menor tamaño, donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para entidades de menor severidad. Normalmente son los hospitales locales con servicios de odontología y enfermería. Prevención Primaria y Secundaria.
	Nivel 2	Constituido por hospitales de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con medicina general y especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, y psiquiatría. Normalmente son los hospitales regionales. Prevención secundaria y terciaria.
	Nivel 3	Caracterizados por la prestación de servicios médicos con la presencia de supraespecialistas del área de la medicina interna: cardiología, neumología, dermatología, endocrinología o del área quirúrgica: cirugía pediátrica, maxilofacial, etc. Normalmente son los hospitales departamentales.
	Nivel 4	Nivel de máxima complejidad constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: cirugía cardiovascular, transplantes, microcirugía como en el campo de las imágenes diagnósticas: escáner, resonancia magnética nuclear, radiología digital y las enfermedades “alto costo”: gran quemado, SIDA, cáncer, trauma mayor, etc. Normalmente son los hospitales Universitarios.

Y finalmente, están los **Pacientes**, (en la ley se llaman “usuarios”) que se organizan de acuerdo al régimen al que pertenecen de la siguiente manera:

- Régimen Contributivo: Aquellos usuarios que tienen capacidad de pago. La vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

- Régimen Subsidiado: Aquellos usuarios que no tienen capacidad de pago o la tienen parcialmente. La cotización la subsidia el estado, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de acuerdo a la ley.
- Regímenes especiales: Usuarios que pertenecen a organizaciones específicas como las Fuerzas Militares, Ecopetrol, el Magisterio, etc.
- Vinculados: Son las personas que no están afiliadas ni al régimen contributivo ni al subsidiado como los indigentes o las personas que no están protegidas por ningún sistema de seguridad social.

La primera gran dificultad que enfrentó la implementación de la ley fue la definición del conglomerado de personas que harían parte del régimen subsidiado. Inicialmente el Estado definió la encuesta del DANE sobre Necesidades Básicas insatisfechas NBI para definir que porcentaje de la población debía estar ubicada en este régimen, sin embargo, la encuesta no fue práctica y se creó la metodología llamada “Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales” SISBEN que a través de una gran encuesta más específica definía a los usuarios con un carné y un nivel de atención.

La organización y funcionamiento de todo el SGSSS, está fuertemente modulada y regulada por el Estado Colombiano, a través del CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), la Superintendencia Nacional de salud y el Ministerio de Protección Social. Esta vigilancia y control del Estado se realiza con el fin de corregir las imperfecciones inherentes a la prestación de los servicios de salud y garantizar, los principios generales de solidaridad, eficiencia, calidad y universalidad, contenidos en la Constitución.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo encargado de coordinar y reglamentar la prestación de los servicios de salud en el país. Define cuáles son los servicios que tienen derecho a recibir los afiliados al sistema, cuánto deben pagar de cotización y cuál es la suma que deben recibir las EPS por la atención de cada uno de ellos (Unidades por capitación UPC, en el régimen contributivo es por unidad familiar y en

el subsidiado esta suma es personal, es el espíritu del subsidio a la demanda). Determina además qué servicios cubre el régimen subsidiado de salud y cuáles son los criterios para incluir en él a las personas de escasos recursos. Las decisiones del Consejo (llamadas acuerdos) son obligatorias y deben ser adoptadas por el Gobierno. Está conformado por los Ministros de Protección social y Hacienda, el Director del Seguro Social y representantes de las EPS, IPS, las entidades departamentales y municipales de salud, los profesionales de la salud, los empleadores y los trabajadores, entre otros.

La Superintendencia Nacional de Salud es el organismo encargado de vigilar a las entidades que prestan servicios de salud en el país. Le corresponde además autorizar la constitución de nuevas EPS y expedirles certificado de funcionamiento, además de supervisar las tarifas que cobran y la calidad de su servicio.

El Ministerio de la Protección Social es el encargado de fijar, bajo la dirección del Presidente de la República, las principales políticas del sector de la salud en Colombia. En especial, regula la actividad de las EPS, las IPS y todas las entidades encargadas de prestar servicios de salud, coordina la distribución de recursos a las entidades territoriales y maneja los programas básicos de prevención y fomento de la salud.

El acuerdo 008 de 1994 del CNSSS y la resolución 5261 del Ministerio de Salud del mismo año crearon el Plan de Beneficios de Salud y la expedición del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), el cual regula todas las actividades médicas y paramédicas del mismo. Es en realidad, en el MAPIPOS donde está especificado el alcance de los servicios médicos que se prestan en el POS, que son en realidad, los servicios médicos que prestan las IPS.

Hoy, 10 años después de la promulgación de la ley, se puede hacer una evaluación del estado del sector. Estudios del Ministerio de Protección Social⁴ afirman que la cobertura de servicios de salud pasó de un 22% a un 52% en la última década, sin embargo, la meta prevista para 2002 era una cobertura del 100%. Desafortunadamente, uno de los

⁴ Diario El Tiempo "Médicos y pacientes ¿víctimas de la ley 100? Diciembre 22 de 2003 Pág. 1-5

puntos críticos que afecta el desarrollo del SGSSS es la difícil relación entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios. Si bien este conflicto tiene varias dimensiones, como la particular estructura del sector que, en la práctica, impide a los pacientes finales escoger su IPS, uno de los principales problemas ha sido el desarrollo de la auditoría médica externa⁵ con un enfoque punitivo para reducir sustancialmente el gasto médico y evadir la responsabilidad frente al pago oportuno de las cuentas (desde las EPS hacia las IPS), mas que el de contribuir a mejorar la calidad.

Este problema, es fruto de dos situaciones: en primer lugar un pobre desarrollo del autocontrol que deben ejercer las IPS hacia su interior: racionalidad tecnológica y gestión. En otras palabras “los mejores resultados, con el menor riesgo a un costo razonable.” En segundo lugar el desarrollo exagerado de la auditoría externa de la EPS, que no encuentra otro método diferente para bajar sus costos que el de glosar⁶ cuentas de atenciones efectivamente prestadas. La interacción fluida entre los integrantes del sistema no existe y parece que sus intereses son “opuestos”, pero en realidad no lo son, ya que las acciones de salud no dependen de un hospital o de un prestador de servicios en forma particular. Por el contrario, dependen de la interacción coordinada y efectiva entre los actores. Resulta evidente la necesidad de ajustar y fortalecer el enfoque del sector, hacia el estado de salud y la calidad de vida de la población. Además el sistema deberá promover que las instituciones que lo conforman se articulen armónica y equilibradamente para garantizar condiciones adecuadas a cada una de sus partes o componentes. Para el caso particular de las IPS, el mejoramiento de los procesos, la reducción de los costos y la satisfacción sostenida de los clientes (es decir, la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud) son los retos que se imponen para la supervivencia en el sistema.

Dentro de este contexto, el Gobierno reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud a través del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 que está formado por cuatro componentes:

1. El sistema único de habilitación

⁵ Decreto 2174 de 1996. Artículo 14. Auditoría Médica por parte de las EPS.

2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
3. El sistema único de acreditación SUA.
4. El sistema de información para la calidad.

El Sistema Único de Acreditación SUA es un mecanismo que se puso a disposición de los actores del mercado descentralizado de servicios de salud IPS, EPS, y ARS que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

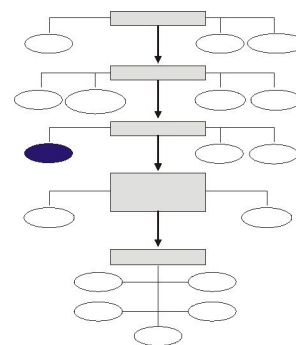
Para el caso específico de las IPS esta especie de certificado de Calidad, expedido por el ICONTEC, se constituye en una oportunidad para aumentar la competitividad a niveles internacionales, con el fin de que puedan llegar a exportar servicios de salud, y, por otra, genera una fuerte competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad de acuerdo al listado oficial de IPS acreditadas. Los estándares que se aplicarán evaluarán procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de la entidad hospitalaria. Esta es la radiografía más reciente del sector salud Colombiano; de una armónica implementación por parte de las IPS y EPS del SUA, depende en gran medida, el bienestar de millones de personas.

⁶ Glosa: Mecanismo utilizado en auditoría médica para objetar procedimientos de gestión clínica.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 GENERALIDADES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Un sistema de gestión se define como un conjunto de elementos mutuamente relacionados para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos⁷. Los sistemas de gestión de las organizaciones pueden incluir a su vez, otros sistemas, tales como un sistema de gestión de calidad, un sistema de gestión financiera o uno de gestión ambiental.



El sistema de gestión de la calidad SGC, es la parte del sistema de gestión de una organización que permite definir los objetivos de la calidad y sobre la base de los mismos, se concentra en el logro de resultados con el fin de satisfacer las necesidades, las expectativas y los requisitos de las partes interesadas. El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo del tiempo: hace unos años estaba orientado hacia la conformidad del producto y hoy en día está orientado hacia la satisfacción del cliente, por lo tanto, se afirma que los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción del cliente.

Los clientes necesitan productos⁸ con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto y se conocen como los “requisitos del cliente”. Independientemente si los requisitos están definidos de forma escrita o intrínseca es finalmente el cliente quien determina la aceptabilidad del producto. Debido a que las necesidades y expectativas de los clientes son dinámicas, la presión de la competencia es cada vez mayor y la

⁷ ISO 9000:2000. Vocabulario

⁸ Al igual que la norma ISO 9001, a lo largo de este proyecto de grado, cuando se utilice el término “producto” este puede significar también “servicio”.

tecnología avanza rápidamente, las organizaciones deben mejorar continuamente sus productos y procesos.

Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con el objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas, es decir, proporciona confianza tanto para la organización como para sus clientes de su capacidad para brindar productos que satisfagan los requisitos de forma coherente.

Los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad se especifican en la norma ISO 9001 pero ésta no establece requisitos para los productos (estos pueden ser definidos por los clientes, por disposiciones reglamentarias o en algunos casos estar contenidos en especificaciones técnicas). En todo caso, la certificación ISO 9001 si garantiza que absolutamente todas las actividades de una organización están enfocadas a la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo. El sistema de gestión de la calidad ISO 9001 adopta el enfoque basado en procesos⁹ que muestra el papel significativo que juegan las partes interesadas en la percepción de su satisfacción. Se han identificado ocho principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora del desempeño. Estos ocho principios se constituyen en la base de las normas de la familia ISO 9000. (Véase Fig. 1)

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

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

⁹ Véase también Capítulo 3.2 Diferencias entre la versión 94 y la versión 2000.

Figura 7 Principios de la gestión de Calidad ISO 9000



c) 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.

d) Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como parte de un proceso.

e) Mejora Continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

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

g) 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.

h) 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.

La política de calidad y los objetivos de calidad se establecen para proporcionar un punto de referencia para dirigir la organización. Los objetivos de calidad deben ser coherentes con la política de calidad y el compromiso por el mejoramiento continuo y su logro debe poder medirse. En el mismo sentido, los objetivos de calidad complementan otros objetivos de la organización tales como aquellos relacionados con el crecimiento, recursos financieros, rentabilidad, medio ambiente y/o seguridad y salud ocupacional.

La alta dirección juega un papel fundamental para la operación eficaz del SGC ya que a través de su liderazgo y sus acciones puede crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado.

La documentación del SGC es valiosa porque formaliza el sistema en forma sistemática y consistente. Su utilización contribuye a suministrar al personal un conjunto de requisitos claros y concisos, asegurar una continuidad de permanencia en caso de cambios de personal reduciendo la curva de aprendizaje, transmitir simultáneamente el mismo conjunto de instrucciones a todo el personal y proveer evidencias objetivas de la conformidad del sistema.

Cada organización determina la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar de acuerdo al tipo y tamaño de la organización, la complejidad e interacción de sus procesos, la competencia del personal y el grado en que sea necesario demostrar el cumplimiento de los requisitos del SGC. Generalmente las organizaciones tienen documentado su Manual de Calidad, los procesos (incluyendo su secuencia e interacción), los procedimientos (como una forma especificada para llevar a cabo un proceso), los instructivos (subordinados a los procedimientos, explican con mayor profundidad una actividad seleccionada) y los registros que son la evidencia de lo que se hace.

3.1.1 Auditorías de Calidad: Las auditorías de calidad se definen como un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se han alcanzado los requisitos del SGC. Los hallazgos de las auditorías se utilizan para evaluar la eficacia del sistema y

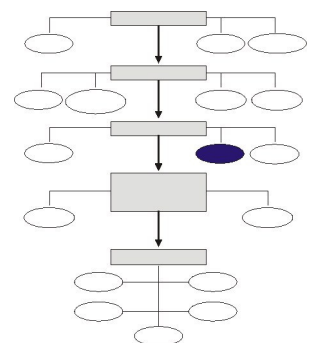
para identificar oportunidades de mejora. Las normas ISO 9001:2000 e ISO 19011:2002¹⁰ establecen los lineamientos para las mismas.

Existen 3 clases de auditorías:

- **Primera Parte:** Ejecutada por la Organización a la misma Organización (fines internos) y tiene como objetivos determinar si el SGC es conforme con los requisitos planificados, se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, y evaluar la implementación de acciones correctivas o preventivas dentro de la cultura del mejoramiento continuo. Las auditorías internas se deben llevar a cabo a intervalos planificados y deben tener un programa que especifique los criterios de auditoría, el alcance, la frecuencia y la metodología.
- **Segunda Parte:** Ejecutada por la organización a sus proveedores o por los compradores de la organización con el objeto de verificar el cumplimiento a disposiciones contractuales, obtener información para la evaluación y selección de proveedores y buscar el mejoramiento de la gestión con los mismos.
- **Tercera Parte:** Ejecutadas por organizaciones externas independientes acreditadas, cuyo fin es evaluar la capacidad para cumplir los requisitos contenidos en normas internacionales como la ISO 9001 y obtener la certificación.

3.2 DIFERENCIAS FUNDAMENTALES ENTRE ISO 9001/94 E ISO 9001/2000

De las 2126 empresas Colombianas certificadas con la norma de calidad ISO 9001 versión 1994, 1879 modificaron su certificación para actualizarla a la versión 2000 antes del 15 de Diciembre de 2003, fecha en la que venció el plazo establecido por la ISO (International Standardization Organization) para hacer el cambio, lo que significa que alrededor del 90% de las empresas



¹⁰ NTC-ISO 19011 Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental

Colombianas certificadas culminaron exitosamente la transición.

Existen 4 cambios fundamentales a la estructura de la norma ISO al pasar de la versión 1994 a la versión 2000:

- El enfoque basado en procesos
- El mejoramiento continuo
- Mayor papel de la alta gerencia
- Competencia de las personas

El enfoque basado en procesos: Un proceso se define como¹¹ el *conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados*. Todas las actividades de una organización pueden describirse por un proceso *“para el desarrollo, implementación y mejora de la eficacia y la eficiencia de un sistema de gestión de la calidad con el fin de alcanzar la satisfacción de las partes interesadas”*¹². Entre las características comunes de los procesos se encuentran los elementos de entrada, las actividades realizadas empleando los elementos de entrada, los recursos utilizados, los controles y el resultado o producto, que muchas veces constituye el elemento de entrada del siguiente proceso.

La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en procesos"¹³.

El sistema de gestión de calidad de la Norma ISO 9001:2000 promueve la adopción de este enfoque, cuyos beneficios se sustentan en 5 pilares¹⁴:

- Le permite a la organización centrarse en el cliente.
- Le permite a la compañía centrarse en el cambio.

¹¹ ISO 9000:2000. Vocabulario

¹² ISO 9004:2000. Numeral 4.3 Uso de los principios de gestión de la calidad.

¹³ Norma ISO 9000. Fundamentos y vocabulario SGC.

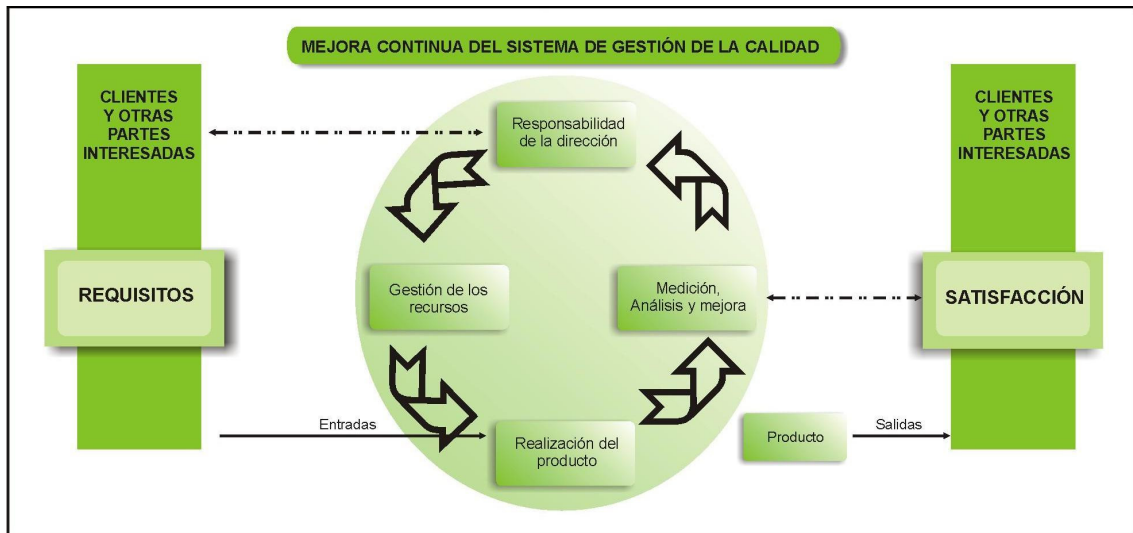
¹⁴ HARRINGTON. Mejoramiento de los procesos de la empresa.

- Aumenta la capacidad de la empresa para competir, mejorando el uso de los recursos disponibles.
- Ofrece una visión buena de lo que podría ser la organización y define el modo de lograr este objetivo
- Brinda control no sólo sobre los procesos individuales sino su combinación e interacción al estar plenamente identificados, colocando en primer lugar la obtención de resultados del desempeño y eficacia de los procesos mediante mediciones objetivas.

El mejoramiento continuo: Siempre existirán clientes con necesidades insatisfechas, y las organizaciones a través de los procesos transformarán los insumos de entrada en resultados. Hoy en día el cliente es cada vez más exigente respecto a la calidad de los productos y servicios que recibe por su dinero y la satisfacción de estas demandas es un factor importante para establecer la competitividad de las empresas en sus mercados. Con la versión 2000 se pasó de un sistema de aseguramiento de la calidad (en el cual un departamento de la organización vigilaba la calidad) a un sistema de gestión de la calidad (en el cual la calidad es parte integral en cada proceso de la organización). Es seguro que el cliente realizará una retroalimentación sobre el producto obtenido, información que servirá de base para el mejoramiento. Sin embargo, esa medición (que se lleva a través de indicadores de gestión de cada proceso) debe tener el compromiso de la dirección para ser eficaz y eficiente a través de la gestión de los recursos hacia el sistema para avanzar en la dirección correcta. Este ciclo se conoce como la mejora continua del sistema de gestión de la calidad (Véase Figura 2).

Mayor papel de la alta gerencia: El punto 5 de la norma define que la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso para el desarrollo e implementación del SGC.

Figura 8 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



En el mismo sentido es responsabilidad de la alta dirección la planificación del sistema de calidad mediante un proceso de planeación estratégica, es decir la planificación estratégica de la calidad. La organización, de acuerdo al enfoque de la versión 2000 debe realizar una identificación situacional actual y a partir de un diagnóstico estratégico (análisis de variables interno y externo) emitir unas conclusiones que servirán para establecer el direccionamiento estratégico a futuro de la organización, incluyendo la visión, misión, política de calidad, objetivos de calidad, estrategias, y esquema organizacional. Esta alineación entre el direccionamiento estratégico de la compañía y las políticas de calidad aclaran el norte de la organización y especifican el desarrollo de las estrategias para el alcance de los objetivos. Los enfoques de los sistemas de gestión de la calidad ISO 9000:2000 y los enfoques de los modelos de excelencia para las organizaciones están basados en principios comunes, por lo tanto, ambos permiten a las organizaciones identificar sus fortalezas y debilidades, posibilitar la evaluación frente a modelos genéricos, proporcionar una base para la mejora continua y obtener reconocimiento externo.¹⁵ Esta nueva característica sobre el mayor papel del direccionamiento estratégico se ve reflejada en el modelo de excelencia en la gestión de la Corporación Calidad. (Véase Figura 3)

¹⁵ Los criterios de evaluación de importantes premios internacionales de calidad como el “Malcolm Baldrige” o nacionales como el “Premio Colombiano a la calidad de la gestión” guardan coherencia con el utilizado por la norma ISO 9001.

Figura 9 Modelo de Excelencia en la Gestión (Corporación Calidad)



Competencia de las personas: En concordancia con el modelo de excelencia en la gestión de la corporación Calidad¹⁶, una diferencia importante es también la relacionada con una mayor atención a la disponibilidad de recursos y la evaluación de la efectividad de la formación. De acuerdo a la versión 2000, la organización debe determinar las competencias laborales para que el personal realice los trabajos que afectan la calidad, proporcionar formación o entrenamiento para satisfacer las necesidades, evaluar la eficacia de las acciones tomadas, asegurar que el personal es consciente de la relevancia e importancia de sus actividades y especialmente de su contribución al logro de los objetivos de calidad. Todos estos aspectos se enmarcan en la gestión de los recursos humanos, que se logra con la definición de los perfiles, evaluación del personal, y la existencia de registros de la capacitación realizada. Adicionalmente, deben quedar registros de las competencias laborales.

¹⁶ Véase Figura 3 Modelo de Excelencia en la gestión. Corporación Calidad

Algunas opiniones de expertos y empresarios¹⁷ también afirman que la norma ISO 9001:2000 es mucho más flexible, ya que la versión 94 era más compleja y excesivamente detallada (18 procedimientos obligatorios, mientras que para la versión 2000, es necesaria la existencia de sólo 6 procedimientos). Igualmente, está diseñada para facilitar la adopción de un sistema de gestión integral al complementarse con otras normas como la ISO 14001 enfocada a generar buenas prácticas ambientales o la OHSAS 18001 dirigida a la gestión de la seguridad y salud ocupacional. La norma ISO 9001:2000 especifica lo que debe hacer una organización¹⁸ pero no abunda en detalles sobre cómo hacerlo, por lo cual las empresas tienen un amplio margen de flexibilidad para incorporar sus patrones particulares de organización y gestión dentro de la norma.

Es importante tener en cuenta que los sistemas organizacionales están compuestos por subsistemas tales como Finanzas, Administración, Hospitalización, etc. los cuales a su vez también podrían dividirse en otros subsistemas como el caso del área financiera cuyo subsistema está compuesto por cartera, tesorería, presupuesto, etc. o el área de hospitalización cuyo subsistema está compuesto por hemodinamia, cirugía, urgencias, etc.

En la práctica son los subsistemas los que generan los procesos y el éxito de la interrelación entre ellos depende de una adecuada dirección y coordinación, soportados por un sistema de comunicación vertical y horizontal entre las diferentes áreas y niveles de la empresa. Es decir, un sistema es más que la suma de procesos, es el resultado de la sinergia entre ellos.

¹⁷ Revista DINERO. Edición No. 198

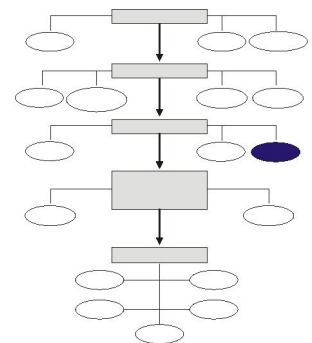
¹⁸ ISO 9001:2000. Numeral 4.3: Requisitos Generales:

- *Identificar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización.*
- *Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.*
- *Determinar los criterios y métodos para asegurar que la operación y el control de estos procesos sea eficaz.*
- *Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.*
- *Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.*
- *Implementar acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.*

También se afirma que una de las razones por las cuales ISO decidió actualizar la norma versión 94 fue la aparente dificultad de las empresas de servicios de adaptarla a sus organizaciones. El sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000 es genérico (al igual que la versión 94) pero puede ser aplicado con mayor facilidad por las razones enunciadas anteriormente en cualquier sector y en organizaciones de todos los tamaños y naturaleza. Por ejemplo, en Colombia se han acreditado organismos estatales como la Contraloría General de la República, de servicios públicos como Ciudad Limpia Bogotá S.A., de explotación de recursos naturales como El Cerrejón y hospitales como la Fundación Cardio Infantil.

3.3 IMPACTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES

Más de 561.000 organizaciones alrededor del mundo han establecido sistemas de gestión de calidad con base en la norma ISO 9001. En Colombia (país que presenta el mayor crecimiento porcentual en Latinoamérica), más de 1890 organizaciones tanto del sector público como del sector privado han adoptado este sistema y en la región Oriental del país son alrededor de 250 las empresas que están certificadas¹⁹.



Muchas organizaciones han mantenido sus sistemas de calidad hasta la fecha, pero también algunas lo han abandonado e incluso algunas han sido liquidadas a pesar de estar certificadas.

Debido a este auge que se viene dando, especialmente en Latinoamérica, en la adopción de sistemas de gestión de calidad enfocados hacia la satisfacción del cliente, cada vez con más frecuencia los directores de las compañías se preguntan si vale la pena invertir en el tema, en otras palabras, se cuestionan el rendimiento de la calidad sobre la inversión realizada.

¹⁹ TOBÓN. Fabio. Dirección Ejecutiva ICONTEC.

El análisis de la medición del impacto del sistema de Gestión de Calidad está condicionado bajo dos dimensiones: Una dimensión enfocada esencialmente a los resultados de la gestión, no económica en la cual la organización establece la influencia en la administración de los procesos y una dimensión Económica o de Costos que determina la rentabilidad del SGC desde el punto de vista financiero. Además, el impacto que tiene para cada organización tener certificado con la norma ISO 9001 su sistema de gestión de calidad es diferente para cada una, dependiendo de variables como el sector económico en que se desenvuelve y el nivel de competencia del mismo.

3.3.1 Impacto Financiero o de Costos: El primer objetivo de un sistema de calidad es la satisfacción de los clientes, esto se debe a que los clientes son la razón de ser de la empresa²⁰: sin clientes no hay ventas y sin ventas las empresas desaparecen. Para lograrla, la compañía debe identificar plenamente lo que significa “valor agregado” para el cliente.

El valor agregado se analiza desde dos perspectivas: desde el punto de vista del cliente²¹, es todo lo que está relacionado con los procesos de mercadeo, producción y servicio. Mientras que desde la perspectiva interior de la empresa, el análisis del valor agregado tiene que ver también con la evaluación de todos los procesos para determinar si son eficientes, productivos, económicos y necesarios. Todos los procesos tienen un costo, y se debe trabajar con los costos que son estrictamente necesarios para satisfacer las expectativas de los clientes, y si hay costos adicionales, estos deberán ser proporcionales al efecto que causen en aumentar la satisfacción de los clientes.

La calidad es un resultado, y el sistema de gestión, el medio para mejorar los resultados. ISO 9000 es un sistema para lograr un excelente nivel de calidad si se cumplen los requisitos y se amplía el horizonte de mejoramiento a todas las áreas de la organización, incluyendo la financiera. De hecho, los resultados financieros de la empresa son el reflejo

²⁰ Véase Capítulo 3.1 Generalidades SGC. Principios de la Norma ISO 9001:2000: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto es obligatorio comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

²¹ Véase también Capítulo 5.3: Mejoramiento de la metodología de recolección de Información.

de su sistema de calidad debido a que los resultados de un negocio se miden en relación con el crecimiento de las utilidades y la rentabilidad de la inversión.

En todas las organizaciones certificadas se especifica que la organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición y análisis para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

No obstante, muchos indicadores de calidad no se expresan en términos financieros. Con el ánimo de demostrar la relación causa-efecto entre las finanzas de la empresa y la calidad es útil utilizar una simple ecuación económica que facilite el análisis:

$$\text{Utilidad} = \text{Ingresos} - \text{Egresos}$$

Para afectar los resultados financieros (en este caso, la utilidad), la calidad debe indiscutiblemente afectar los ingresos o los egresos. Ya sea en términos de Calidad o No calidad, los efectos se pueden ver reflejados en los siguientes aspectos: (Véase Tabla 1)

3.3.2 Impacto No Financiero de la gestión: La otra dimensión del impacto del sistema de calidad está reflejada en los resultados de la gestión de los procesos con base en indicadores cuantitativos y/o cualitativos.

Tabla 8 Impacto de la calidad y No calidad en la utilidad de la organización.

	Ingresos	Egresos
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Más clientes • Fidelidad de los clientes • Mayores Ventas • Continuidad en los negocios • Ventajas competitivas y comparativas • Mayor margen de Utilidad • Crecimiento del mercado • Mayor rentabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en los costos de operación • Reducción en los costos de inspección • Reducción de Inventarios • Reducción de los costos de las garantías.
No Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de negocios • Pérdida de clientes • Pérdida de mercado • Multas por incumplimientos • Pagos retrasados debido a la insatisfacción del cliente. • Glosas en las facturas • Incremento de la cartera 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo de desperdicios y “reprocesos” (reintervenciones) • Costo de las garantías • Costo de las devoluciones • Doble facturación • Indemnizaciones • Costos Financieros (descuentos)

El impacto del SGC en cuanto a resultados de la gestión en una organización puede verse reflejado en el viraje de su administración hacia la consecución de importantes beneficios organizacionales entre los cuales se pueden destacar:

- Identificación de los procesos que componen la gestión de la organización y estandarización de las actividades asociadas a través de documentos de calidad, modelando una cultura basada en buenas prácticas y facilitando la inducción, capacitación y entrenamiento de los colaboradores, así como la detección de puntos fuertes y débiles creando condiciones de mejora para los indicadores de gestión.
- Identificación de las actividades críticas de interacción directa con el cliente, el gobierno, los proveedores, la comunidad, buscando permanentemente superar sus expectativas.
- Desarrollo de nuevos procesos en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización y su integración al Sistema de Gestión de la Calidad SGC, velando por la ampliación permanente del alcance del certificado ISO 9001.
- Entendimiento de que la organización es parte de un sistema y su gestión está integrada a requisitos y necesidades del cliente, compromisos con los proveedores y al cumplimiento de exigencias reglamentarias y legales dadas por entidades gubernamentales.
- Identificación de cada colaborador de su papel dentro de cada uno de los procesos definidos y responsabilidad de sus resultados como parte de una estrategia organizacional conjunta y no de un objetivo particular.
- Destinación de mayor tiempo a la generación de actividades con valor agregado para el desempeño de la organización.
- Revisión permanente de la conformidad de los servicios prestados, los resultados de los procesos, ejecución de acciones correctivas, preventivas y de mejora; todo ello con

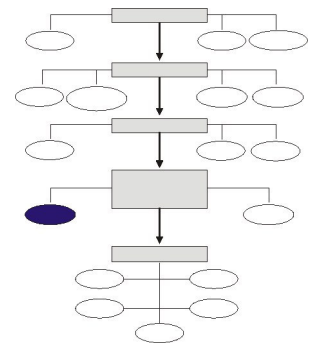
el apoyo de indicadores que brinden a las personas información objetiva de los resultados, fortaleciendo el análisis, la retroalimentación y la mejora de los anteriores.

- Consolidación de experiencias gerenciales exitosas gracias a una adecuada selección de proveedores a través de procesos de calificación, evaluación y retroalimentación continua.
- El logro de reconocimiento externo por parte de las partes interesadas.

5 DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS DE APOYO DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

La norma ISO 9001 en su versión 2000 exige únicamente 6 procedimientos de obligatorio cumplimiento por parte de las organizaciones: Procedimientos para el control de documentos, para el control de registros, para el control de las auditorías internas, para el control del producto No Conforme, para el control de las acciones preventivas y correctivas. En la FCV el procedimiento P-GESCAL-01-03 define las actividades necesarias para desarrollar la programación de auditorías internas de calidad.

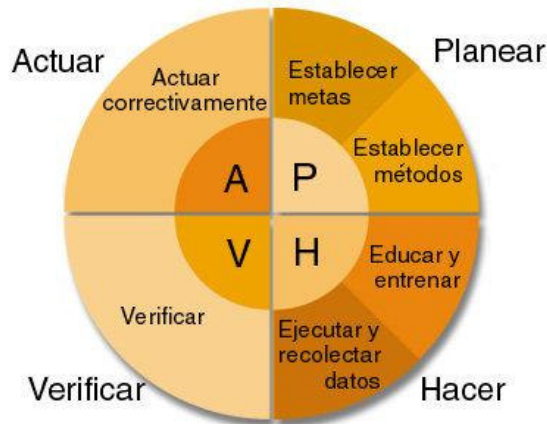


El objetivo principal de las auditorías de calidad es verificar que el SGC tal como se ha diseñado y documentado, es el adecuado para:

- 1) Alinear la gestión del hoy con el direccionamiento estratégico
- 2) Responder a los requisitos del cliente y sus niveles de satisfacción
- 3) Dar cumplimiento a la normatividad vigente
- 4) Desarrollar a cabalidad los compromisos adquiridos con los proveedores y
- 5) Generar espacios para el análisis de resultados y propuestas de mejora continua.

La metodología de la auditoría interna se basa en el método Deming de mejoramiento Planear Hacer Verificar Actuar **PHVA** como se observa en la figura 4.

Figura 10 Ciclo de Mejoramiento PHVA



Durante la etapa del **PLANEAR**, el auditor define si el énfasis de la auditoría es hacia la suficiencia (Preguntas extractadas de la ISO para identificar las acciones para cumplir con los requisitos DEBES, baja profundidad, se vuelven repetitivas, genéricas, no evalúan los resultados) o hacia la eficacia (cuando el proceso ha evolucionado, las preguntas son extractadas de la documentación, le apuntan al cumplimiento de los objetivos del proceso, permiten el seguimiento a la eficacia del sistema), luego se procede a la lectura de la documentación del proceso a auditar, revisión de los resultados de la auditoría anterior, revisión de los indicadores de gestión actuales, con el ánimo de conocer con mayor profundidad el proceso para luego iniciar la construcción de la lista de chequeo²². Esta etapa se ve reflejada en la auditoría cuando las preguntas del auditor van encaminadas hacia la verificación de la existencia de metas claras y responsables, objetivos de calidad, opiniones del cliente, y análisis de variables que influyen en el proceso a través de entrevistas, inspecciones, muestreos y observaciones.

Durante la etapa del **HACER**, la auditoría van encaminada a verificar que realmente se esté llevando a cabo lo planeado, revisar que la documentación de calidad cumpla con los requisitos establecidos, y ejecutar ejercicios de trazabilidad para determinar la conformidad del sistema con casos escogidos al azar. En esta etapa de la auditoría es

²² Ver Anexo 1 Formato de Lista de Chequeo de Auditoría Interna.

importante que el auditor sea persistente, objetivo, debe registrar todo lo observado, escuchar y contrapreguntar.

En la etapa del **VERIFICAR**, las preguntas van dirigidas a verificar los resultados obtenidos del proceso a través de los indicadores, la retroalimentación efectuada por el cliente, y en general los resultados obtenidos.

Finalmente, en el **ACTUAR**, se hace énfasis en las acciones tomadas por los responsables del proceso cuando los resultados que se obtuvieron no fueron los deseados, acciones correctivas, acciones preventivas y su profundidad para la solución de problemas, así como la funcionalidad de los grupos primarios.

Uno de los objetivos del grupo de auditores internos es posicionarse como un organismo impulsor de la cultura de la calidad y asesor de buenas prácticas de gestión ofreciendo valor agregado en el proceso de mejoramiento del SGC. Siguiendo esta filosofía, todo auditor emite un informe por proceso auditado en el que se identifican aspectos positivos, temas relevantes con oportunidades de mejoramiento, no conformidades que evidencian el incumplimiento de un requisito del SGC y observaciones que identifican no conformidades potenciales o recomendaciones para la mejora. El informe de auditoría interna es entregado al grupo primario responsable del proceso, a la Oficina de Planeación y Calidad y al gerente de la UEN respectiva. Posteriormente el grupo auditor hace seguimiento a las observaciones del informe durante todo el semestre.

Dentro de los requisitos del P-GESCAL-01-03 para ser auditor de calidad se exige una formación de 18 horas y haber asistido como observador al menos a 1 auditoría interna o externa.

La Fundación Cardiovascular de Colombia ha documentado e implementado 70 procesos que son incluidos en el cronograma semestral de auditorías internas. Los procesos asistenciales y de apoyo del Instituto del Corazón son auditados una vez en el semestre mientras que los de las otras UEN 2 veces en el semestre para un total de 92 auditorías realizadas por 17 auditores internos de Calidad²³.

²³ Ver anexo 2 Programación General de auditorías Internas FCV.

El autor de este proyecto fue formado como auditor interno líder de la Oficina de Planeación y Calidad y por consiguiente, participó en la ejecución del P-GESCAL-01-03 para el primer semestre de 2004 en la elaboración, en grupo primario, del objetivo general y específicos del plan de auditorías, la elaboración del cronograma, definición del alcance y elaboración de la ficha de cada auditor así como la auditoría a 7 procesos.

En el mismo sentido, las observaciones realizadas por el ICONTEC - que en su informe de auditoría señalan como aspecto positivo *“las auditorías internas de calidad, por el grado de profundidad en las etapas de preparación e indagación, que permiten la identificación permanente de oportunidades de mejora y un exhaustivo control sobre la gestión del sistema de calidad”*²⁴ - sirvieron de base para la elaboración del diagnóstico del proceso de auditorías internas logrando una oportunidad de mejoramiento al efectuar un cambio en la orientación del enfoque de las auditorías, de tal forma que se superó una primera etapa de auditorías de suficiencia a una etapa de eficacia, entendiéndose que las primeras evalúan el cumplimiento de los requisitos “debes” de la NTC ISO 9001: 2000 y las segundas sin dejar a un lado los requisitos básicos, hacen énfasis en el análisis de los resultados de la gestión y cuestionan sobre posibilidades de mejoramiento y la inclusión de la metodología del PHVA como soporte al enfoque, lo que ha conllevado a realizar sesiones de entrenamiento de la herramienta con el grupo auditor, y motivar su uso a través de las listas de chequeo.

Como parte de las funciones de auditor líder también se define la realización de una capacitación mensual en temas relacionados con la gestión de la calidad dirigidas al grupo de auditores internos. La temática programada para el primer semestre de 2004 fue: “Factores Claves para una auditoría exitosa, Gestión de los costos de la No Calidad, La norma ISO 9004 como fuente de propuestas de mejoramiento al SGC”, y también se define una calificación semestral a la gestión de cada auditor interno en el proceso, a través de la cual la Oficina de Planeación y Calidad evalúa el cumplimiento al programa de auditorías, el enfoque hacia la eficacia apoyado en el PHVA en las listas de chequeo, la asistencia a capacitaciones y reuniones del grupo de auditores, entre otros.

²⁴ Certificado ICONTEC de gestión de la Calidad. Informe de Auditoría.

Adicionalmente el responsable del proceso auditado contesta una evaluación de su auditor, calificando la presencia de comportamientos como manejo de las relaciones interpersonales, preparación del proceso a auditar y objetividad de las apreciaciones y recomendaciones.

Con base en la experiencia adquirida durante la formación como auditor interno de calidad y la participación en las actividades del P-GESCAL-01-03 para el primer semestre de 2004 se procede a mostrar el resultado del diagnóstico efectuado a los procesos de apoyo.

5.1.1 Auditoría Interna del Proceso de Mantenimiento Preventivo de Equipos biomédicos, No biomédicos y planta Física PC-MTO-01 y Proceso de Mantenimiento Correctivo de Equipos biomédicos, No biomédicos y planta Física PC-MTO-02

El Proceso de mantenimiento preventivo general de equipos biomédicos, no biomédicos y planta física **PC-MTO-01** define las actividades programadas que se realizan en los equipos, planta física, redes y accesorios en general de la FCV con el fin de prolongar su vida útil e inicia desde la elaboración del plan anual de mantenimiento preventivo hasta el seguimiento al cumplimiento del mismo. El responsable del proceso es el ingeniero coordinador del departamento de mantenimiento y dentro del equipo primario se encuentra una (1) secretaria, dos (2) técnicos de mantenimiento general, dos (2) tecnólogos electromédicos y un (1) técnico electricista para un total de 7 personas. En algunos casos de alta especificación, el mantenimiento es realizado por personal externo a la institución. El proceso tiene 5 instructivos asociados: a) El instructivo de verificación y calibración de equipos biomédicos, b) Instructivo de mantenimiento de equipos no biomédicos y planta física, c) Instructivo de calificación de proveedores, d) Instructivo de selección de proveedores y e) Manuales de equipos médicos del departamento de mantenimiento.

El Proceso de mantenimiento correctivo general de equipos biomédicos, no biomédicos y planta física **PC-MTO-02** define las actividades realizadas en la reparación de averías de los equipos, planta física, redes, y accesorios de la FCV una vez ocurrido el daño e inicia

desde el momento en que se presenta la necesidad del arreglo del equipo biomédico o no biomédico y planta física hasta que se de una efectiva solución al requerimiento. Al igual que el proceso de mantenimiento correctivo el responsable del proceso es el ingeniero coordinador del departamento de mantenimiento quien cuenta con el mismo grupo de colaboradores e instructivos.

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA FCV	
Fecha:	Febrero 23 al 27 de 2004
Auditor:	Juan Diego Rojas Peralta
Auditores Acompañantes:	N/A
Auditados:	Jaime Gil Triana Olga Pérez Mauricio Gil Fidel Rey Javier Díaz Alvaro Ramírez
Resultados:	7 No Conformidades 18 Observaciones

✓ **Aspectos Relevantes PC-MTO-01, PC-MTO-02:**

A continuación se presenta el informe de la auditoría interna efectuada a los procesos de mantenimiento preventivo PC-MTO-01 y proceso de mantenimiento correctivo PC-MTO-02 para el primer semestre de 2004. La metodología de la auditoría se basó en el enfoque PHVA, haciendo énfasis en el Hacer. La entrevista se realizó con el responsable del proceso (coordinador de Mantenimiento), la asistente del departamento, el estudiante en práctica y 3 colaboradores escogidos al azar: 2 auxiliares de mantenimiento y 1 Tecnólogo electrónico en equipos biomédicos.

El objetivo de la auditoría fue realizar un seguimiento a las observaciones efectuadas por el ICONTEC en su visita de recertificación, y evidenciar la conformidad del Sistema de gestión de calidad en los procesos de Mantenimiento.

Se quiere resaltar el buen ánimo demostrado por los colaboradores durante la auditoría, la disposición y la actitud mostrada a lo largo del proceso fueron claves para el buen desarrollo de la misma.

- ✓ Es evidente el cumplimiento de la mayoría de las observaciones de la auditoría interna anterior por parte de los colaboradores de la UEN. Los documentos externos están codificados (aunque aún no se nombran en los procesos y procedimientos), igualmente, los equipos de la terraza del edificio (aire acondicionado, chiller, compresor, bombas de presión) se encuentran plenamente identificados para facilitar cualquier arreglo por parte de los auxiliares.
- ✓ Es importante la convergencia de criterios por parte del coordinador, la asistente y el estudiante en práctica en cuanto a los beneficios que ha traído el SGC al proceso de mantenimiento. Todos coincidieron en el beneficio que tiene el enfoque por procesos, el tener indicadores que midan la gestión, el orden que le exige a la organización, y en últimas ser conscientes que la calidad es un camino a seguir para obtener buenos resultados.

Descripción De las No Conformidades PC-MTO-01, PC-MTO-02: (se relaciona el numeral de la norma contra el cual se levanta la No Conformidad)

- **7.5.3 Identificación y Trazabilidad:** Al monitor EKG con placa de inventario #728 se le efectuó un mantenimiento correctivo el 9 de Febrero de 2004 (según la solicitud de mantenimiento), sin embargo, en la hoja de vida del mismo equipo no hay evidencia de las reparaciones efectuadas. No es posible conocer lo que se le ha hecho a los equipos biomédicos: historial de fallas, problemas y daños más frecuentes. La hoja de vida no está brindando información relevante para el futuro. Se levanta No conformidad porque el departamento debe identificar el estado del producto con respecto a su trazabilidad.
- **4.2.3 Control de Documentos:** El departamento de Mantenimiento no cuenta con la copia controlada de los procesos y procedimientos del área. Se levanta No conformidad porque los documentos requeridos por el sistema de gestión de calidad

deben controlarse y asegurar que las versiones pertinentes de los mismos se encuentren disponibles en los puntos de uso.

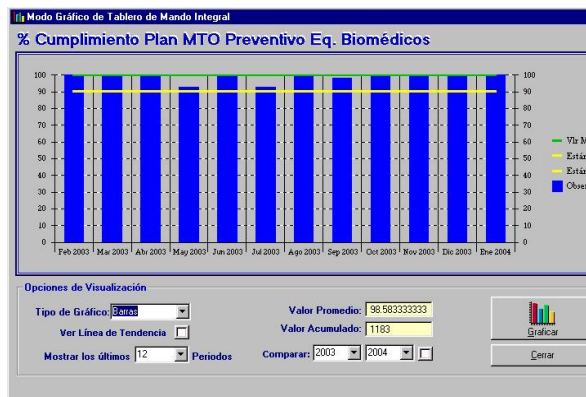
- **6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación:** El Instructivo de competencias del cargo “coordinador de mantenimiento” está desactualizado puesto que la versión más reciente para dicho cargo es el I-DTH-2026 y aún se conserva el I-DTH-2001. El personal no es consciente de los cambios realizados en el manual de competencias. Se levanta No conformidad porque el personal debe ser consciente de la pertinencia e importancia de las competencias necesarias para la realización de sus actividades y dicho documento debe ser de consulta y conocimiento de todos.
- **4.2.4 Control de Registros:** La hoja de vida del equipo “Congelador de nitrógeno líquido” del Banco de Válvulas y tejidos que entró al sistema el 20/03/03 no corresponde al formato R-MTO-2403 “Hoja de vida de equipos biomédicos y no biomédicos”. Igualmente, el formato R-MTO-2404 Plan anual de Mantenimiento de equipos no biomédicos se encuentra desactualizada. La versión más reciente es del 1/12/03. Adicionalmente, el R-MTO-2402 Seguimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos no cuenta con la fecha de aprobación por parte de la Oficina de Calidad. Se levanta No conformidad porque los registros deben permanecer legibles e identificables y guardar un mismo formato.
- **7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición:** De acuerdo al plan anual de Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos R-MTO-2407 los monitores de signos vitales SEIN tienen mantenimiento preventivo cada 4 meses, sin embargo, los siguientes monitores (de acuerdo a su número de placa de inventario) no reflejan el cumplimiento de dicho plan:
#3447, según el seguimiento el mantenimiento se hizo el 6 de Febrero de 2004 en el piso 10, pero el equipo se encuentra en el piso 7 y el sticker refleja mantenimiento el 15 de Septiembre de 2003.
#3625 según el sticker el último mantenimiento preventivo se realizó el 10 de Enero de 2003

#3293 según el sticker el último mantenimiento preventivo se realizó el 15 de Julio de 2003.

Se levanta No conformidad porque el departamento debe controlar los dispositivos de seguimiento y medición asegurando su realización de manera coherente con los requisitos establecidos.

- **8.4 Análisis de Datos:** El indicador “porcentaje de cumplimiento de la ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos” muestra un comportamiento en 2003 de 98.58% (promedio) y para Enero de 2004 el resultado es 100% de cumplimiento. (véase Figura 5)

Figura 11 Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo



El dato recopilado no refleja la realidad porque se está calculando con base en reportes verbales de los auxiliares como muestra la evidencia de la no conformidad anterior. Se levanta No conformidad porque el departamento debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la eficacia del sistema con el fin de proporcionar información acerca de la tendencia del proceso para llevar a cabo acciones preventivas o correctivas.

- **5.3 Política de Calidad:** A pesar de llevar 3 años con un sistema de gestión de calidad, los auxiliares de mantenimiento aún no son conscientes de las políticas de calidad. No se trata de que las reciten de memoria, sino que entiendan con sus propias palabras cual es el aporte de cada uno en su día a día al cumplimiento de las

mismas. Se levanta No conformidad porque debe asegurarse que la política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización.

Oportunidades de Mejoramiento-Observaciones PC-MTO-01, PC-MTO-02:

- El departamento de Mantenimiento ejecuta actividades transversales cuyo espectro de acción abarca toda la Institución, pero no tiene evidencia de la comunicación con el cliente (retroalimentación, quejas, satisfacción, etc.). Se hace esta observación porque a pesar de haber sido hecha también en la auditoría interna del 5 de Agosto de 2003, y quedar en el plan de acción, la ejecución de una encuesta para evidenciar lo anterior, no se llevó a cabo. El departamento no ha implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes.
- A pesar de no existir un ítem para indicarlo, es muy importante que en todos los registros de solicitud de mantenimiento (R-MTO-2401) se muestre claramente el número de placa de inventario del equipo al que se le hace mantenimiento, requisito fundamental para la trazabilidad y estado de los equipos.
- Es muy importante realizar un análisis estructurado de las variables que afectan los procesos de mantenimiento que muestren las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. De hecho, existe un análisis DOFA, pero el personal no es consciente de la fecha de realización ni de la relevancia de lo que allí se indica. Igualmente, un análisis DOFA permite desarrollar un panorama de riesgos y oportunidades que muy seguramente se convertirá en elementos de base para emitir acciones preventivas.
- Debe existir coherencia entre las metas que se tienen previstas para el año 2004 y el plan de acción del mismo año, por ejemplo para el caso del trabajo conjunto con el departamento de costos, se tiene previsto implementar este año una metodología que permita cuantificar el costo de mantenimiento de cada actividad, pero en el plan de acción de 2004 no se menciona dicha iniciativa, ni tiene responsable, fecha, recursos, etc.

- Es adecuado el seguimiento trimestral al plan de acción de cada año, sin embargo, se debe revisar la veracidad del cumplimiento a las metas establecidas. Por ejemplo en el año 2003: Al finalizar el año, según el seguimiento, hubo un cumplimiento de 96% del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos no biomédicos y planta física aún cuando faltó ejecutar el mantenimiento preventivo del aire acondicionado, la pintura de algunas habitaciones y el lavado del tanque de agua. También es el caso de la implementación del software de mantenimiento, éste aparece con un cumplimiento de 90% cuando el software aún no ha entrado en operación. No existe un método establecido para el cálculo del cumplimiento de la meta, éste hace de una manera subjetiva.
- El instructivo de verificación de equipos biomédicos I-MTO-2403 contiene los requerimientos de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de la fundación. Es pertinente actualizarlo ya que han entrado nuevos equipos al plan anual de mantenimiento preventivo pero el instructivo no los señala como es el caso de la máquina de anestesia, la fuente de frontoluz, etc.
- Según el proceso de mantenimiento correctivo, cuando un equipo debe ser cambiado totalmente se efectúa un “informe de revisión para baja de activos”. Este documento no existe, y sería adecuado crear un registro de “baja de activos y equipos inutilizables” para llevar control de los equipos que van saliendo del sistema.
- Existe además, el registro R-MTO-2415 “Listado de equipos en Comodato”, pero este registro es una carpeta llena de recibos, cartas, certificados de mantenimiento y otras comunicaciones acerca de equipos que han estado en comodato en la FCV, que han salido, etc. Los responsables del proceso prácticamente no tienen idea de la existencia de dicho registro ni de su utilidad. Se puede revisar dicho registro para actualizarlo y determinar la exactitud de la información que brinda.
- Aún cuando existen equipos en la fundación que no son responsabilidad directa de las áreas, es adecuado llenar una solicitud de mantenimiento R-MTO-2401 con el fin de

llevar un control más estricto del tiempo invertido, y los materiales utilizados. Un ejemplo de la afirmación anterior es el caso del aire acondicionado “torre de enfriamiento circuito 5” ubicado en la terraza y que surte de aire a la gerencia del Instituto del Corazón, a FCV.SOFT, y a la droguería “IDEAL”. En Febrero de 2004 se hizo mantenimiento correctivo a la manejadora de dicho circuito aunque no hay registro de dicha solicitud.

- Según el proceso de Mantenimiento preventivo de equipos, la actividad #1 es la revisión del equipo nuevo y elaboración de la hoja de vida. Es importante efectuar la elaboración de dicha hoja al mismo tiempo de la revisión del equipo para que no entre a la FCV sin hoja de vida de mantenimiento. Es el caso del “Ecógrafo VIVID 7” comprado a General Médica de Colombia, recibido a satisfacción el 21 de Enero de 2004 pero que no tiene hoja de vida.
- Así como existe el registro de seguimiento al plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos con código R-MTO-2402, en la práctica también se lleva una planilla de registro de seguimiento al plan anual de los no biomédicos y planta física, es recomendable incluirla en el SGC para un mayor control.
- El registro de seguimiento al plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos (R-MTO-2402) está incompleto, se deben incluir absolutamente todos los equipos biomédicos de la FCV para cerciorarse de la realización del mantenimiento, como es el caso del electrocardiógrafo (placa de inventario #9474) de FCV. Instituto de Investigaciones.
- El computador del taller no está conectado a la red. Es de gran utilidad lograr su conexión para que los colaboradores tengan acceso al sistema de calidad, puedan ver la documentación, y tengan acceso (a nivel de lectura) a las hojas de vida de los equipos para que cuando se realice un mantenimiento tengan información de primera mano de lo que se le ha hecho al equipo anteriormente.

- Sorprendentemente, el servicio de mantenimiento del Instituto del Corazón no está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. El horario de atención es de Lunes a Viernes de 7:00am a 12:00m y de 2:00pm a 6:00pm y los Sábados de 8:00am a 12:00m. Vale la pena aclarar, que tanto el coordinador del departamento como el tecnólogo encargado de los equipos biomédicos cuentan con un beeper. En teoría, ambos están en capacidad de ser alcanzados en cualquier momento, pero la diferencia en tiempo de reacción para atender una emergencia es muy grande si un colaborador permanece todo el tiempo disponible.
- No existe un listado oficial de equipos biomédicos, no biomédicos y de planta física que se encuentran en la FCV para conocer realmente que equipos se encuentran en la Fundación, cuales se han dado de baja, cuáles están en el Instituto del Corazón de Ibagué, etc.
- Con el ánimo de clasificar de una manera mas exacta el tiempo invertido por el departamento en sus actividades, el registro de solicitud de mantenimiento debería tener una casilla adicional: “servicios varios” para llevar estadísticas del tiempo que se invierte en actividades tales como: traslado de unidades, montaje de oficinas, decoración navideña, etc. que no son propiamente actividades de mantenimiento, pero son importantes en el funcionamiento de la organización.
- Dentro del departamento de Mantenimiento no existe un cargo que actúe como elemento coordinador entre el responsable del proceso y los auxiliares, generando fallas de comunicación interna en el desarrollo de las actividades. Hoy en día existe el cargo de secretaria pero su papel es limitado por diversas variables entre ellas, la responsabilidad del préstamo de auditorios, salones, equipos audiovisuales, etc. Además, las funciones del coordinador pueden ser revisadas y ampliadas.
- Falta comunicación entre la secretaria del departamento y los auxiliares. Sería apropiado realizar una jornada de motivación al interior, liderada por el departamento de Desarrollo del Talento Humano que busque plantear posiciones, alinear objetivos, y generar compromisos para que el proceso viva el mejoramiento continuo.

5.1.2 Auditoría Interna del Proceso de Desarrollo del Talento Humano PC-DTH-01

El Proceso general de Desarrollo del talento humano **PC-DTH-01** aplica a todo el personal de la institución con el fin de lograr un grupo de colaboradores idóneo, y con las calidades necesarias para el éxito de las funciones a asignar. Abarca desde que el trabajador se vincula a la institución hasta que se retira. Tiene 10 instructivos asociados: a) Reclutamiento del talento humano, b) Selección del talento humano, c) Contratación del talento humano, d) Inducción y reinducción del talento humano, e) Capacitación y entrenamiento, f) Evaluación del desempeño, g) Competencias y características del cargo h) Entrenamiento del cargo, i) Programas de bienestar social, y j) Actualización de competencias y características del cargo. El responsable del proceso es el jefe del departamento de desarrollo del talento humano y el equipo primario esta compuesto por dos (2) sicólogos organizacionales, un (1) coordinador en salud ocupacional, un (1) auxiliar de nómina, un (1) auxiliar administrativo, y una (1) secretaria.

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA FCV	
Fecha:	Marzo 1 al 5 de 2004
Auditor:	Juan Diego Rojas Peralta
Auditores Acompañantes:	Inst. Ana Eddy Monsalve Dra. Carolina Vargas
Auditados:	Adm. Mónica Lilián Medina Luz Edilia Rancel Rosa Helena Cárdenas Mayerling Nieves Enf. Xenia Argote
Resultados:	0 No Conformidades 7 Observaciones

✓ Aspectos Relevantes PC-DTH-01:

A continuación se presenta el resumen ejecutivo de la auditoría interna efectuada al proceso de desarrollo del talento humano PC-DTH-01 para el primer semestre de 2004. La metodología de la auditoría se basó en el enfoque PHVA. La entrevista se realizó con

el responsable del proceso (Jefe del departamento de Talento Humano), y las asistentes del departamento. En total se auditaron 5 colaboradores.

La auditoría contó con la presencia de dos auditoras internas de calidad quienes asistieron en calidad de observadoras (parte de su proceso de formación) haciendo aportes cuando lo consideraron conveniente.

El objetivo de la auditoría fué realizar un seguimiento a las observaciones efectuadas por el ICONTEC en su visita de recertificación, y evidenciar la conformidad del Sistema de gestión de calidad en los procesos de Desarrollo del talento humano.

Se quiere resaltar el buen ánimo demostrado por los colaboradores durante la auditoría, la disposición y la actitud mostrada a lo largo del proceso fueron claves para el buen desarrollo de la misma.

- ✓ Existe una vivencia de la cultura de la calidad al interior del proceso de desarrollo del talento humano. Desde el responsable hasta los colaboradores, todos se saben las políticas de calidad, y lo que es mas importante, el aporte de cada uno al cumplimiento de las mismas, siendo conscientes que la influencia del proceso le apunta principalmente a la política “Ofrecer calidad de vida a los colaboradores, la comunidad en la que viven, garantizando su bienestar y crecimiento en la construcción de una mejor sociedad”.
- ✓ El modelo de gestión humana por competencias se ha convertido en un propulsor del desarrollo general del proceso. La implementación del modelo²⁵ (que incluye las actividades de diseño de cargos, elección del personal, gestión del desempeño, capacitación y desarrollo) le ha permitido a la organización contribuir con el cumplimiento de los objetivos institucionales, convirtiéndose en una estrategia fundamental para el crecimiento de la empresa. Este ejercicio, cuya implementación terminará en Diciembre de 2005 busca determinar el perfil del personal para alinearlo con la estrategia del IC, ejecutar programas de capacitación que permitan desarrollar las competencias en los colaboradores que se requieren en cada proceso y

²⁵ Ver anexo 3 Modelo de gestión humana por competencias IC.

determinar para cada colaborador, mediante la “valoración del desempeño” las brechas entre el desempeño real y el desempeño deseado de acuerdo al cumplimiento de logros medibles.

- ✓ Absolutamente todos los cargos auditados del Instituto del Corazón cuentan con su “Instructivo de competencias y características” con el fin de establecer la misión, visión, nivel de educación, experiencia requerida, entrenamiento, funciones, responsabilidades, nivel de autoridad, nivel de gestión, competencias técnicas y competencias institucionales²⁶ que son requeridas para todas las personas, facilitando el procedimiento de reclutamiento y elección del personal que evalúa si el aspirante cumple con el perfil requerido.

- ✓ Se resalta positivamente el hecho de tener como política del proceso, establecer como primera opción de reclutamiento al personal interno que cumple con el perfil del cargo a proveer motivando al colaborador competente un ascenso o mejora laboral.

- ✓ Se pudo evidenciar el cumplimiento al procedimiento de elección del personal en cuanto a la aplicación de las pruebas a los candidatos. Según el documento, se realizan 3 tipos de pruebas: Objetivas (buscan obtener un dato específico y mensurable sobre el tipo de pensamiento y habilidades cognitivas), Proyectivas (miden aspectos de la personalidad, habilidades de interacción, proyección personal) y Estructuradas (miden la inteligencia emocional, estilos de trabajo, solución de problemas). La implementación de estas herramientas va acompañada por entrevistas con la psicóloga del IC, y el jefe directo del cargo a proveer, que brindan elementos que no pueden ser medidos por las pruebas, pero que son relevantes para ver la capacidad de reacción y de adaptación del candidato. Todo esto con el fin de evitar los inconvenientes que genera una mala selección del personal debido a incompatibilidad del personal con la cultura organizacional, que se verá reflejada en la evaluación del desempeño.

²⁶ Las competencias Institucionales establecidas para todos los cargos del IC son: Compromiso institucional, Liderazgo, Trabajo en equipo, Comunicación asertiva, Orientación al logro, Orientación al cliente, Orientación a la excelencia, Aprendizaje continuo, Creatividad, Innovación e iniciativa, Empoderamiento, Optimización de recursos y Proactividad. Sus niveles varían de acuerdo al rol.

- ✓ La adopción del sistema de trabajo en equipo basado en los Grupos Primarios se ha convertido en la principal herramienta para alinear al personal con la estrategia. Este sistema tiene definido claramente el rol del líder y de los participantes y tiene como objetivo fundamental precisar una visión compartida en cuanto a responsabilidades, toma de decisiones, seguimiento a los indicadores, generación de acciones preventivas y correctivas. Los grupos primarios también fomentan la participación del personal a través del seguimiento a las iniciativas e implementación de las sugerencias de los miembros con base en los indicadores de participación (Número de sugerencias recibidas/ Número de colaboradores) y de creatividad (Número de propuestas implementadas/ Número de sugerencias recibidas). La metodología aplicada ha sido exitosa pues el grupo primario se ha convertido en un espacio muy importante para el crecimiento como equipo de trabajo y la satisfacción del personal.

- ✓ El programa de “valoración del desempeño”, apoyado en la metodología 360 grados²⁷, que hace parte del modelo de gestión humana, busca monitorear el avance y desarrollo de las competencias a nivel técnico e institucional, y evaluar los resultados obtenidos en el ejercicio de la actividad. Es muy valioso para el crecimiento de la compañía contar con esta valoración porque gracias a esta, se puede generar una constructiva retroalimentación, estimular actitudes de mejoramiento y profundizar las potencialidades del personal.

- ✓ La implementación del programa “Limpia tu corazón” fundamentado en la filosofía 5´S que a través de una evaluación semanal no avisada, ha permitido capacitar a los colaboradores para definir los elementos realmente necesarios en el sitio de trabajo, organización adecuada de escritorios, limpieza y desecho de elementos. Gracias a este programa, los anteriores pasos se han convertido en rutina en las dependencias que han obtenido el reconocimiento.

²⁷ La metodología de evaluación de competencias 360 grados implica que ésta sea realizada no solo por el jefe inmediato sino también por los pares (equipo de trabajo) y por el colaborador mismo, evitando sesgos en la evaluación y brindando una visión más amplia del desempeño del colaborador.

- ✓ Se menciona como hecho relevante la gran cantidad de actividades de tipo recreativo, deportivo y cultural que tiene el departamento de DTH bajo su responsabilidad: como el festival deportivo, el día del talento humano, la celebración de fechas especiales, reconocimiento a la antigüedad, el grupo polifónico “FCV. Son” y el grupo de danzas “FCV. Expresión corporal”, todos ellos encaminados a ofrecer bienestar social que permita el desarrollo integral y el mejoramiento del nivel de vida del colaborador y de su familia.
- ✓ Existe conciencia de las variables que afectan el proceso de desarrollo del talento humano. Porque se ha elaborado un análisis DOFA, estructurado y actualizado. Fruto de este análisis DOFA, se van a hacer cambios al plan de acción de 2004 para ajustarlo a las variables identificadas.
- ✓ El plan de acción es consecuencia de un análisis de grupo primario. El aporte de todos los colaboradores es muy valioso en la construcción conjunta de objetivos anuales. Se evidencia que todos participaron en la creación del plan y hay un alto sentido de pertenencia y conocimiento del mismo.

Descripción de las No Conformidades PC-DTH-01:

No se encontró evidencia para levantar No conformidad.

Oportunidades de Mejoramiento-Observaciones PC-DTH-01:

- El procedimiento P-DTH-01-03 de contratación del personal, está diseñado exclusivamente cuando la contratación la realiza directamente la FCV. Sin embargo, la gran mayoría de nuevos empleados que entran a trabajar a la organización lo hacen a través de las precooperativas de trabajo asociado OTA´S. Es conveniente actualizar los procedimientos para que el actuar esté acorde con la documentación del sistema de gestión de calidad, máxime, cuando no está definido el criterio de decisión para establecer si un nuevo trabajador entra por la cooperativa de trabajo o entra como

empleado directo.

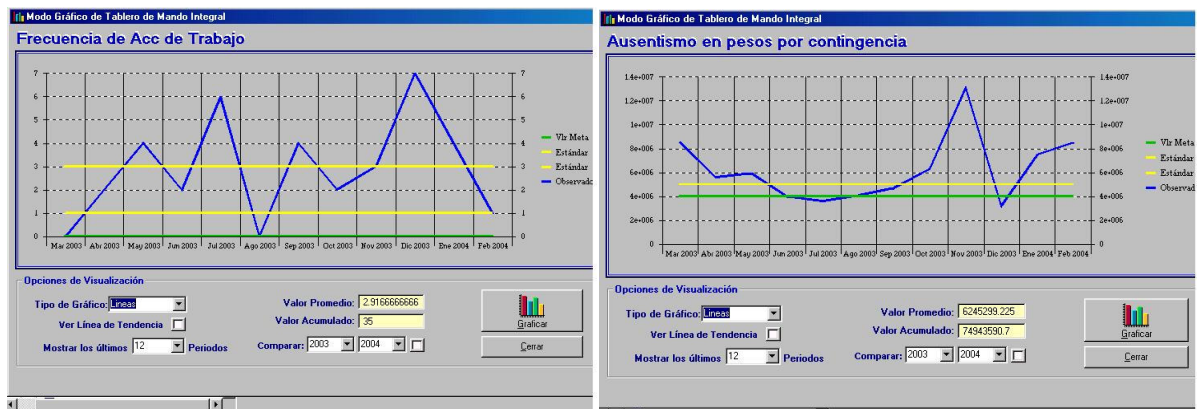
- El procedimiento de contratación del talento humano P-DTH-01-03 establece que el jefe del departamento solicita a la coordinadora de salud ocupacional programar el examen médico con el doctor que la Gerencia del Instituto del Corazón estime conveniente, una vez el nuevo colaborador ha asistido a la inducción. Sin embargo, de acuerdo a la revisión de las hojas de vida de:
 - William Ricardo Trisancho (facilitador de calidad de FCV. SOFT, entró a la Institución en Marzo de 2003)
 - Adriana Restrepo (auditora médica interna, ingresó a la institución en Diciembre de 2003)
 - Paul Anthony Florez (diseñador gráfico, ingresó a la Institución en Enero de 2004)

Se pudo constatar que el examen médico no se ha realizado en los dos últimos colaboradores y el examen médico del Ingeniero Trisancho no se encontraba en su hoja de vida aunque si fue realizado y estaba en poder de la Dra. Luz Ximena Martínez. Es importante tanto para el trabajador nuevo, como para la Organización (representada en el departamento de desarrollo del talento humano) llevar a cabo puntualmente dicho examen. Este tiene carácter de requisito para entrar a trabajar en la FCV y no se puede seguir pasando por alto.

- Igualmente, es indispensable efectuar un verdadero control de la asistencia a las Inducciones. En el caso de los tres colaboradores mencionados en el ítem anterior, tampoco hay evidencia de su asistencia a la inducción. Es cierto que en ningún procedimiento dice que la inducción es de carácter obligatorio, pero dada la importancia que reviste esta actividad (para que el colaborador tome conciencia del contexto en el que se encuentra la Institución, sea efectiva la alineación con el direccionamiento estratégico, conocimiento de los beneficios institucionales y el enfoque basado en procesos, sistema de gestión de calidad, etc.) es necesario cerciorarse que absolutamente todos los colaboradores asisten a la inducción y la interiorizan, de manera que en las primeras semanas de trabajo enfoquen sus actividades hacia los objetivos que la Institución se ha trazado y sean conscientes del aporte de cada uno.

- El presupuesto asignado a las capacitaciones es un rubro global que cambia cada año, pero no necesariamente responde a unas necesidades específicas de los colaboradores.
- Es excelente que se hayan efectuado encuestas para medir el impacto que han tenido en los colaboradores los diferentes programas de bienestar social como “espalda sana”, “semana de salud ocupacional”, “limpia tu corazón”, etc. Pero no se conoce el detalle de la información brindada según la Unidad Estratégica de Negocios a la que pertenece ni las razones por las cuales hay desconocimiento entre los colaboradores de algunos programas.
- Existen 8 indicadores que miden la gestión del proceso de desarrollo del talento humano, de los cuales 4 están en rojo, 2 en amarillo y 2 en verde. Los que se encuentran en rojo tienen su respectivo PHVA para evaluar las causas y proponer soluciones y el cierre del ciclo está previsto para finales de Abril. Sin embargo, para el caso del indicador “frecuencia de accidentes de trabajo” se puede observar que no se tiene control sobre el mismo y la tendencia del resultado es completamente irregular. Vale la pena hacer un análisis al interior del grupo primario para evaluar lo que está midiendo el indicador y si las acciones propuestas en el plan de acción van encaminadas a mantener el resultado dentro del estándar. (véase Figura 6)

Figura 12 “Frecuencia de accidentes de trabajo” “Ausentismo en pesos por contingencia”



- Para el caso del indicador ausentismo en pesos por contingencia se observa exactamente el mismo comportamiento. Pero el análisis en este caso es diferente: El indicador presenta un fuerte desajuste en el mes de Noviembre debido al “gran número de médicos que viajaron al congreso de Cardiología”. Valdría la pena revisar que elementos se consideran “contingencia” para la Fundación Cardiovascular, porque a pesar de que el viaje de un colaborador a un congreso se clasifica como ausencia, el objetivo de dicha ausencia es actualización de competencias y conocimientos, es decir, capacitación, en la cual gana tanto la FCV como el colaborador. En últimas, el indicador se ve distorsionado por factores que en realidad no son considerados contingencias. Adicionalmente, el PHVA muestra como propuesta de acción una “reunión con la gerencia del IC, para tomar las decisiones pertinentes”. Valdría la pena estudiar los datos de entrada del indicador, y revisar que tan factible es la clasificación de las contingencias. (Véase Figura 6)

5.1.3 Auditoría Interna del Proceso de Gestión Integral de Compras PC-COM-01

El Proceso general de Compras **PC-COM-01** define la compra de insumos médico quirúrgicos, medicamentos, papelería, y activos fijos de acuerdo a las especificaciones requeridas por la FCV. Su alcance abarca desde la recepción del requerimiento de insumos médico quirúrgicos, activos fijos y elementos en general hasta el seguimiento a los proveedores seleccionados por la organización. El responsable del proceso es el jefe de compras y el equipo primario está compuesto por dos auxiliares de compras. Los instructivos relacionados son 12: a) Selección y evaluación de insumos médico quirúrgicos, b) Selección y evaluación de proveedores de medicamentos, c) Realización de convenios anuales de proveedores, d) Estudio y adjudicación de convenios de suministro de IMQ , e) Estudio y adjudicación de convenios de suministro de medicamentos, f) Compras de activos fijos y elementos en general, g) Compras de IMQ, h) Compras de medicamentos, i) Compra de papelería, j) Solicitud de reposición de IMQ de alto costo en consignación, k) Devolución de insumos a proveedores, e l) Calificación de proveedores de insumos.

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA FCV	
Fecha:	Marzo 8 al 12 de 2004
Auditor:	Juan Diego Rojas Peralta
Auditores Acompañantes:	N/A
Auditados:	Ing. Fanny Astrid Pérez John González César Gálvis
Resultados:	0 No Conformidades 7 Observaciones

✓ **Aspectos Relevantes PC-COM-01:**

Se presenta a continuación el resumen ejecutivo de la auditoría interna efectuada al proceso de gestión integral de compras PC-COM-01 para el primer semestre de 2004. El enfoque PHVA se utilizó como metodología para la auditoría. La entrevista se realizó inicialmente con el grupo primario del departamento, posteriormente se centró con la responsable del proceso (Ing. Fanny Astrid Pérez) y finalmente con entrevistas a los auxiliares. Se auditaron todas las personas involucradas en el proceso.

El objetivo de la auditoría fué realizar un seguimiento a las observaciones efectuadas por el ICONTEC en su visita de recertificación, y evidenciar la conformidad del Sistema de gestión de calidad en los procesos de gestión de compras.

Se quiere resaltar el buen ánimo demostrado por los colaboradores durante la auditoría, la disposición y la actitud mostrada a lo largo del proceso fueron claves para el buen desarrollo de la misma.

- ✓ El departamento de compras es muy organizado, porque durante el proceso de auditoría interna, fue fácil ubicar los registros que evidencian la conformidad del sistema, y a pesar de manejar grandes cantidades de documentación, siempre fue posible encontrar los datos que se iban preguntando durante la auditoría.
- ✓ Las visitas de referenciación competitiva a diferentes hospitales y clínicas del país, como la Fundación Santafé y la clínica Shaio en la ciudad de Bogotá o la Santa María

de Medellín, porque es por medio de estos mecanismos, que se pueden encontrar oportunidades de mejoramiento, identificar fortalezas y debilidades de la gestión de compras con el ánimo de continuar la estrategia de mejoramiento continuo.

- ✓ La libreta de calificaciones del proveedor, porque es una ventaja competitiva del Instituto del Corazón frente a otros actores del sector. Esta fortaleza ha permitido tener una relación más estrecha con los proveedores buscando el beneficio común. Igualmente, actúa como mecanismo para evaluar y seleccionar a los proveedores en función de su capacidad de suministrar productos y servicios de acuerdo a los requisitos de la Institución.
- ✓ Las políticas de calidad son comunicadas y entendidas por los colaboradores el proceso de gestión de compras. Se resalta este hecho, porque en la auditoría pasada se levantó No conformidad debido al desconocimiento de las políticas de calidad y el aporte de cada uno al cumplimiento de las mismas. Durante el actual proceso de auditoría se constató el mejoramiento en este requisito.
- ✓ El personal del proceso de compras es consciente de las competencias necesarias para realizar sus funciones así como el impacto que tiene el buen desempeño de sus funciones al cumplimiento de los objetivos de calidad. En el mismo sentido, todos conocen la ubicación del instructivo de competencias dentro de la documentación del sistema de gestión de la calidad, aunque las funciones del responsable del proceso pueden llegar a ser mucho más amplias.

- **Descripción de las No Conformidades:**

No se encontró evidencia que permita levantar una No Conformidad.

Oportunidades de Mejoramiento- Observaciones PC-COM-01:

- Actualmente es una necesidad establecer relaciones fuertes entre los proveedores y compradores por ser una ventaja competitiva para diferenciarse de los competidores y obtener excelentes resultados, además, en una empresa basada en procesos los

proveedores son los “inputs” de muchos de ellos permitiendo un mejor “output”²⁸. A pesar de que por el volumen de compras del IC, el departamento encargado de ellas podría pensar que cualquier proveedor quisiera hacer negocios con éste, no es el caso de la empresa que se está estudiando. En ese orden de ideas, es conveniente continuar con el plan trazado para 2004 en el sentido de estrechar aún más las relaciones con los proveedores buscando obtener mejores resultados para las partes, que en realidad son, socios estratégicos de un mismo sector económico.

- El plan de acción de 2004 está bien enfocado y posee metas claras y responsables; pero durante el proceso de auditoría se pudo constatar, por medio de lo comunicado por los auditados, que muchas de las actividades consideradas como vitales para el desempeño de proceso para 2004 no hacen parte del plan de acción. Es adecuado alinear el accionar con la estrategia alrededor de la correcta utilización del plan de acción, herramienta que facilita el seguimiento y gestión de las actividades.
- En el mismo sentido, el departamento cuenta con un análisis de las variables que afectan directa o indirectamente el proceso utilizando la metodología DOFA. Como oportunidad de mejoramiento, se hace necesario una interiorización de dicho análisis por parte de todos los colaboradores porque en el proceso de auditoría se evidenciaron algunas discrepancias entre lo que el departamento considera como fortalezas y debilidades y lo que quedó registrado en el ejercicio.
- El proceso de gestión integral de compras está adscrito a la gerencia de Instituto del Corazón pero es un área corporativa pues a través de él se tramitan todas las compras que se hacen en la FCV. Mediante la revisión de formatos de requisición R-COM-2501 se observa el alto impacto que tiene en la organización por la diversidad de elementos que se compran. Los colaboradores del proceso son conscientes de esto, pero no existe evidencia de la satisfacción del cliente sobre la gestión del mismo. Más que evaluar la imagen que se tiene del proceso ante la institución, lo que se busca es encontrar los atributos que son importantes para satisfacer las expectativas del cliente interno.

²⁸ HARRINGTON. Mejoramiento de los procesos de la Empresa.

- El indicador “porcentaje de requisiciones tramitadas en el mes de su solicitud” no mide realmente la gestión de proceso de compras. Su cumplimiento es casi siempre del 100% porque este es el “deber ser” del proceso y no podría ser de otra manera. Es apropiado desarrollar un nuevo indicador cuyo fin sea medir cuantitativamente la gestión y la oportunidad del proceso.
- La libreta de calificaciones se ha convertido en una poderosa herramienta para medir el impacto de la calidad y la gestión de los proveedores de la organización. Esta contiene datos importantes para tomar decisiones. Como oportunidad de mejoramiento, es adecuado depurar un poco más la información y organizarla de una manera que facilite su lectura y comprensión, porque en la forma como se muestra actualmente no se puede visualizar el comportamiento de los proveedores. Se pretende hacer una retroalimentación de la gestión y detectar oportunidades de mejoramiento.
- Algunos de los formatos de requisición de compras R-COM-2501 no están siendo llenados en su totalidad por parte de los colaboradores del proceso. Es el caso de los registros 3074, 3075, 3077 a los cuales le falta la firma de Cesar Galvis como responsable. Se ha avanzado sustancialmente en este campo aunque aún queden algunos formatos sin ser diligenciados totalmente.

5.1.4 Auditoría Interna del Proceso General de Suministros PC-SUM-01

El Proceso general de Suministros **PC-SUM-01** tiene como propósito lograr que la recepción, almacenamiento y despacho de mercancía, se haga en forma eficiente, de tal forma que la mercancía despachada se encuentre en las condiciones solicitadas por el proceso de compras. El proceso abarca desde la recepción de la mercancía y documentación relacionada hasta el despacho de la misma hasta el área que la ha solicitado. El responsable del proceso es el coordinador de suministros y el equipo primario está compuesto por un (1) auxiliar de almacén y cuatro (4) auxiliares de

despacho. Tiene 8 instructivos asociados: a) Recepción, verificación y almacenamiento de mercancías, b) Limpieza y desinfección de los estantes de almacén, c) Condiciones de almacenamiento, manipulación y embalaje, d) Inspección de insumos médico quirúrgicos en el almacén, e) Despacho de insumos y/o activos fijos, f) Reposición y manejo de inventarios g) Devolución de mercancías en buen estado y h) Elaboración de informes en buen estado.

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA FCV	
Fecha:	Marzo 15 al 19 de 2004
Auditor:	Juan Diego Rojas Peralta
Auditores Acompañantes:	Ing. Maria Juliana González Martínez
Auditados:	Ing. Jimmy Reinaldo Sierra Alvaro Ulloa Gustavo García Diego Acevedo
Resultados:	1 No Conformidades 8 Observaciones

✓ **Aspectos Relevantes PC-SUM-01:**

A continuación se presenta el resumen ejecutivo de la auditoría interna efectuada al proceso general de suministros PC-SUM-01 para el primer semestre de 2004. El enfoque PHVA se utilizó como metodología para la auditoría. La entrevista se realizó inicialmente con el responsable del proceso Ing Jimmy Reinaldo Sierra y luego se procedió a entrevistar a los auxiliares Diego Acevedo, Gustavo García y Alvaro Ulloa. El objetivo de la auditoría fue evidenciar la conformidad del Sistema de gestión de calidad en el proceso general de suministros y realizar un seguimiento a las observaciones de la auditoría interna de calidad del segundo semestre de 2003.

- ✓ Se quiere resaltar el buen ánimo demostrado por los colaboradores durante la auditoría, la disposición y la actitud mostrada a lo largo del proceso fueron claves para el buen desarrollo de la misma.
- ✓ Todos los colaboradores conocen y entienden las políticas de calidad de la FCV. Se quiere resaltar este hecho pues fué una No Conformidad en la auditoría pasada y

durante la entrevista se evidenció un positivo cambio hacia la toma de conciencia en este aspecto.

- **Descripción de las No Conformidades:**

7.4.3 Verificación de los productos comprados: Según el instructivo I-SUM-2105 Inspección de los Insumos en el almacén, ningún producto debe tener una fecha de vencimiento menor a 6 meses. Sin embargo, durante el proceso de auditoría se realizó una inspección al azar de insumos dentro del almacén y se encontró que la “malla de polipropileno 20x20 sin cierre” tiene fecha de vencimiento Julio/2001 o el “Cardiopolene Lote #0211” tiene fecha de vencimiento de Octubre/2001. Se levanta No Conformidad porque la organización debe establecer e implementar las actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos especificados.

Oportunidades de Mejoramiento-Observaciones PC-SUM-01:

- De acuerdo al procedimiento de Despacho de mercancía P-SUM-01 cada vez que hay un traslado de activos fijos dentro del Instituto del Corazón, las áreas que generan el cambio deben llenar el formato R-SUM-2103 para que el departamento de Suministros conozca la ubicación de los equipos. No obstante, el equipo de cómputo identificado con placa de inventario #5256 cuyo usuario es la Sta. Ana Eddy Monsalve aparece registrado (según el software SAM) en el séptimo piso, pero el equipo estuvo los últimos 2 años en el primer piso en la gerencia del IC, y actualmente se encuentra en el quinto piso en el departamento de cirugía. A pesar de que es responsabilidad de las áreas reportar los traslados, existe un inventario que se realiza anualmente, y en el efectuado en Noviembre de 2003 aún aparece registrado dicho equipo en el séptimo piso. Se debe hacer nuevamente un llamado a los jefes para que transmitan a todas las áreas la importancia de reportar los traslados y verificar que los equipos que

aparecen en los listados de los inventarios anuales realmente correspondan a los que existen físicamente.

- No es recomendable que toda la documentación de calidad del proceso general de suministros permanezca inmodificable desde el mismo momento que fue creada, es decir con la versión 0 del 28 de Mayo de 2002. No se trata de efectuar cambios porque sí, pero no refleja una auténtica vivencia de mejoramiento continuo el hecho de que los procesos y procedimientos no hayan cambiado a lo largo de casi 2 años.
- El departamento cuenta con un análisis de las variables que afectan directa o indirectamente el proceso utilizando la metodología DOFA, pero éste no tiene una fecha para establecer cuando fue realizado y falta un poco más de profundidad. Como oportunidad de mejoramiento, se hace necesario una interiorización de dicho análisis por parte de todos los colaboradores del proceso en aras de lograr su entendimiento y despliegue.
- El proceso general de suministros responde ante la gerencia de Instituto del Corazón pero es un área corporativa pues es el encargado del despacho de todos los insumos comprados por la FCV. Los colaboradores del proceso son conscientes de esta importancia, pero no existe evidencia de la satisfacción del cliente sobre la gestión del proceso. Se busca encontrar entonces, los atributos que son valiosos para satisfacer las expectativas del cliente interno. Esta actividad de retroalimentación se puede hacer conjuntamente con el proceso de gestión integral de compras.
- El formato R-GESCAL-3025 contiene los PHVA que se llevan a cabo para el análisis, solución y prevención de problema. En el proceso de suministros se han hecho algunos PHVA cuando se ha requerido pero es importante escribir una fecha exacta para el cumplimiento del plan de acción ya que no se puede cerrar el PHVA si el problema aún persiste como en el caso de la existencia de IMQ vencidos en el almacén que según el registro, ya fué cerrado, pero la situación sigue sin resolverse como se evidencia en la No Conformidad levantada.

- La instalación del nuevo software SAM VITAL ha sido evaluada por los colaboradores del proceso como un gran acierto de la gerencia del IC en la búsqueda del mejoramiento continuo del proceso. Sin embargo, el programa aún presenta vacíos en su proceso de implantación generando demoras al proceso debido a la inestabilidad del sistema. Es importante dejar registro de todas estas situaciones que afectan la productividad para enviarlas a la fábrica de software, concretamente al proceso de acompañamiento al cliente.
- Es importante efectuar un ejercicio de referenciación competitiva, con IPS de Medellín y Bogotá cuyo fin sea encontrar oportunidades de mejoramiento que puedan ser implementadas en la FCV. Se recomienda aprovechar las visitas que también hace el proceso de compras para llevar a cabo este ejercicio.
- Según el PC-SUM-01 la temperatura del almacén para el correcto almacenamiento de los IMQ debe ser ambiente “entre 18C y 30C”. De acuerdo al registro R-SUM-2106 las temperaturas vistas a lo largo de 2004 han sido todas superiores a los 30C.

5.1.5 Auditoría Interna al Proceso de Auditoría Médica Interna y Proceso de Diseño, Validación, Desarrollo y Seguimiento de Vías clínicas PC-GERIC-02 y PC-GERIC-01

El Proceso de diseño de vías clínicas **PC-GERIC-01** define la metodología para la estandarización del conjunto de actividades, recursos, costeo y seguimiento de todo el proceso de atención de los pacientes. El auditor médico interno es el responsable de liderar el proceso y el equipo primario está compuesto por cada jefe de área y su equipo interdisciplinario asistencial y administrativo, quienes tienen la responsabilidad del análisis de la información y la toma de decisiones. El proceso comienza con el nacimiento de la idea de desarrollar la vía clínica hasta la generación de la vía clínica y sus cambios. Tiene asociados dos instructivos: a) Plan de calidad para el control de las vías clínicas y b) Manual del usuario de vías clínicas.

El Proceso de auditoría médica interna **PC-GERIC-02** tiene como propósito contribuir a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud que son prestados por la FCV mediante análisis y seguimiento de la eficiencia, eficacia y efectividad de los resultados de la atención en salud. Inicia desde la definición de actividades críticas que requieren la ejecución de un proceso de auditoría hasta la retroalimentación generada por las auditorías. Los responsables del proceso son dos (2) auditores médicos internos, y el equipo primario está compuesto por una (1) enfermera jefe y un (1) auxiliar técnico administrativo. El proceso cuenta con 5 instructivos: a) Auditoría de enfermería, b) Evaluación de historia clínica médica ambulatoria, c) Solución de objeciones de pertinencia médica, d) Sistema único de habilitación y e) Régimen de seguridad social en Colombia.

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA FCV	
Fecha:	Marzo 23 al 26 de 2004
Auditor:	Juan Diego Rojas Peralta
Auditores Acompañantes:	Dr. Paul Anthony Camacho
Auditados:	Dr. Alberto Enrique Urieles Nieto Dra. Adriana Restrepo Pardo Inst. Ana Eddy Monsalve Enf. Jeam Zulma Moreno
Resultados:	2 No Conformidades 17 Observaciones

✓ **Aspectos Relevantes PC-GERIC-01, PC-GERIC-02:**

A continuación se presenta el informe de auditoría interna efectuado a los procesos de Diseño de Vías Clínicas y Auditoría Médica Interna para el primer semestre de 2004.

La metodología de la auditoría se basó en el enfoque PHVA haciendo énfasis en el HACER.

La entrevista se realizó con los responsables del proceso: Doctores Alberto Urieles y Adriana Restrepo Pardo auditores médicos del Instituto del Corazón, la enfermera jefe Jeam Zulma Moreno y la auxiliar administrativa Ana Eddy Monsalve.

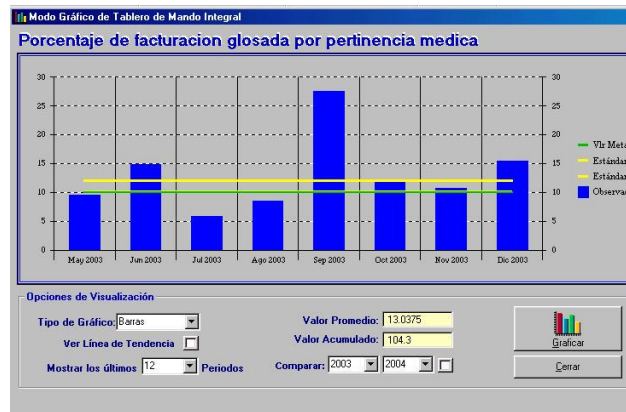
El objetivo de la auditoría fue realizar un seguimiento a las observaciones efectuadas por el ICONTEC en su visita de recertificación y evidenciar la conformidad del sistema de Gestión de Calidad en los procesos auditados.

Se quiere resaltar el buen ánimo demostrado por los colaboradores durante la auditoría pues a pesar de los cambios organizacionales que se dieron antes del ejercicio, la

disposición del auditor médico entrante y el auditor saliente fueron clave para el buen desarrollo de la auditoría.

- ✓ Se evidencia por parte del grupo la internalización de las políticas y objetivos de calidad. El conocimiento de las políticas de calidad por parte de los responsables del proceso y los colaboradores es evidente. El Dr. Alberto Urieles conoce todas las políticas, mientras que la Jefe Zulma es consciente de 4 políticas. Igualmente, el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de como contribuyen al logro de los objetivos de calidad.
- ✓ El indicador “Porcentaje de glosas facturadas en el mes” es un claro ejemplo de un indicador que realmente mide la gestión de un proceso. Precisamente, la finalidad de la auditoría médica interna es contribuir a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud prestados por el Instituto del Corazón mediante el análisis y seguimiento de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y resultados de la atención en salud, que se ven reflejados en las glosas a las facturas por parte de las EPS. (véase Figura 7)

Figura 7 Porcentaje de facturación glosada por pertinencia médica.



Descripción de las No Conformidades PC-GERIC-01, PC-GERIC-02:

8.2.3 Seguimiento y Medición de los procesos: La base de datos de vías clínicas, R-GERIC-069, es uno de los registros para el seguimiento al proceso de atención con base

en las vías clínicas. Sin embargo, dicha base de datos no se actualiza desde Agosto de 2003 y la información se tiene únicamente en papel. El procedimiento de diseño, validación, desarrollo y seguimiento de las vías clínicas, P-GERIC-01-01, enuncia que durante el seguimiento a la ejecución de las vías clínicas, se diligencia dicha base de datos. En el mismo sentido, el indicador “Porcentaje de Facturación Glosada” se encuentra desactualizado y no se ha alimentado desde Diciembre de 2003. Se levanta No Conformidad porque la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y la medición de los procesos con el fin de demostrar la capacidad de los mismos

4.2.4 Control de los registros: El procedimiento de Auditoría Médica Interna, P-GERIC-02, enuncia el diligenciamiento del Registro de solución y Glosas R-GERIC-077 como evidencia del soporte de auditoría médica en la solución de glosas, sin embargo el registro no se está diligenciando completamente y en algunos casos ni siquiera existe el soporte. Se levanta No Conformidad porque la organización debe cerciorarse de que los registros se establecen y mantienen para proporcionar evidencia de la conformidad de los requisitos así como la operación eficaz del SGC.

Oportunidades de Mejoramiento-Observaciones PC-GERIC-01, PC-GERIC-02:

- A pesar de que el proceso menciona en su documentación la utilización del R-GESCAL-3025, Método de Análisis y Solución de Problemas, como apoyo a las acciones correctivas originadas por las auditorías médica y clínica, no se evidenció ningún PHVA. La misma función del proceso de Auditoría Médica del grupo, lleva a pensar que su objetivo esencial es dar origen a varias acciones correctivas y preventivas, que ayuden a evidenciar el mejoramiento del sistema, sin embargo no se han levantado aún dichas acciones. Es importante que el grupo primario evidencie las acciones correctivas y preventivas a través de la metodología PHVA utilizando el registro establecido para ello (R-GESCAL-3025) para vivir una auténtica cultura de calidad.
- El Dr. Guillermo Hernández elaboró en el segundo semestre de 2003 unas vías clínicas para pacientes no quirúrgicos que están como Instructivos dentro del sistema

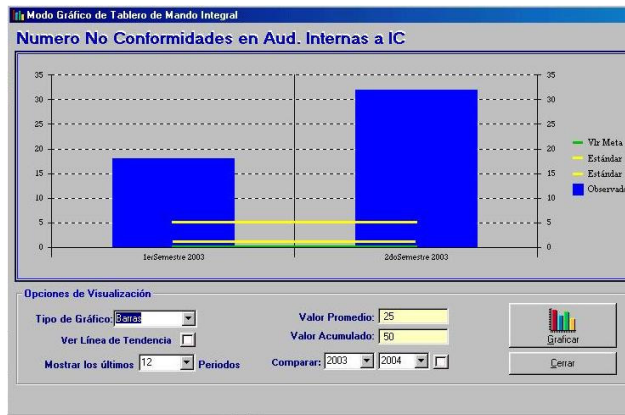
de gestión de Calidad. Sin embargo, efectivamente corresponde a un diseño de vías clínicas y no se siguieron los registros (formatos) establecidos por el proceso.

- Aunque se ha establecido un plan de acción para el año 2004 que tiene previsto el cambio al diseño de las vías clínicas, este no tiene en cuenta las fechas para la ejecución de las actividades. Lo anterior es indispensable para el control al seguimiento al cumplimiento del plan.
- Los colaboradores entrevistados son conscientes la pertinencia e importancia de sus actividades dentro del engranaje de la organización. Igualmente ubican con facilidad en la documentación del sistema de gestión de calidad, el instructivo de competencias y características del cargo. Sin embargo, algunas de las funciones del auditor médico interno pueden ser mucho más amplias y reflejar en realidad el actuar del cargo dentro de la compañía.
- A pesar de que se ha comentado en comités médicos y reuniones de staff médico la necesidad de un cambio al diseño de algunas vías clínicas, no hay evidencia de la solicitud del cambio a través del R-GERIC-068. Este es el registro de partida para el rediseño de las vías, por lo que es vital su utilización para mantener la conformidad del proceso.
- Existen formatos con fecha de aprobación que no corresponde a la última versión de aprobación por parte de la Oficina de Planeación y Calidad. Tal es el caso del R-GERIC-071 que tiene fecha de 12/05/2003 y realmente fue aprobado el 07/03/2003 con características diferentes.
- Los datos del indicador de cumplimiento de las vías clínicas no tienen dato del segundo semestre del 2003. Igualmente, este indicador no está midiendo la gestión del proceso porque en realidad, el cumplimiento de la vía clínica se puede dar en dos dimensiones: el cumplimiento de la vía en el proceso y el cumplimiento de la vía en el costo. El actual indicador debe ser actualizado y revisar la posibilidad de dividirlo.

- Actualmente el computador del auditor médico no tiene instalado el Software de Vías clínicas. Se entiende que el proceso se maneja desde el computador del noveno piso en hospitalización, pero es más práctico tenerlo en el 5 piso también para efectos de consulta.
- No todas las patologías de las vías clínicas tienen completa la información de costos. Adicionalmente, debe revisarse el procedimiento de tal forma que se entienda la comparación que puede hacerse con base en los costos, pero que no necesariamente se hace de manera automática a través del software. Actualmente, la comparación se hace manualmente consultando en la Historia Clínica y en Facturación, más no automáticamente.
- El R-GERIC-076 registro de Conciliación de Auditoria Concurrente, es recibido por el proceso de Facturación y este se envía directamente al proceso de Cartera. Sin embargo esto no se enuncia en el procedimiento y podría aclararse. Debe verificarse, igualmente, que efectivamente el proceso de cartera guarde una copia del mismo o de lo contrario no es un registro. En el mismo sentido, el grupo primario auditado dice que algunas EPS tienen su propio registro para la conciliación. Esto también es importante aclararlo en el procedimiento.
- El Informe de Auditoria de Enfermería, hasta el momento se ha manejado en conjunto con el Informe Médico. Lo anterior, porque el grupo trabajó en conjunto en una auditoria específica que fue la Historia Clínica. Sin embargo, se recomienda que la auditoria médica genere un informe separado.
- El Listado Maestro de Documentos asociado a la documentación de GERIC, no está actualizado. Esta debe ser una labor inmediata a la modificación de documentos, que debe acordarse y ejecutarse con el apoyo de la Oficina de Planeación y Calidad. La ubicación de algunos documentos no es la real, así como la versión de algunos registros.

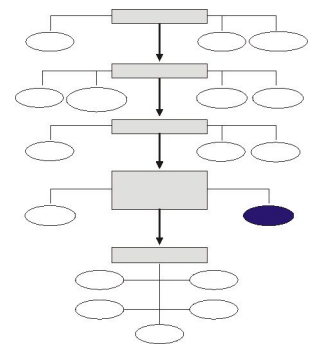
- Durante la explicación de las actividades dentro del procedimiento aparecen unos conceptos que deberían aclararse en la sección de Definiciones, para dar más claridad al lector. Estos conceptos son: Auditoría Concurrente, Acciones preventivas, Acciones de Seguimiento y Acciones Coyunturales.
- A pesar de que el área tiene identificados sus Documentos Externos en el Listado Maestro y están debidamente marcados en sus copias físicas, no se enuncian como documentos relacionados ni en el proceso ni en el procedimiento.
- La Planeación es la bandera de un sistema de gestión de calidad. Planear lo que se hace como grupo integrado, da la tranquilidad de que se trabaja en torno a unas metas y unas fechas establecidas por el grupo. Aunque hay un plan de acción para las vías clínicas como proceso, el grupo primario de auditoría médica no tiene un plan de acción de sus actividades, es decir, asumir las responsabilidades de las mismas.
- A pesar de ser una estrategia comercial por las realidades económicas que rodean las negociaciones del sector salud entre los intermediarios y los prestadores del servicio, no se puede instaurar como una costumbre el hecho de exagerar un poco la facturación del Instituto del Corazón con el ánimo de lograr el pago de lo que realmente es por parte de la EPS. Esta práctica trae como consecuencia el atraso de los pagos, la demora en la facturación, la obtención de recursos aparte de la negativa imagen que adquiere la organización ante los auditores médicos externos que se encargan de evidenciar la conformidad de los procedimientos médicos.
- La meta del indicador “Número de No Conformidades auditorías internas” no refleja la realidad de la situación del Sistema de Gestión de Calidad al interior del Instituto del Corazón. No es acertado establecer como meta 6 No Conformidades por semestre cuando en el primer semestre de 2003 hubo 18 y en el segundo semestre de 2003 hubo 32. (Véase Figura 8)

Figura 8 Número de No Conformidades Instituto del Corazón



4.2 DIAGNÓSTICO FUNDAMENTADO EN LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE INTERNO

Como elemento inicial del diagnóstico fundamentado en la percepción del cliente interno se tiene el análisis de gestión interna realizado por la Gerencia del Instituto del Corazón con respecto a la funcionalidad de la encuesta de recolección de información sobre la satisfacción del cliente paciente y la validez de los atributos de calidad que la encuesta presenta en su contenido. La responsabilidad para la resolución de esa inquietud recae sobre la Oficina de Planeación y Calidad²⁹.



Análogamente el diagnóstico de la implementación y el impacto del Sistema de Gestión de Calidad también pueden basarse en la percepción del cliente interno como protagonista directo de la vivencia de la cultura de calidad dentro del Instituto del Corazón. El análisis se puede evaluar bajo dos etapas: La primera, busca medir el grado de satisfacción de las actividades lideradas por la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad como representante de la dirección en el sistema y la segunda etapa busca identificar oportunidades de mejora del sistema como un ente integral, bajo los requisitos de la norma ISO 9004:2000 que son consideradas directrices para la mejora del desempeño. El ICONTEC en su informe de auditoría encontró como un aspecto por mejorar *“el evidenciar la mejora continua, estructurando una metodología que le permita a*

la organización de manera sistemática identificar, analizar, documentar y hacer seguimiento a la mejora continua tomando como ejemplo los modelos de la norma ISO 9004:2000 Anexo A Directrices para la autoevaluación³⁰. Adicional a la recomendación del ICONTEC, las razones para seguir la metodología establecida en el anexo A fueron las siguientes:

- Formar un elemento de entrada para un proceso de autoevaluación del sistema más comprensivo, es decir, sirve para obtener elementos de entrada que ayudan a profundizar el análisis en las áreas que lo requieran.
- Se puede aplicar al Sistema de gestión de la calidad completo o a una parte de este, característica de gran utilidad para el caso de la Fundación Cardiovascular de Colombia que tiene 5 Unidades Estratégicas de Negocios claramente definidas con niveles de madurez del Sistema distintos.
- Puede realizarse en un periodo corto de tiempo con recursos internos.
- Facilidad de uso en la identificación de prioridades de mejora, al especificar los requisitos en los cuales se deben tomar decisiones.
- Puede emplearse el seguimiento de los resultados obtenidos a lo largo del tiempo, para evaluar tendencias y proyecciones.

La estructura del enfoque de evaluación esta diseñada para evaluar la madurez del sistema de gestión de la calidad para los capítulos principales de la norma ISO 9004 en una escala que fluctúa de 1 (sin un sistema formal) hasta 5 (la mejor clase de desempeño). (Véase tabla 2)

Tabla 9 Niveles de Madurez del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

Nivel de Madurez	Nivel de Desempeño	Orientación
1	Sin aproximación Formal	No hay una aproximación sistemática evidente, sin resultados, resultados pobres o impredecibles.
2	Aproximación Reactiva	Aproximación sistemática basada en el problema o en la prevención, mínimos datos disponibles sobre los resultados de la mejora.

²⁹ Véase Capítulo 5.3 Mejoras al seguimiento de la percepción del cliente externo. Encuestas.

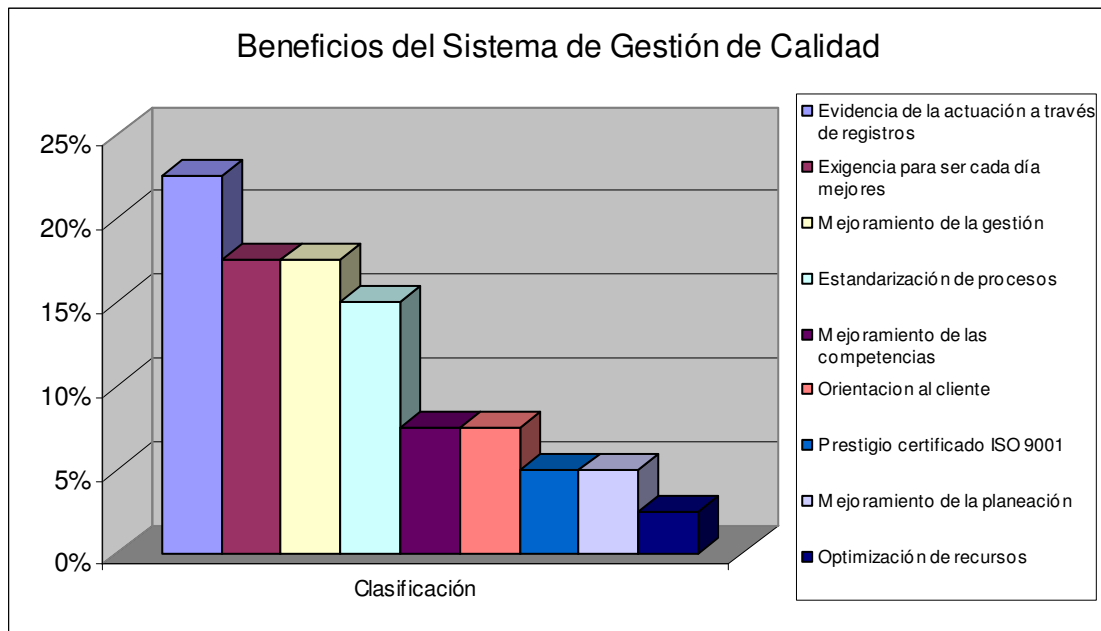
³⁰ Certificado de Gestión de Calidad ICONTEC. Informe de Auditoría.

3	Aproximación del sistema formal estable	Aproximación sistemática basada en el proceso, etapa temprana de mejoras sistemáticas, datos disponibles sobre la conformidad con los objetivos y existencia de tendencias de mejora.
4	Énfasis en la mejora continua	Proceso de mejora en uso, buenos resultados y tendencia mantenida a la mejora.
5	Desempeño de mejor de su clase	Proceso de mejora ampliamente integrado, resultados demostrados de "mejor de su clase" por medio de estudios comparativos (benchmarking).

Por lo tanto, se procedió a realizar una autoevaluación del sistema mediante una encuesta que tuvo 4 objetivos principales: evaluar la gestión de la Oficina de Calidad, evaluar el vínculo entre calidad y costos en la organización, evaluar la gestión por la optimización de los recursos naturales a nivel institucional y detectar otras oportunidades de mejora.

Se realizan en total 15 encuestas³¹ entre los responsables de los procesos auditados y otros colaboradores con los siguientes resultados: (véase Figura 9)

Figura 9 Resultados de la autoevaluación del SGC.



³¹ Ver Anexo 4 Formato de Encuesta de autoevaluación del SGC.

Numeral ISO 9004	Aspecto a Evaluar	5	4	3	2	1
5.5	Actitud de Apoyo por parte de la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	4.8				
5.5	Calidad de las actividades académicas lideradas por la Oficina (entre las cuales están: Talleres PHVA, Planeación Estratégica, Manejo de Grupos Primarios...)			3.4		
4.2	Practicidad del Proceso para el control de cambios a la documentación		3.8			
4.2	Disponibilidad de los documentos y registros, para apoyar la operación eficaz y eficiente.			3.2		
8.4	Funcionalidad del Software de gerencia de Indicadores (Tablero de Mando)			3.2		
8.2	Calidad de las observaciones recibidas por la Auditoría Interna		3.8			
8.2	Cumplimiento al cronograma de auditorías Internas	4.6				
5.1	Liderazgo, compromiso y participación de la Alta Dirección el Sistema de Gestión Integral de Calidad		3.5			
5.2	Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes			3.1		
5.2	Gestión de la Alta Dirección en relación al desarrollo del conocimiento y mejora de las competencias del personal			3.0		
5.3	Compromiso del personal hacia el cumplimiento de las políticas de calidad		4.0			
5.4	Manera en que los objetivos de calidad traducen las políticas en metas medibles		3.9			
5.4	Compromiso del personal hacia el logro de los objetivos de calidad		3.8			
5.4	Gestión de los recursos necesarios para cumplir los objetivos, en términos de cantidad y oportunidad, por parte de la Alta Dirección			3.1		
5.5	Gestión de la comunicación de las responsabilidades al personal de la organización		3.5			
6.2	Promoción de la participación y el apoyo del personal hacia actividades de mejora		3.7			
6.2	Aseguramiento por parte de la Alta Dirección de que el nivel de competencia de cada individuo es el adecuado a las necesidades actuales y futuras		3.6			
6.3	Consideración por parte de la Alta Dirección, de los aspectos medioambientales asociados con la infraestructura	4.3				
6.4	Gestión por parte de la Alta Dirección, por la promoción de un ambiente laboral motivador y satisfactorio, que promueva el desarrollo del desempeño del personal en la organización		3.5			
6.5	Manejo interno de la información, de tal forma que esté disponible para la toma de decisiones basada en hechos y datos		3.6			

6.6 *	Promoción de alianzas de negocios con los proveedores	4.4				
6.6 *	Identificación de oportunidades de mejoramiento y el desarrollo de una estrategia conjunta con los proveedores	4.3				
6.7	Gestión por el uso óptimo de los recursos naturales	4.5				
6.8	Gestión por parte de la Alta Dirección de los recursos financieros para mantener el sistema efectivo y eficiente, en términos de su planificación, asignación, control y seguimiento		4.0			
6.8	Nivel de concientización del personal acerca del vínculo entre calidad y costos		3.8			
6.8	Control y seguimiento al Costo de la No Calidad			2.9		
7.1	Aplicación del enfoque basado en procesos y la interacción de los mismos, en pro de una operación eficaz y eficiente		3.7			
8.4	Análisis de los datos para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan el desempeño de la organización		4.0			
8.5	Utilización de las acciones correctivas para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan el desempeño de la organización		3.9			
8.5	Utilización de las acciones preventivas para la prevención de pérdidas, productos o servicios no conformes e inconformidades de las partes interesadas			3.1		

* Responder únicamente el personal de compras y suministros.

Interpretación y análisis de los datos obtenidos:

- Sorprendentemente, es muy baja la percepción entre los encuestados, ante la pregunta abierta de 3 beneficios concretos del sistema de gestión de calidad el hecho de no figurar con mayor relevancia el que se considera debe ser el eje de apoyo de toda la gestión: la satisfacción del cliente. En cambio, la gran mayoría coinciden en afirmar que el mayor beneficio es en términos de organización. En este sentido la norma ISO 9001 si brinda herramientas para controlar los procesos y medir los resultados, pero la respuesta refleja que la percepción de la gente sobre el SGC es exceso de documentación.

5.5	Actitud de Apoyo por parte de la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	4.8				
-----	--	------------	--	--	--	--

- Es evidente la opinión de los colaboradores sobre la actitud de apoyo que encuentran en la Oficina de Planeación y Calidad. Este dato se puede explicar en general por la disposición de los miembros de la misma para ayudar a construir una cultura de

calidad y por otra parte, por toda la colaboración ofrecida por la oficina durante las semanas previas a la visita de recertificación del ICONTEC.

4.2	Practicidad del Proceso para el control de cambios a la documentación			3.8			
-----	---	--	--	------------	--	--	--

- El grupo primario de la Oficina de Calidad esperaba un puntaje mas bajo en la opinión de los colaboradores en cuanto a la practicidad de los cambios a la documentación, sin embargo, el dato obtenido fue alto, hecho que se puede explicar al eliminar el requisito de aprobación de grupo primario para los cambios, agilizando notablemente el procedimiento.

4.2	Disponibilidad de los documentos y registros, para apoyar la operación eficaz y eficiente.			3.2			
-----	--	--	--	------------	--	--	--

- Se evidencia igualmente, una alta insatisfacción en la disponibilidad de la documentación (procesos, procedimientos, instructivos, registros) confirmando el alto número de llamadas a la oficina en lo referente a la ubicación de los documentos. Es una clara oportunidad de mejoramiento cuya propuesta de cambio debe ser llevada a cabo por la Oficina de Planeación y Calidad³².

5.5	Calidad de las actividades académicas lideradas por la Oficina (entre las cuales están: Talleres PHVA, Planeación Estratégica, Manejo de Grupos Primarios...)			3.4			
8.4	Funcionalidad del Software de gerencia de Indicadores (Tablero de Mando)			3.2			

- En los aspectos relacionados con la calidad de las actividades académicas lideradas por la Oficina y en la funcionalidad del software “Tablero de Mando Integral” se refleja cierto grado de insatisfacción por parte del cliente interno. El primer elemento indica que la gente siente inseguridad en la utilización de las herramientas del mejoramiento continuo: elaboración de PHVA, planes de acción, grupos primarios, etc con el ánimo de obtener una mejor concepción de lo que significa un SGC, por lo cual se debe

³² Véase Capítulo 5.2 Mejoras a la gestión de la Oficina de Planeación y Calidad. Disposición de la documentación.

hacer un replanteamiento interior de la oficina con el ánimo de conocer cuál es la herramienta que más utilizan y el tema específico del cual se quiere profundizar. En cuanto al segundo elemento, existe conciencia de las falencias del software y dentro del plan de acción de la oficina para 2004 se tiene previsto el inicio del proyecto para el desarrollo de la nueva versión del “Tablero de Mando Integral” en conjunto con FCV.SOFT como módulo del software SAM VITAL.

6.8	Nivel de concientización del personal acerca del vínculo entre calidad y costos		3.8			
6.8	Control y seguimiento al Costo de la No Calidad			2.9		

- Es interesante saber que los colaboradores tienen conciencia de la lógica relación calidad-costos. Sin embargo, es paradójico que aún teniendo conciencia de esta relación, en la organización aún no se lleve a cabo un seguimiento y control de los costos de No Calidad. La organización debe tener conciencia de la importancia de este vínculo, que mide la rentabilidad de la inversión en el sistema, pero en términos reales. Es una clara oportunidad de mejoramiento con la cual se debe iniciar un acercamiento.

6.7	Gestión por el uso óptimo de los recursos naturales	4.5				
-----	---	-----	--	--	--	--

- Es positivo el hecho de presentarse alta evidencia en la organización la gestión por el uso óptimo de los recursos naturales a pesar de no contar con un sistema de gestión ambiental ISO 14000. Sin embargo, el IC cuenta con una política ambiental definida³³ y un plan para la optimización de recursos naturales basado en campañas de reciclaje, ahorro de energía y manejo de desechos. Igualmente el IC participa en el comité ambiental de la ANDI, en el nodo de producción más limpia y la postulación al Premio Hospital Verde, participaciones y programas que son conocidos por los colaboradores como se refleja en el dato obtenido.

³³ Política Ambiental FCV: “La institución se compromete en materia de gestión ambiental y sanitaria a mejorar y preservar el ecosistema trabajando en los procesos productivos, los productos y servicios para reducir los riesgos relevantes a los humanos y el medio ambiente.”

6.2	Aseguramiento por parte de la Alta Dirección de que el nivel de competencia de cada individuo es el adecuado a las necesidades actuales y futuras		3.6			
-----	---	--	-----	--	--	--

- Existe igualmente un ligero resultado negativo en cuanto a la percepción de la gente sobre la gestión de la alta dirección en relación al desarrollo del conocimiento y mejora de las competencias del personal. El dato obtenido se refleja como una necesidad de los colaboradores para prepararse más en el desempeño de sus funciones. El departamento de desarrollo del talento humano debe tener acceso al dato obtenido.

6.6 *	Promoción de alianzas de negocios con los proveedores	4.4				
-------	---	-----	--	--	--	--

- Igualmente, en el caso del proceso de compras y suministros se evidencia el despliegue de la política definida por la gerencia del IC en el sentido de incrementar el número de convenios con los proveedores y el reforzamiento de la libreta de calificaciones para estrechar relaciones y hacer retroalimentación.

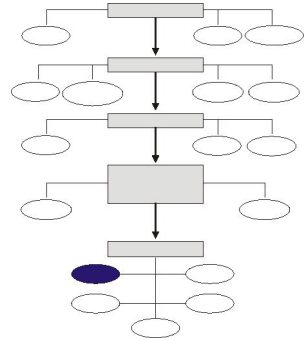
8.5	Utilización de las acciones preventivas para la prevención de pérdidas, productos o servicios no conformes e inconformidades de las partes interesadas			3.1		
-----	--	--	--	-----	--	--

- Es necesario incrementar el número de acciones preventivas dentro del IC. Mientras que la implementación de acciones correctivas para la solución de problemas se ha convertido en una cultura al interior de la organización, se debe ir más allá, y tratar de detectar los problemas potenciales. Se debe recordar que las acciones preventivas se consideran una inversión mientras que las correctivas son un costo. Una excelente herramienta para la formulación de acciones preventivas es efectuar un profundo análisis DOFA de las variables que afectan los procesos como parte de una metodología orientada hacia la evaluación de riesgos y la evaluación de las tendencias de los indicadores.

5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

5.1 SEGUIMIENTO A LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD

En el campo financiero, existe una clara distinción entre inversiones y gastos. La más importante es que las inversiones involucran egresos, los cuales están directamente vinculados con los beneficios. Se espera un rendimiento sobre la inversión que, con el tiempo, será mayor a los gastos para considerar el ejercicio como rentable.



Este mismo concepto se puede aplicar a los sistemas de gestión de calidad: El primer paso para medir la relación costo-beneficio del sistema es evaluar su eficacia en aspectos tales como la inclusión de los procesos de calidad en la contabilidad de costos de la empresa, realizar un análisis de valor agregado de los procesos y determinar el costo de la conformidad y la No conformidad de los mismos, es decir, el costo de hacer bien las cosas, y calcular el costo de lo que puede salir mal. La Dirección debe reconocer que un Sistema de Gestión de Calidad demanda recursos financieros para implementarlo y mantenerlo como una inversión que se recupera en el mediano plazo³⁴.

Tal como se determinó en el Diagnóstico Fundamentado en la percepción del cliente interno con base en la metodología establecida en la norma ISO 9004:2000, el Instituto del Corazón debe comenzar a medir el impacto del Sistema de Gestión de Calidad a partir de los beneficios económicos (rentabilidad de la inversión) que ha tenido la institución gracias a la implementación del mismo.

³⁴ ISO 9004:2000. Numeral 6.8 Recursos Financieros. “...Se debería planificar, tener disponibles y controlar los recursos financieros necesarios para implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad eficaz y eficiente para lograr los objetivos de la organización y utilizar los informes financieros de las actividades relacionadas con el desempeño del sistema de gestión de la calidad y la conformidad del producto en las revisiones de la dirección”

Los costos en un sistema de gestión se pueden clasificar de acuerdo al enfoque PEF³⁵ Prevención, Evaluación y Falla (véase tabla 3).

1. Costos de Prevención: Son todas las actividades ejecutadas para evitar las fallas, antes de que se produzca algo. O también *son todos los costos incurridos en la planificación, implementación, y mantenimiento de un sistema de calidad que esta previsto para asegurar la conformidad con los requisitos de calidad*³⁶. Todas las acciones preventivas fundamentadas en resultados mensurables se consideran costos de prevención.

2. Costos de detección o evaluación: Son los costos ocasionados por la verificación de la conformidad de los productos con los requisitos.

3. Costos de fallas internas: Costos ocasionados cuando el producto no satisface los requisitos de calidad previamente a su entrega.

4. Costos de fallas externas: Costos ocasionados cuando el producto no satisface los requisitos de calidad después de su despacho.

En términos financieros, los costos de prevención, detección y evaluación se consideran la inversión en el sistema de calidad. Por lo tanto, se puede hacer una medición del retorno de la inversión sobre la base de lo que cuesta el sistema de gestión de calidad frente a la reducción de los costos de fallas internas y externas.

³⁵ NTC 3606. Administración de los costos de la calidad.

³⁶ Norma Australiana AS 2561.

Tabla 10 Costos del Sistema de Gestión de la Calidad

Costos del Sistema de Gestión de Calidad	Clase	Subclase	Concepto	Ejemplos IC
	Costos de la Calidad		1. Costos de Prevención	Inversión en el sistema de calidad.
		2. Costos de Detección y Evaluación	Ensayos, inspecciones, exámenes para evaluar mantenimiento de las competencias, pruebas de laboratorio, materiales utilizados	
Costos de la No Calidad		3. Costos de Fallas Internas	Fallas detectadas antes de salir el producto al mercado	Costos del mantenimiento correctivo, Fallas en equipos, falta de medicamentos, Errores en la selección del personal.
		4. Costos de Fallas Externas	Fallas detectadas afuera de la organización	Infecciones Intrahospitalarias, reingresos, Glosas en la facturación, muerte del paciente.

5.1.1 Costos de la No Calidad en el Proceso General de Mantenimiento: El enfoque PEF es claro en la clasificación de los costos de la No calidad de acuerdo a su naturaleza. Para el caso del proceso general de Mantenimiento los costos se pueden comenzar a calcular de una manera muy sencilla partiendo de la siguiente pauta: Todos los costos del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo se consideran de “prevención” por lo tanto su

carácter tiene naturaleza de inversión y es un costo de la calidad, mientras que todos los costos de la gestión del Mantenimiento Correctivo se consideran costos de “Falla” y son costos de la No Calidad.

Los costos de Prevención del proceso general de mantenimiento pueden ser los siguientes:

- Costo de las horas hombre utilizadas para llevar a cabo el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de equipos biomédicos, No biomédicos y Planta Física: Salario en horas del personal departamento de Mantenimiento invertido en la ejecución del plan.
- El costo de los repuestos utilizados para ejecutar el plan, así como el costo de los materiales consumidos (pintura, lubricantes, equipos de medición, etc.): Costo de todos los materiales necesarios para llevar a cabo el plan.

Los costos de Falla del proceso general de mantenimiento pueden ser los siguientes:

- El costo de las horas hombre utilizadas para dar por terminadas las órdenes de trabajo de mantenimiento correctivo: Salario en horas del personal de mantenimiento usado durante la reparación de algún equipo.
- El costo de los repuestos necesarios para poner en funcionamiento nuevamente los equipos: Costo de los repuestos (incluyendo despachos, sobrecostos, compras de urgencia) que deben ser comprados para que el buen funcionamiento pueda ser factible.
- Cuando un procedimiento quirúrgico, o de diagnóstico (invasivo/no invasivo) no pueda ser llevado a cabo por la falla de un equipo biomédico, el ingreso que se deja de percibir por esta razón se debe calcular como un costo de oportunidad por falla.

5.1.2 Costos de la No Calidad en el Proceso de Desarrollo del Talento Humano: Para el caso del Departamento de Desarrollo del talento humano los costos de Prevención se clasifican como:

- Costo del programa de Inducción: Es el costo mensual del programa de inducción, tiempo de los expositores, materiales utilizados, recursos.
- Costos asociados con las actividades de bienestar social: Son los costos relacionados con todas las actividades de bienestar social como las actividades deportivas (campeonatos de fútbol, volleyball, bolos, tenis, carreras de observación, salarios del director del grupo coral, grupo de danzas, etc.)
- Costo del modelo de valoración del desempeño: Tiempo invertido en la implementación de las pruebas y análisis de la información.
- Costo de los programas de capacitación Interna y Externa: Para la capacitación interna es el costo del salario en horas del colaborador responsable de la actividad. Si la capacitación es externa, es el costo generado por el ente externo.

Entre los costos de la No Calidad por fallas se hallan:

- Costo de los contratos cancelados antes de un año: Dato de entrada del indicador de gestión que indica el valor de los contratos cancelados antes de un año como consecuencia del proceso de elección del personal.
- Costo del ausentismo: Se debe calcular el costo del ausentismo con base en los niveles de accidentalidad: número de accidentes-mes* costo promedio de las incapacidades.

5.1.3 Costos de la No Calidad en el Proceso de Compras y Suministros: Para el caso del nuevo departamento de Compras y Suministros, se deben comenzar a calcular los siguientes con el objeto de determinar la rentabilidad del sistema de gestión de calidad:

Costos de Prevención:

- Costo del tiempo invertido en la evaluación de proveedores: Salario del tiempo dedicado a la evaluación de proveedores en comité de compras.

- Costo del tiempo invertido en la evaluación de medicamentos: Salario del tiempo dedicado a la evaluación de proveedores de medicamentos en comité de farmacia.

Costos de Falla:

- Compras de Urgencia a intermediarios con precios altos: Se considerará como un costo de falla toda compra de urgencia que no haya sido presupuestada y se deba realizar debido al daño de un equipo, insuficiencia de insumos médico-quirúrgicos o medicamentos.
- Compras Equivocadas: Serán compras equivocadas todas aquellas que por algún motivo fueron desembolsadas sin atender una necesidad específica.
- Pagos por transporte expreso o por entrega inmediata: Pagos asumidos por el IC para la recepción de activos fijos, IMQ, medicamentos cuyo carácter sea urgente.
- Incumplimiento del proveedor que obliga a compras adicionales: Se considera como gasto, a pesar de ser falla directa del proveedor, porque el afectado es el IC, independientemente del motivo del incumplimiento (falta de pago, desorganización, falta de comunicación, etc.)
- Costo de los daños de transporte, empaques inadecuados: El costo de los ítems que no cumplan con las especificaciones al momento de la recepción.
- Costo de las multas, sobrepagos o pérdida de descuentos: Si los proveedores conceden descuento por pago de contado y la empresa no lo toma, hay un costo de oportunidad, el cual representa el costo de utilizar la financiación del proveedor.
- Costos imponderables por uso de medicamentos que no son efectivos para tratar la patología presentada: costo de los medicamentos que según el comité de farmacia no presentan el desempeño farmacológico esperado.
- Costo de la inspección de los elementos comprados: El costo de llevar a cabo pruebas para determinar la calidad de los insumos y medicamentos.
- Costo de los medicamentos dañados por vencimiento o avería: costo de los medicamentos o IMQ que pierden su utilidad por vencimiento o daño durante el almacenamiento.

5.1.4 Costos de la No Calidad en el Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño de vías clínicas: Tal vez uno de los procesos que por su naturaleza, el cálculo de los costos

de la No Calidad también se facilita, es el de diseño de vías clínicas y auditoría médica interna. Se dice por su naturaleza porque tanto para auditoría médica, los resultados de la gestión se miden en términos financieros y para el diseño de vías clínicas, la evolución del paciente está dada también en costo real de elementos tales como drogas, honorarios de médicos, estancia, exámenes diagnósticos, etc.

El mejoramiento de los mismos consiste no en comenzar a calcularlos, sino en identificar cuáles son los costos de la calidad, y cuáles los de la No Calidad en términos de la metodología de clasificación PEF.

Los costos de Prevención son todos los costos relacionados con:

- El tiempo invertido en el desarrollo de las vías clínicas, calculado como la proporción del salario de los doctores que intervienen en la junta médica que determina la caracterización de cada vía.
- El tiempo invertido en el diseño e implementación del software de vías clínicas calculado directamente como el valor del contrato que se firma con FCV. SOFT cada vez que se requiere efectuar un mejoramiento de este sistema de información
- El porcentaje de cumplimiento a las vías clínicas en el costo³⁷ también puede llegar a arrojar datos positivos. Es decir, el cumplimiento efectivo de la vía clínica como un ahorro con respecto al presupuesto previsto inicialmente. Este ahorro se debe comenzar a calcular como un costo de oportunidad “a favor” del Instituto del Corazón que demuestra los beneficios de realizar las cosas con calidad.

Los costos de evaluación son:

- El tiempo invertido por los auditores médicos internos y sus auxiliares en la verificación de la pertinencia médica de las actividades de los especialistas en el cumplimiento de sus funciones. El tiempo se mide en salario.

³⁷ Véase Capítulo 5.2.3.4 Nuevos Indicadores de Gestión Proceso de diseño de vías clínicas.

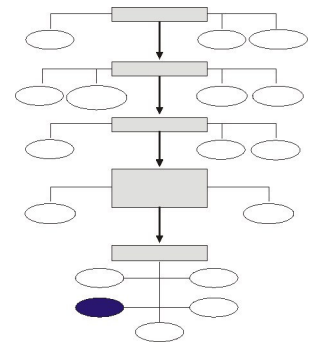
- El tiempo invertido en el seguimiento a las vías clínicas de los procesos quirúrgicos que las tienen, calculado igualmente como el salario de los responsables de dicho seguimiento.

Los costos de Fallas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Valor en pesos del desfase negativo de los pacientes cuya evolución se sale de la prevista en la vía clínica.
- Valor de las glosas finales originadas por las EPS durante la auditoría médica externa.
- El valor de todas aquellas reintervenciones quirúrgicas, reingresos a UCI's, Reingresos a Urgencias, retoma de exámenes diagnósticos cuya causa, de acuerdo a la auditoría médica interna, sea imputable al personal asistencial del Instituto del Corazón (como es el caso de infecciones intrahospitalarias, exceso de exámenes, diagnósticos médicos inoportunos, etc.).

5.2 MEJORAS A LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD.

La Fundación Cardiovascular de Colombia tiene certificados con la norma internacional ISO 9001:2000 todos los procesos de sus Unidades Estratégicas de Negocio. Tal como lo exige la norma, existe una dependencia que representa a la Dirección Ejecutiva en todos los temas relacionados para el mantenimiento de la certificación. Esta dependencia es la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad, que antiguamente estaba separada en dos: La oficina de “planeación” y la oficina de “aseguramiento de la calidad”. Hace 3 años, la junta directiva de la FCV decide fusionarlas y crear una sola, mucho más robusta cuya finalidad es precisamente, alinear el direccionamiento



estratégico de la organización con el sistema de gestión de calidad, objetivo que se ha venido cumpliendo hasta la fecha.³⁸

Con base en los requisitos del Numeral 4 de la Norma ISO 9001, la oficina de planeación y gestión de calidad identificó en compañía de las diferentes áreas, los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la calidad, su aplicación en la organización, secuencia e interacción de los mismos. En el mismo sentido se definió la documentación necesaria para establecer, implementar y mantener el SGC buscando apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos.

La documentación del SGC es responsabilidad de la oficina de planeación y calidad³⁹ que está encargada de definir los controles necesarios en los siguientes aspectos: aprobación de los documentos, revisión y actualización (cuando sea necesario), aseguramiento de la identificación de los cambios y el estado de revisión, la legibilidad, y finalmente, la prevención del uso de documentos obsoletos.

Para Marzo 1 de 2004, existían en la documentación del SGC de la Fundación Cardiovascular de Colombia un total de 70 Procesos⁴⁰, 110 procedimientos, 371 instructivos, y 502 registros para un gran total de 1053 documentos. (Véase Tabla 4).

Manejar tal cantidad de información es una responsabilidad inmensa, por consiguiente, para mantener conformidad con los requerimientos de ISO 9001, la documentación del SGC se encuentra en dos formatos:

Tabla 11 Listado General de Documentos

Tipo de Documento	INVES	PH	SOFT	COMER	IC	Cantidad
Manual de Calidad	-	-	-	-	-	1
Procesos	4	9	4	3	51	70
Procedimientos	4	10	5	3	88	110
Instructivos	8	38	26	4	295	371
Registros	44	63	10	16	369	502
Total						1053

³⁸ Informe de Auditoría ICONTEC Febrero 2004. Aspectos Relevantes “El direccionamiento estratégico de la FCV porque la política de calidad fue diseñada tomando como ejes los factores claves de éxito del plan maestro de direccionamiento estratégico”

³⁹ NTC ISO 9001:2000 Requisito 4.2.3 Control de la Documentación.

⁴⁰ Véase Anexo 5 Listado general de Procesos FCV.

Uno físico, ubicado en cada área, y tiene por escrito, los procesos, procedimientos e instructivos (siendo válidos únicamente los documentos que tienen un sello de “copia controlada” con tinta azul, los registros no llevan dicho sello pero si deben contener la fecha de la última versión), y un formato magnético, que tiene exactamente los mismos documentos que se mencionaron anteriormente pero ubicados en el computador principal de la oficina de calidad⁴¹ que actúa como servidor al cual todos tienen acceso a nivel de lectura para consultar la documentación a través de la red interna de la organización y cuya disposición es siempre permanente cada vez que el equipo se encuentre prendido.

El control de toda la documentación (para determinar que documentos se encuentran activos, versión, etc.) se lleva en la tabla de retención documental también conocido como “Listado Maestro de documentos” para cada proceso. (Véase Figura 10).

Finalmente, de acuerdo al procedimiento para el control de la documentación P-GESCAL-01-01, cada 3 meses se debe realizar una copia tipo backup con el fin de prevenir el colapso de toda la memoria histórica de la documentación en caso de que se presente algún inconveniente con el equipo calidad_02.

Figura 10 Listado Maestro de Documentos IC Proceso PC-DTH-01

LISTADO MAESTRO Y DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS						
UBICACIÓN: Área de Talento Humano						
LISTADO MAESTRO DE PROCESOS						
Ubicación en la red procesos Talento Humano						
NOMBRE	CÓDIGO	UBICACION	DISTRIBUCION	VERSION / FECHA DE APROB		
				0	1	
Proceso General de Desarrollo del Talento Humano.	PC-DTH-01	En la red	Todas las áreas	23/07/2002	20/05/03	
Seguimiento de la satisfacción del cliente	PC-ATC-01	En la red	Todas las áreas administrativas y financieras (incluyendo Consejo del	15/08/02	24/04/03	
Proceso General de Suministros	PC-SUM-01	En la red	Todas las áreas:	01/06/02		
Planeación de las Unidades Empresariales de la ECV.	PC-PLANC-02	En la red	Todas las áreas:	22/07/02	06/12/02	
Diseño de vías clínicas	PC-GERIC-01	En la red	Áreas médicas	05/08/02		
LISTADO MAESTRO DE PROCEDIMIENTOS						
Ubicación en la red procedimientos Talento Humano						
NOMBRE	CÓDIGO	UBICACION	DISTRIBUCION	VERSION / FECHA DE APROB		
				0	1	
Reclutamiento del talento humano	P-DTH-01-01	En la red	Todas las áreas	23/07/2002	20/05/03	
Selección del talento humano	P-DTH-01-02	En la red	Todas las áreas	23/07/2002	20/05/03	
Contratación del talento humano	P-DTH-01-03	En la red	Todas las áreas	23/07/2002	20/05/03	
Inducción y Reinducción del Personal	P-DTH-01-04	En la red	Todas las áreas	23/07/2002	20/05/03	

⁴¹ Nombre del equipo de cómputo: CALIDAD_02

5.2.1 Análisis de la situación:

Después de 3 años de mantener el esquema explicado en el numeral anterior, la organización, representada por la Oficina de Planeación y Calidad decide llevar a cabo una mejora sustancial de la disposición de la documentación con base en la retroalimentación hecha por los usuarios a lo largo de estos años que finalmente se ve reflejada en el diagnóstico hecho con base en la norma ISO 9004 que calificó con un 3.2 “la disponibilidad de documentos y registros para apoyar la operación eficaz y eficiente”. De acuerdo a la experiencia propia de la oficina se detectó la siguiente situación:

Existe un problema y consiste en que la gente siente distante la documentación del SGC al no tener una rápida disponibilidad y por esta razón, no se experimenta una auténtica vivencia de calidad a pesar de los beneficios de utilizar el enfoque por procesos.

Cuando una organización está certificada con la norma ISO 9001 quiere decir que su enfoque está orientado hacia la satisfacción del cliente y la mejora continua, en consecuencia, se debe proceder a evaluar la generación, uso y control de la documentación con respecto a la eficacia y la eficiencia de la organización frente a criterios tales como⁴²:

- Funcionalidad.
- Facilidad de Uso.
- Recursos Necesarios.
- Políticas y Objetivos.
- Requisitos actuales y futuros relativos a la gestión del conocimiento.
- Interfaces utilizadas por los clientes, proveedores y otras partes interesadas de la organización.

Para la solución de este problema se decide utilizar la metodología PHVA (véase figura 11).

Figura 11 Flujograma del mejoramiento de la disposición de la documentación con base en la metodología de análisis y solución de problemas PHVA.

⁴² NTC ISO 9004:2000 Directrices para la mejora del desempeño. 4.2 Documentación

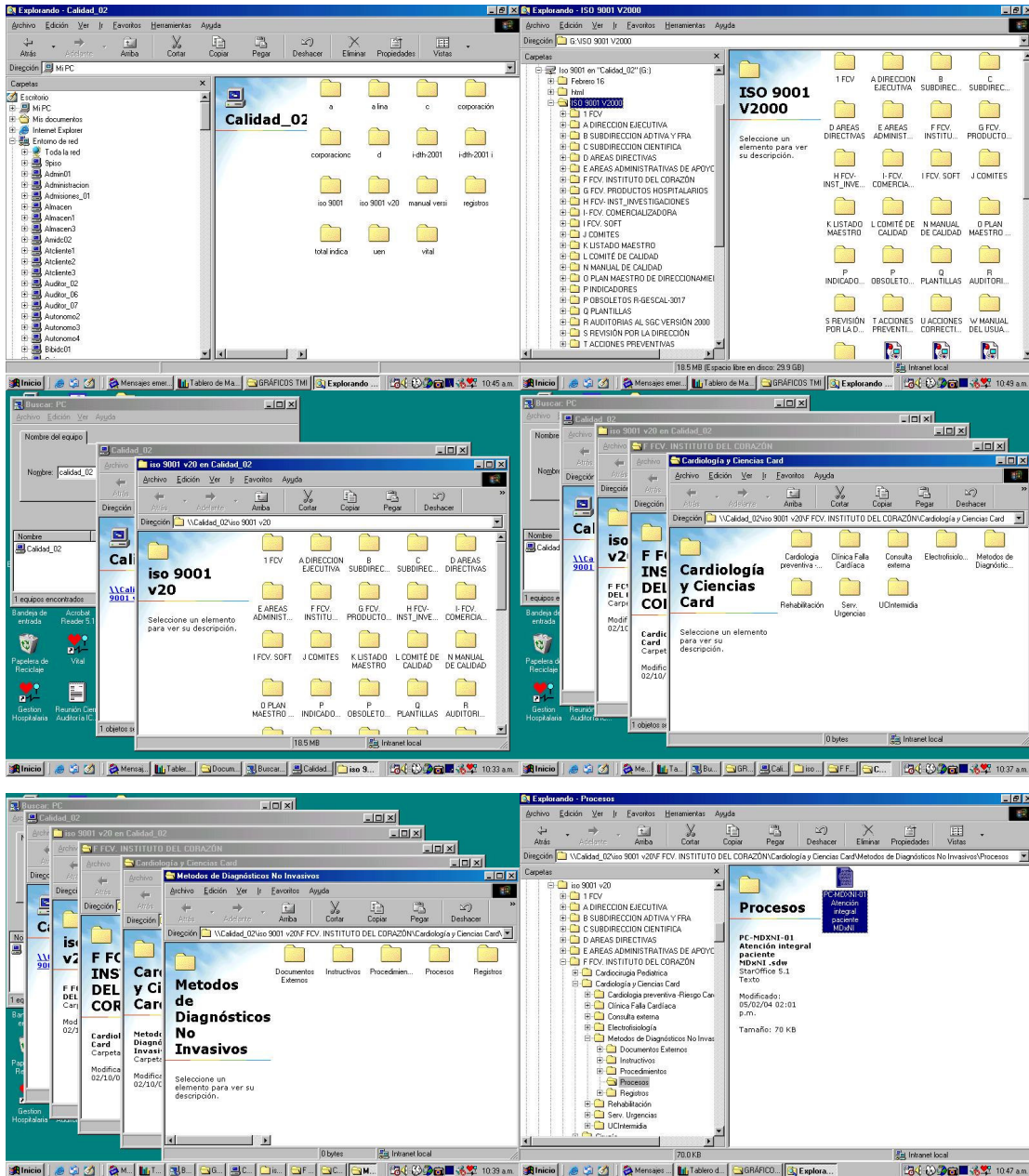
PVHA	FLUJO	OBJETIVO
P	①	La disposición de la documentación se ha utilizado durante los últimos tres años.
	②	El 37% de las consultas realizadas a la oficina de Planeación y Calidad están relacionadas con la documentación del Sistema de gestión de calidad.
	③	Se propone entonces cambiar la disposición de la documentación mediante el rediseño del criterio de su organización.
	④	Se presenta el diseño de la nueva herramienta que responde al objetivo planteado de agilizar la consulta haciendo énfasis en el enfoque basado en procesos.
H	⑤	Construcción de la interfase gráfica. Cambio del formato de toda la documentación. Creación de hipervínculos.
V	⑥	-Retroalimentación con un grupo de usuarios (auditores internos) para detectar características positivas y oportunidades de mejoramiento.
A	⑦	Montaje de la nueva herramienta en el servidor del Departamento de Tecnología Informática del IC.

5.2.2 Etapa PLANEAR del Mejoramiento de la disposición de la documentación: Se realiza una consulta informal con los colaboradores de la FCV y se les pregunta la opinión acerca de la documentación del sistema, las opiniones encontradas se pueden resumir en:

- El 37% de las consultas efectuadas a la Oficina de planeación y calidad está relacionada con la búsqueda de documentos en el equipo calidad_02.
- Se debe navegar a través de subcarpetas para llegar al documento deseado, y de acuerdo a la configuración de cada computador, esta navegación puede llegar a convertirse en un pequeño laberinto para el usuario. (véase figura 12).
- No se conoce el criterio de ubicación, es muy confuso llegar al documento que se está buscando, y los colaboradores no tienen conciencia de la interrelación que existe entre los mismos (referencias a otros documentos entre sí).
- Solo se puede acceder cuando calidad_02 está prendido. Horarios no laborales administrativamente como antes de las 7:00am o después de las 6:00pm utilizados por muchos colaboradores (especialmente de la parte asistencial) para labores administrativas no pueden ser aprovechados porque el equipo está apagado.

- Algunos prefieren no intentar por temor a utilizar el documento erróneo y cantidad de tiempo a invertir.

Figura 12 Ventanas de acceso a la documentación del proceso PC-MDXNI-01 en el equipo Calidad_02 (a través de entorno de red y a través de búsqueda de equipo)



Se decide entonces cambiar la disposición de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000 con el objeto de convertirse en una herramienta que permita facilitarle a los usuarios el concepto del “enfoque basado en procesos”, es decir, que una vez entren a trabajar a la FCV, o en su proceso de reinducción, tomen conciencia de la interacción de la que son parte con todos los demás elementos de la organización. Este objetivo se logrará mediante un sustancial mejoramiento de la disposición de la documentación por medio de un rediseño de su organización buscando agilizar la búsqueda de la información y el desplazamiento entre los procesos, procedimientos, instructivos y registros a través de sus diversos llamados mediante hipervínculos.

El nuevo criterio de distribución de la información se basa en que la ubicación y desplazamiento esté dado por el proceso al cual pertenece el usuario y no por los departamentos. El siguiente paso es definir la estructura⁴³ de la nueva disposición, cuyo principal atributo para el usuario es la posibilidad de definir inmediatamente ha entrado al sistema, la UEN a la que pertenece para luego proseguir con el mapa general de procesos de la misma. Otra característica relevante es el hecho de que independientemente de la UEN seleccionada, el usuario puede desplazarse a través de los procesos directivos y de apoyo de la Fundación Cardiovascular de Colombia que, como su nombre lo indica, son procesos corporativos cuyo campo de acción es toda la Organización.

El diseño gráfico-conceptual del mapa de procesos de las UEN se basó en el utilizado por la norma ISO 9001 en su definición de enfoque por procesos⁴⁴.

5.2.3 Etapa HACER del mejoramiento de la disposición de la documentación: Con base en los datos obtenidos por la retroalimentación del cliente usuario de la documentación del sistema y el análisis efectuado por el grupo primario de la oficina de planeación y gestión de la calidad, se decide iniciar un proceso gradual de eliminación del

⁴³ Véase Anexo 6 Nueva estructura de la información del SGC. Relación de Hipervínculos principales.

⁴⁴ Véase Figura 2 Capítulo 3.2 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.

uso del papel y migrar hacia ambientes virtuales cuya finalidad es brindar mucha más información, de una manera más ágil, amigable y estética.

Con base en lo anterior, el paso siguiente es la construcción de una interfaz gráfica que contenga toda la documentación y cuya clasificación interna sea comunicada y entendida por todos los usuarios gracias a elementos como hipervínculos y rutas de acceso más claras.

El primer paso de esta etapa fue definir el alcance: la meta preliminar es lograr que ninguna de las dependencias tenga que referirse a la versión física de sus procesos, procedimientos, instructivos y registros (aunque estos últimos deben permanecer en físico, pues son la evidencia de la conformidad del sistema con los requisitos de la norma, así como de la operación eficaz del mismo, se decide que también hagan parte del cambio) y que todos tengan acceso a través de un computador para la consulta de los mismos, en un proceso complejo, que tomará tiempo para que los usuarios se acostumbren a las nuevas características. Se decide dejar ambos sistemas en paralelo durante 2004.

El siguiente paso fue el cambio del formato de toda la documentación del sistema de gestión de calidad para pasarlo de StarOffice⁴⁵ a HTML, que es el formato utilizado en el diseño de páginas web y cuya visualización se hace a través de un browser (Explorer, Opera, etc) invirtiéndose más de 130 horas hombre en esta actividad.

Una vez todos los documentos estuvieron en formato HTML, se procedió a conseguir la licencia del paquete “Front Page”⁴⁶ para la edición de los documentos. Una dificultad que se presentó en esta actividad surgió de un elemento no previsto y consistió en la pérdida de formato del 40% de la documentación porque el editor de documentos HTML “Front Page” es de Microsoft Corporation y los procesos, procedimientos, instructivos y registros fueron creados con un paquete de Sun Microsystems y por lo tanto, no son compatibles⁴⁷

⁴⁵ StarOffice es la suite de Sun Microsystems e incluye procesador de palabras, hoja de cálculo y editor de presentaciones multimedia.

⁴⁶ Software de Microsoft utilizado en la edición de documentos HTML.

⁴⁷ Diagnóstico del Departamento de Tecnología Informática DTI Instituto del Corazón.

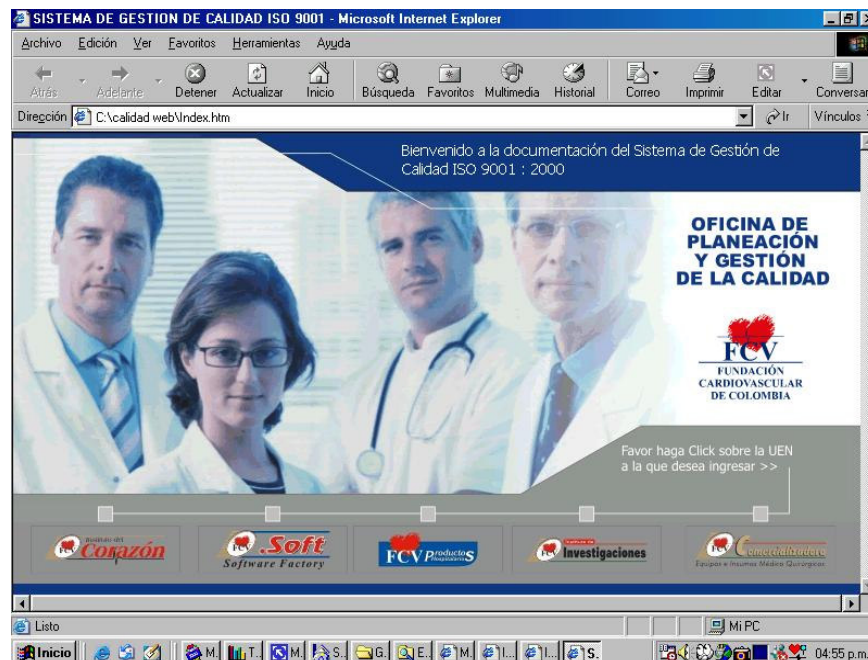
retrasando el cronograma original de la propuesta de mejoramiento. Se invirtieron alrededor de 80 horas hombre en la solución de este inconveniente.

Durante todo el tiempo de cambio de formatos y edición de documentos, la oficina también estuvo realizando los cambios a la documentación que normalmente pasan las áreas en desarrollo de sus procesos. Todos los cambios hechos durante la edición de la documentación fueron tenidos en cuenta para la creación de la interfaz gráfica.

Una vez todos los documentos estuvieron listos para el montaje, se procedió a iniciar la creación de hipervínculos y la unión de los mismos, en un proceso que se llama “linkear”. Fue un proceso meticuloso pues como se mencionó anteriormente, existen 70 procesos, los cuales tienen en promedio 12 hipervínculos a otros procesos, procedimientos, instructivos y registros, generando alrededor de 876 uniones a nivel de procesos, 1200 a nivel de procedimientos y 1000 más para los instructivos. En total se hicieron 2500 hipervínculos para conectar toda la documentación.

Los resultados de se muestran a continuación:

Figura 13 Ventanas de la nueva disposición de la documentación del SGC.



Atención Integral al paciente servicio de Hospitalización PC - Microsoft Internet Explorer

PROCESOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN LOS DIFERENTES SERVICIOS:

ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZACIÓN PC-HOSP-01	MANEJO NUTRICIONAL A PACIENTES PC-NUTR-01	ATENCIÓN EN SERVICIO DE URGENCIAS PC-URS-01	ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA PC-CEXT-01	ATENCIÓN EN ELECTROFISIOLOGÍA PC-ELECT-01
ATENCIÓN EN HEMODIÁLISIS PC-CHTV-01	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS PC-MDNI-01	ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN PC-REHAB-01	CARDIOLOGÍA PREVENTIVA PC-PCV-01	BANCO DE VALVULAS Y TEJIDOS PC-BVT-01
QUIRUGIA CARDIOVASCULAR FEMORAL PC-CVFC-01	QUIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTO PC-CVADU-01	ATENCIÓN UCI ADULTOS PC-UCIA-01	ATENCIÓN UCI PEDIÁTRICA PC-UCIP-01	ATENCIÓN SALAS DE QUIRUGIA PC-SQK-01
ATENCIÓN CLÍNICA DEL ISQUIEMICO PC-CLINDI-01	UCI INTERMEDIA PC-UMI-01	CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA PC-SFC-01	DISEÑO DE VÍAS CLÍNICAS PC-SVC-01	SEGUIMIENTO Y DETECCIÓN INFECCIONES PC-SIF-01
				AMBITORÍA MÉDICA INTERNA PC-SBMC-01

PC-MDNI-01 Métodos Diagnósticos No Invasivos - Microsoft Internet Explorer

ORGANIZACIÓN	FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA		CÓDIGO
Unidad Empresarial de Negocios	INSTITUTO DEL CORAZÓN		PC-MDNI-01
Área	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS	Sección o Servicio	HOJA 2 DE 6
PROCESO	ATENCIÓN INTEGRAL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS (MDNI)		

1. POLÍTICA:
Atender con calidad a los usuarios de Métodos Diagnósticos no Invasivos

2. PROPÓSITO: Atender tanto administrativa como asistencialmente los pacientes dentro de los primeros 30 minutos de la hora programada y/o de llegada


3. ALCANCE:

PC-MDNI-01 Métodos Diagnósticos No Invasivos - Microsoft Internet Explorer

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	
DE QUE PROCESO	QUE		QUE	A QUE PROCESO
Citas médicas	Lista pacientes	1 Recepción de pacientes	Verificación documentos	Atención integral paciente MDNI
Recepción	Comprobación de derechos		Activación del paciente en el sistema	
Aseguradora-paciente	Orden médica			
	Autorización del procedimiento			
IPS Externas	Orden médica			
	Autorización procedimiento por EPS			
Atención integral pacientes consulta externa	Orden médica			

I-MDNI-504 - Microsoft Internet Explorer

 FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	TÍTULO: PROTOSCOLOS MÉDICOS PARA CARDIÓLOGOS ECOCARDIOGRAFISTAS Y SONOGRAFISTAS CARDÍACAS	FECHA DE APROBACIÓN: 02/07/2002
		CÓDIGO: I-MDNI-504 HOJA 11 DE 15

TÍTULO:
PROTOSCOLOS MÉDICOS PARA CARDIÓLOGOS ECOCARDIOGRAFISTAS Y SONOGRAFISTAS CARDÍACAS

ELABORADO POR: Lic. María Cristina Villamiza V. FECHA: 10/06/2000
Enfermera Coordinadora MDNI

REVISADO Y APROBADO POR: Grupo Primario de MDNI FECHA: 12/06/2000

P-MDNI-01 Procedimiento Recepción, Atención del paciente y entrega de resultados - Microsoft Internet Explorer

Disponibilidad de sala: Espacio de tiempo y lugar en una sala de atención de pacientes. Porque los pacientes programados no han llegado o han cancelado su cita o han llegado tarde a cumplirla.

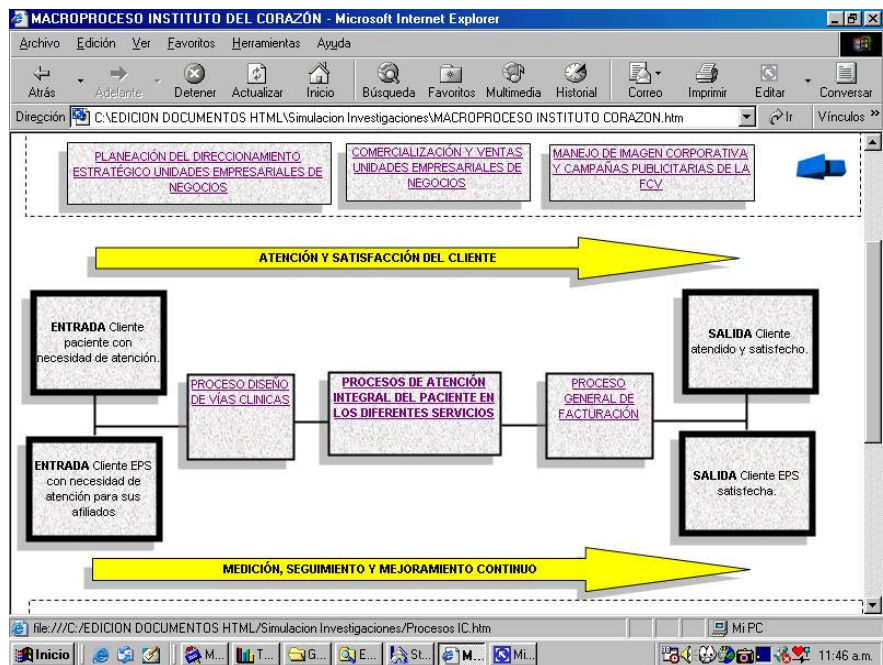
1. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

- Documentos soporte de facturación, Manual para Procedimientos de Ecocardiografía Adulto DE - MDNI - 501.
- Manual de Preparación del Paciente para Procedimientos de Diagnóstico No Invasivos I - MDNI - 503.
- Protocolos Médicos para Cardiólogos Ecocardiografistas y Sonografistas cardíacas I - MDNI - 504.
- Manual Software Cardioscan 8 DE MDNI 502.

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

a. El paciente ingresa al servicio de Métodos diagnósticos No Invasivos, la secretaria lo recibe e identifica:

- Paciente Ambulatorio u Hospitalizado en otra institución con Cita Programada.
- Paciente Ambulatorio u Hospitalizado en otra institución sin Cita Programada.
- Paciente Hospitalizado en la Fundación para procedimiento no Urgente.
- Paciente Hospitalizado en la Fundación para Procedimiento Urgente.



5.2.4 Etapa VERIFICAR del mejoramiento de la disposición de la documentación:

Una vez el sistema estuvo creado, se convocó a los auditores internos de calidad FCV para que utilizaran la herramienta y detectaran sus fortalezas y las oportunidades de mejoramiento. Se realizó una consulta entre los auditores internos de calidad para averiguar su opinión sobre la nueva herramienta encontrándose los siguientes resultados:

- La herramienta es un avance significativo para que la gente entienda de una manera más fácil lo que significa el enfoque por procesos, la interrelación y sus beneficios.
- Algunos links no estaban funcionando correctamente mostrando documentos inexactos en algunos casos.
- Algunas páginas son muy pesadas y se demoran en cargar más de 20 segundos, especialmente algunos instructivos que tienen más de 45 páginas en formato StarOffice.
- Es excelente la posibilidad de acceder a toda la documentación a medida que se va leyendo el proceso, con la posibilidad de dirigirse a los procedimientos, instructivos y registros, en tiempo real y sin perder el hilo conductor.

- Algunos registros no conservan su formato original.
- La posibilidad de instalar un buscador, permitiría acceder al documento exacto que se está buscando desde el primer momento sin tener que ingresar al mapa de procesos.

5.2.5 Etapa ACTUAR del mejoramiento de la disposición de la documentación: La oficina de planeación y calidad decide instalar el sistema en el servidor del departamento de tecnología informática después de una selección de links para revisión y el mejoramiento de algunos formatos. El siguiente paso es dejar el sistema en paralelo durante 2004 para que la gente lo conozca y se familiarice con el criterio de ubicación de la documentación de acuerdo a los procesos de la FCV, e igualmente obtener la retroalimentación que seguramente el nuevo esquema generará.

Se define en grupo primario de la Oficina de Planeación y calidad implementar el buscador pero sólo para 2005 porque precisamente uno de los objetivos pedagógicos es que el sistema brinde una perspectiva más amplia de la interrelación de los procesos que tienen lugar en el Instituto del Corazón, y el buscador, a pesar de agilizar la exploración de la información, también vuelve a la gente más práctica, obviando el desplazamiento a través de los procesos para ir directamente al documento que están buscando.

Se decide contar con los servicios de un ingeniero de FCV.SOFT para las labores de mejoramiento de la interfaz sistema-usuario de la herramienta, pequeños detalles que harán mucho más amigable la experiencia de los usuarios con la documentación de su sistema de calidad y obtener las licencias de Acrobat Writer con el ánimo de trasladar toda la documentación de tipo Registro a formato PDF para que pueda ser impresa, manteniendo el formato y sin la posibilidad de efectuar cambios.

5.3 MEJORAS AL SEGUIMIENTO DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE PACIENTE

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle de forma sistemática y transparente. Para lograrlo, una de las estrategias es implementar un modelo de gestión de calidad. Como se mencionó en el capítulo 4, el modelo aplicado en la Fundación Cardiovascular de Colombia Instituto del Corazón tiene

como principal característica el enfoque basado en procesos en el cual la satisfacción de las partes interesadas es su principal finalidad. La gerencia del Instituto del Corazón es consciente de que⁴⁸ *“las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto, deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas”*. En consecuencia, la organización busca la excelencia de sus productos y servicios a través de un proceso de mejoramiento continuo de su gestión que está enfocado permanentemente a “Superar las expectativas de los clientes logrando altos niveles de satisfacción”⁴⁹.

En ese orden de ideas es indispensable para el IC asegurarse que está vendiendo lo que el cliente desea comprar, o lo que percibe como valioso. Estos atributos se conocen como factores de evaluación⁵⁰ y son los criterios con los cuales el cliente genera una imagen mental de la experiencia vivida y a partir de ella, realiza una valoración que será tomada en cuenta para futuras decisiones. La valoración se puede realizar en diferentes momentos (incluso, la imagen previa que se tenga de la organización) pero los más influyentes son los “momentos de la verdad” - episodios en los cuales el cliente hace contacto con un aspecto de la compañía. Estos acontecimientos ocurren como una secuencia repetible llamada ciclo del servicio. En el caso del Instituto del Corazón, es la llamada ruta del paciente.

Una dificultad, radica en que las expectativas de los clientes son dinámicas, cambian con el tiempo de manera progresiva. En otras palabras, cuando una expectativa es satisfecha de manera permanente, deja de sorprender y se convierte en un requisito mínimo de competencia. En algunas ocasiones es distinto como una organización cree que la perciben a como realmente la perciben. Esa es la razón indispensable por la cual se debe obtener la información del cliente para ser medida y analizada ya que es la base para elaborar una retroalimentación e iniciar la mejora continua.

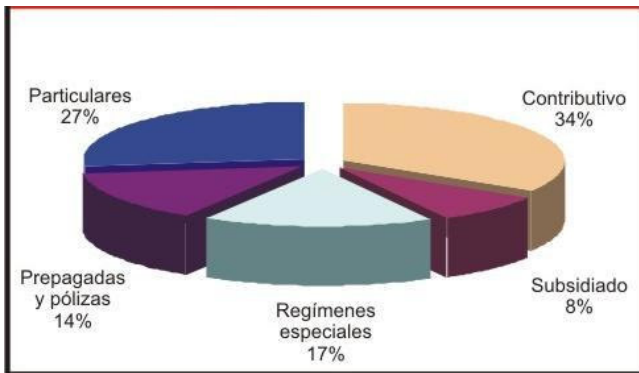
5.3.1 Análisis de la Situación: La gerencia del Instituto del Corazón ha identificado a través de la investigación exploratoria con fuentes de datos secundarios la clasificación de sus clientes. (Véase Figura 14).

⁴⁸ ISO-9000 Principios de gestión de la calidad.

⁴⁹ Políticas de Calidad FCV.

⁵⁰ ALBRECHT, Karl. Gerencia del Servicio

Figura 14 Composición de los clientes del Instituto del Corazón



De acuerdo a los datos del gráfico, los clientes del Instituto del Corazón están desagregados en 5 grandes conjuntos de tamaño similar, sin embargo, para efectos de análisis de mercado existen únicamente dos clases de clientes: Cliente Institucional y Cliente Paciente.

El primer grupo, llamado **Cliente institucional** formado por los APB (Administradores de Planes de Beneficio) que incluye las Empresas Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y el sector empresarial que por su naturaleza, tiene la capacidad de contratar directamente los servicios de la IPS sin la intermediación de las APB. Organizaciones como Ecopetrol, Fuerzas Militares, Policía Nacional se encuentran en este conjunto.

El segundo grupo, llamado **Cliente paciente** está formado por los usuarios finales, es decir, los beneficiarios de los servicios y productos ofrecidos por el Instituto del Corazón y también por los familiares y personas allegadas a éstos, quienes también visitan las instalaciones de la clínica, solicitan citas telefónicas, etc. Este grupo incluye clientes particulares y clientes afiliados a EPS.

La segmentación del mercado en estos dos grupos es clave para la formulación del direccionamiento estratégico del Instituto del Corazón porque las características propias de cada uno son diferentes en ciertos aspectos. Se ha podido identificar que los clientes pacientes son exigentes, conocen sus derechos y buscan servicios de excelente calidad con altos estándares de atención, mientras que los clientes institucionales igualmente buscan servicios de calidad pero enfocados esencialmente hacia la optimización de costos.

El Instituto del Corazón, consciente de la gran importancia que tiene el tema, ha venido monitoreando durante los últimos 4 años tanto la satisfacción de los clientes institucionales como la de los clientes pacientes.

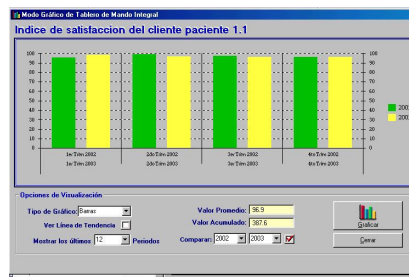
Concentrados en la percepción del cliente paciente, el Instituto del Corazón ha utilizado las encuestas como metodología de recolección de información para la evaluación de la prestación de los servicios de Hospitalización, Urgencias, Cirugía, Consulta Externa y Métodos diagnósticos no Invasivos.

Los resultados obtenidos a lo largo de este tiempo en las áreas se han mantenido con las siguientes calificaciones⁵¹:

- Vigilancia: 4.7
- Citas Médicas: 4.8
- Recepción- Consulta Externa: 4.6
- Caja: 4.8
- Sala de Espera: 4.5
- Personal de Enfermería: 4.9

Los datos anteriores se tabulan para finalmente establecer un consolidado trimestral del Instituto del Corazón (Véase Figura 15). Debido a los resultados obtenidos surge la preocupación acerca de la veracidad de los mismos, ya que consistentemente la calificación ha sido muy alta posiblemente ocultando fallas en la metodología utilizada y en la validez de lo que el cliente percibe como atributo de calidad durante el proceso de recolección de la información, en referencia a la funcionalidad de la encuesta actual⁵². Utilizando la metodología PHVA se procede a realizar un análisis de la situación (Fig. 16)

Figura 15 Resultados Satisfacción del Cliente Paciente IC 2002-2003



⁵¹ Resultados encuesta de satisfacción del cliente en los diferentes servicios. Departamento Atención al cliente. (2003).

Figura 16 Esquema Metodológico PHVA para el mejoramiento de la recolección de información

PVHA	FLUJO	OBJETIVO
P	1	El formato de las encuestas se ha aplicado durante 4 años.
	2	Los resultados de la evaluación se han mantenido en los siguientes calificaciones: - Servicio vigilancia 4.7 - Citas médicas 4.8 - Recepción Consulta Externa 4.6 - Caja 4.8 - Sala de espera 4.5 - Personal de enfermería 4.9
	3	Se propone entonces realizar una consulta representativa a clientes aleatorios para oír sobre sus expectativas acerca de la prestación del servicio
H	4	Con base en los datos obtenidos se diseña el nuevo formato de la encuesta para servicio de consulta externa
V	5	Se aplica la nueva encuesta en el servicio de consulta externa durante 15 días evidenciando entendimiento por parte del encuestador y una mayor precisión de respuesta - Se logró la participación del 100% de los encuestados - Los resultados de la nueva evaluación son: - Recepción de consulta externa 4.8 - Personal de enfermería 4.5 - Atención del médico 4.9 - Instalaciones 4.8
A	6	Se estandariza el diseño de la nueva encuesta de satisfacción: 1. Consulta Externa 2. Métodos Diagnósticos No Invasivos 3. Urgencias 4. Hospitalización

5.3.2 Etapa PLANEAR del mejoramiento de la metodología de recolección de información: Las características de la encuesta actual pueden brindar algunos elementos de juicio para la resolución del problema.

- En primer lugar, las encuestas a pesar de estar clasificadas de acuerdo al servicio que presta cada área con el ánimo de obtener la percepción específica del mismo, están evaluando aspectos de la prestación a nivel general y no particular, es decir, todas las encuestas indagan acerca del servicio brindado por la institución desde el momento de la solicitud de la cita, bienvenida por parte de los vigilantes, admisiones, caja, etc. desdibujando el marco específico del cual se quiere tener una radiografía. :

1. El servicio de vigilancia:				
a. Le brindó un trato:	Muy Cortés <input type="checkbox"/>	Cortés <input type="checkbox"/>	Poco Cortés <input type="checkbox"/>	Descortés <input type="checkbox"/>
b. La información que le suministró para orientarle fue:	Muy completa <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>

⁵² Véase anexo 7 Encuestas de Satisfacción de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización,

- En segundo lugar, el índice de satisfacción del cliente se ha calculado con base en una escala porcentual donde 100% refleja la mayor satisfacción. La encuesta utiliza una escala forzada balanceada con número par de categorías, en la cual, las preguntas enuncian las diferentes etapas de la ruta del paciente por la institución pero la valoración del atributo viene dada por las opciones de respuesta (Muy Cortés, Cortés, Poco cortés, Descortés) en la cual no hay un punto de equilibrio. Para la tabulación de los datos, se establece que la opción “Muy Cortés” equivaldría al 100% de satisfacción, “Cortés” al 66% de satisfacción, “Poco cortés” al 33% y “Descortés” al 0% lo cual no es necesariamente cierto para una persona. O en el caso del tiempo de espera para ser atendido en la solicitud de citas las opciones son “Corto”, “Normal”, “Largo” y “Muy largo” con las mismas equivalencias en porcentaje.

2. En admisiones:				
a. El trato del personal del servicio fue:	Muy Cortés <input type="checkbox"/>	Cortés <input type="checkbox"/>	Poco Cortés <input type="checkbox"/>	Descortés <input type="checkbox"/>
b. La orientación e información fue:	Suficiente <input type="checkbox"/>	Aceptable <input type="checkbox"/>	Insuficiente <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
c. El tiempo de espera para ser atendido fue:	Corto <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	Muy largo <input type="checkbox"/>
d. El trámite requerido para la admisión fue	Sencillo <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Complicado <input type="checkbox"/>	Muy compl. <input type="checkbox"/>

- Finalmente, un tercer elemento de análisis es la capacidad de la encuesta para medir los atributos de calidad en la prestación del servicio en una institución de salud, ya que dependiendo de la definición de atributos de calidad y de la importancia relativa que los clientes le asignen a cada uno, nace la percepción del servicio.

6. Personal de Enfermería:				
a. El trato ofrecido fue:	Muy Cortés <input type="checkbox"/>	Cortés <input type="checkbox"/>	Poco Cortés <input type="checkbox"/>	Descortés <input type="checkbox"/>
b. El servicio recibido fue:	Excelente <input type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>
a. Ofreció una atención oportuna:	Siempre <input type="checkbox"/>	Casi Siempre <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

Por los elementos anteriores, el primer paso encaminado hacia el mejoramiento de la metodología de recolección de información fue la definición de los atributos de calidad por parte de los clientes pacientes y familiares del Instituto del Corazón. Se propuso entonces

Métodos no Invasivos y Cirugía.

elaborar un cuestionario que permitiera auscultar a un grupo de clientes sobre sus expectativas del servicio y con base en ello, diseñar un nuevo formato de encuesta.

Se construyó un cuestionario para determinar lo que los clientes consideran son los atributos de calidad (aspectos importantes) en el momento de escoger una IPS para el cuidado de la salud. El cuestionario constó de 7 preguntas abiertas en las cuales se le pregunta al encuestado los aspectos relevantes en el momento de escoger IPS, los principales inconvenientes que ha encontrado en las clínicas/hospitales que ha visitado y lo que se espera de la atención por parte de los médicos, atención por parte de las enfermeras y de procesos como la asignación de citas, admisiones y liquidación⁵³. El valor agregado del cuestionario consistía en la posibilidad de asignar por orden de importancia los atributos con el ánimo de medir no solo cuantitativamente la frecuencia sino también cualitativamente la relevancia de cada uno.

De acuerdo a datos históricos proporcionados por los responsables de los servicios a evaluar, se pudo determinar que entre 3 y 5 personas llegan diariamente al servicio de urgencias, entre 25 y 40 acuden a consulta externa, se programan entre 20 y 28 citas de métodos no invasivos y en un día común pueden haber entre 35 y 50 personas en hospitalización. Igualmente, cada uno de los pacientes de hospitalización que ingresan a la clínica genera en promedio la visita de 10 acompañantes entre familiares y amigos. Por lo anterior se decide realizar la encuesta a partir con una muestra representativa del flujo de visitantes/día.

Con base en la fórmula $n = \frac{(p \cdot q \cdot Z(2) \cdot N)}{(N-1) \cdot e(2) + p \cdot q \cdot z(2)}$ se encuentra que la muestra debe ser de 80 personas. Con el apoyo de las auxiliares de la oficina de atención al cliente se procedió a entregar la encuesta a los pacientes y familiares que visitaron la Fundación durante una semana. Se entregaron 20 encuestas cada día de las cuales se recogieron en total 72.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

⁵³ Véase anexo 8 Formato de Encuesta Atributos de Calidad

2

Atributos de Calidad Asignación de Citas					
Según frecuencia del atributo:		Porcentaje	Según importancia del atributo:		Porcentaje
Cita Oportuna	47 32	69%	Cita Oportuna	47 32	47%
Atención al cliente	35 2	51%	Acceso Telefónico Agil	31 11	16%
Acceso Telefónico Agil	31 11	46%	Horario Adecuado	26 9	13%
Horario Adecuado	26 9	38%	Puntualidad	23 6	9%
Puntualidad	23 6	34%	Agilidad Trámites	21 4	6%
Agilidad Trámites	21 4	31%	Disponibilidad del médico	19 3	4%
Disponibilidad del médico	19 3	28%	Atención al cliente	35 2	3%
Calidad médica	10 1	15%	Calidad médica	10 1	1%
Costo	6 0	9%	Costo	6 0	0%
	68			68	

3

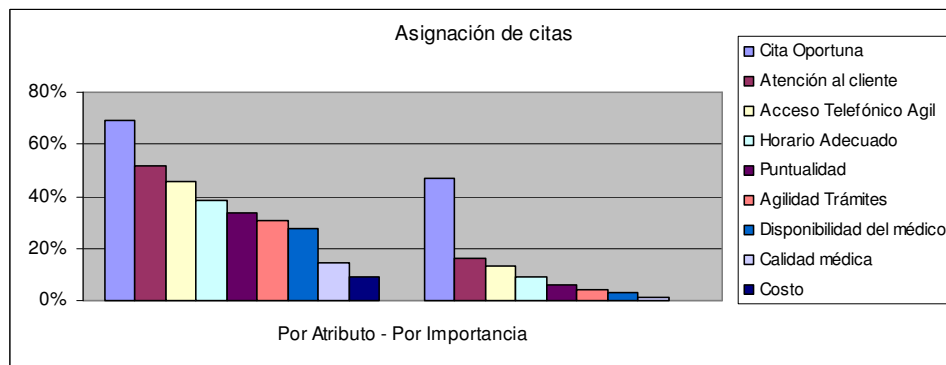
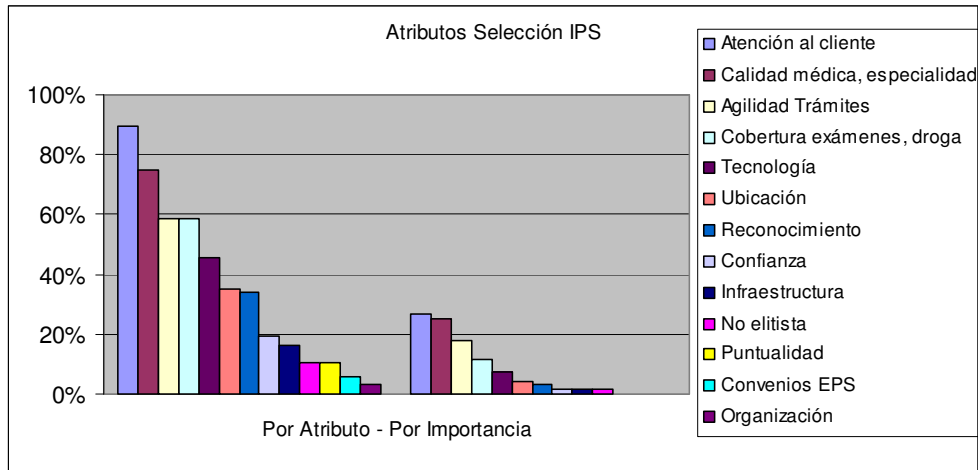
Atributos de Calidad en la atención por parte de los médicos					
Según frecuencia del atributo:		Porcentaje	Según importancia del atributo:		Porcentaje
Atención al cliente	59 36	88%	Atención al cliente	59 36	54%
Profesionalismo (t,Q)	43 16	64%	Profesionalismo (t,Q)	43 16	24%
Diagnóstico acertado (ex, dro)	30 0	45%	Puntualidad	29 10	15%
Puntualidad	29 10	43%	Actitud de Escucha	14 5	7%
Explicación clara. Lenguaje	24 0	36%	Explicación clara. Lenguaje	24 0	0%
Actitud de Escucha	14 5	21%	Diagnóstico acertado (ex, dro)	30 0	0%
	67			67	

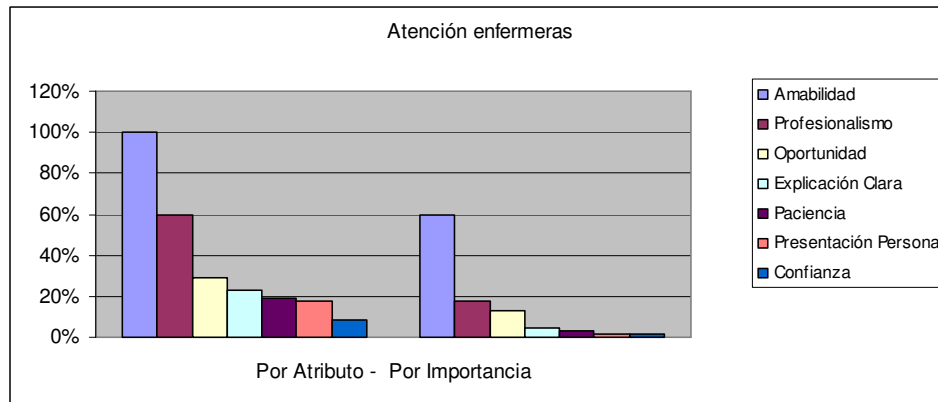
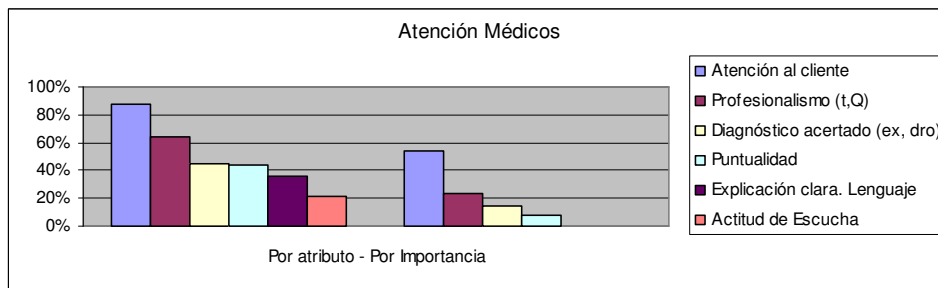
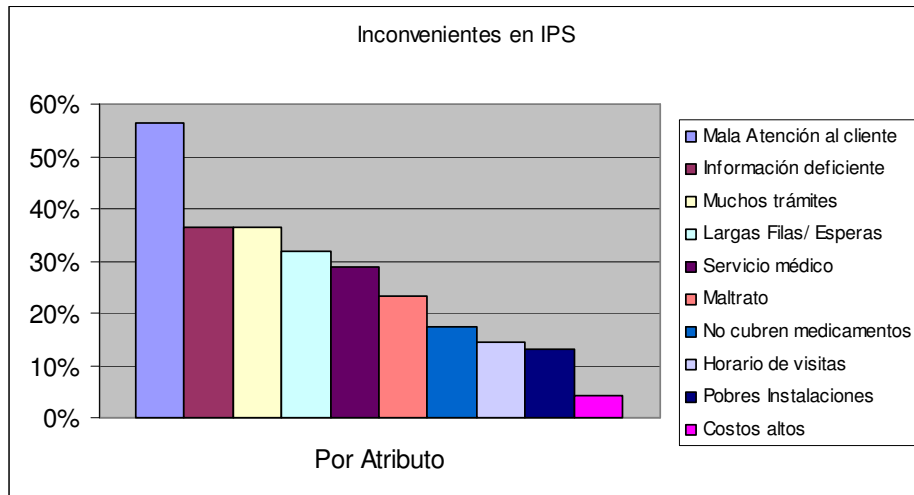
4

Atributos de Calidad en la atención por parte de las enfermeras					
Según frecuencia del atributo:		Porcentaje	Según importancia del atributo:		Porcentaje
Amabilidad	69 41	100%	Amabilidad	69 41	59%
Profesionalismo	41 12	59%	Profesionalismo	41 12	17%
Oportunidad	20 2	29%	Paciencia	13 9	13%
Explicación Clara	16 1	23%	Presentación Personal	12 3	4%
Paciencia	13 9	19%	Oportunidad	20 2	3%
Presentación Personal	12 3	17%	Explicación Clara	16 1	1%
Confianza	6 1	9%	Confianza	6 1	1%
	69			69	

Aspectos negativos en anteriores visitas a IPS		
Según frecuencia del aspecto:		Porcentaje
Mala Atención al cliente	39	57%
Información deficiente	25	36%
Muchos trámites	25	36%
Largas Filas/ Esperas	22	32%
Servicio médico	20	29%
Maltrato	16	23%
No cubren medicamentos	12	17%
Horario de visitas	10	14%
Pobres Instalaciones	9	13%
Costos altos	3	4%

Atributos de Calidad en la Selección de una IPS							
Según frecuencia del atributo:			Porcentaje	Según importancia del atributo:			Porcentaje
Atención al cliente	61	17	90%	Calidad médica, especialidad	51	18	26%
Calidad médica, especialidad	51	18	75%	Atención al cliente	61	17	25%
Agilidad Trámites	40	12	59%	Agilidad Trámites	40	12	18%
Cobertura exámenes, droga	40	2	59%	Reconocimiento	23	8	12%
Tecnología	31	1	46%	Ubicación	24	5	7%
Ubicación	24	5	35%	Confianza	13	3	4%
Reconocimiento	23	8	34%	Cobertura exámenes, droga	40	2	3%
Confianza	13	3	19%	Tecnología	31	1	1%
Infraestructura	11	1	16%	Infraestructura	11	1	1%
No elitista	7	0	10%	Puntualidad	7	1	1%
Puntualidad	7	1	10%	No elitista	7	0	0%
Convenios EPS	4	0	6%	Convenios EPS	4	0	0%
Organización	2	0	3%	Organización	2	0	0%
		68				68	





Análisis e interpretación de los datos:

- Indiscutiblemente el atributo de calidad más importante en el momento de escoger una IPS para el cuidado de la salud por parte de los encuestados es la “atención al cliente”. Sin embargo, por medio de un análisis más exacto, se evidencia que este atributo tiene casi la misma importancia que la calidad de la atención médica

(especialidad) cuando se pregunta por el “más importante”. Esta apreciación es relevante porque brinda lineamientos acerca de la estrecha relación entre calidad médica y atención al cliente.

- El siguiente aspecto importante en la escogencia de la IPS es la agilidad en los trámites, y facilidades de información. El resultado evidencia el nivel de exigencia de la gente durante la prestación del servicio ya que su campo de acción abarca tanto el paciente como sus familiares, quienes muchas veces son los que realizan los trámites (especialmente para hospitalización, urgencias, etc.)
- Un atributo que igualmente esperan los usuarios está relacionado con la cobertura de los medicamentos y exámenes. Es un ítem importante pero el campo de acción de la gerencia del IC, es limitado porque el alcance de la prestación del servicio médico está regulado por la ley. Este atributo está ligado también con el costo del servicio.
- Para el procedimiento de asignación de citas, sin duda, el atributo más importante está definido como “oportunidad de la cita”. Se interpreta como la rapidez con la cual es gestionada la cita del examen. Y en el análisis de la importancia del atributo el 50% de la gente lo ubica en el primer lugar. En el mismo sentido, se considera aspecto importante la posibilidad de programar una cita telefónicamente y la amabilidad del servicio. Nuevamente es mencionada la agilidad de los trámites.
- El análisis de las expectativas sobre la atención por parte de los médicos merece una mayor especificación del atributo “Atención al cliente” que es, casi por unanimidad, el atributo más importante. Dentro de las respuestas encontradas en la fase de recolección de la información se entiende por atención al cliente la calidad humana del profesional en cuanto a: amabilidad, cortesía, genio, alegría, cordialidad, sencillez, respeto, actitud, etc. Todas estas cualidades se podrían resumir bajo el atributo de “calidez” del profesional. En todo caso, éste es el factor de evaluación más influyente.
- El siguiente atributo en importancia es el profesionalismo del médico entendido como el tiempo que dedica a la atención del paciente y la calidad de su trabajo. Este

resultado guarda concordancia con el obtenido en los atributos en la escogencia de IPS en el cual, la calidad de los médicos obtuvo el segundo lugar. Es interesante ver cuán importante es para la gente el lenguaje utilizado por el médico para la explicación de su diagnóstico, es decir, están evaluando la efectividad de la comunicación.

- Para el análisis de la atención de las enfermeras, se acentúa aún más la tendencia presentada para los médicos, explicado por el hecho de que las enfermeras son las personas que cuidan al paciente durante el ciclo del servicio. Por unanimidad la “amabilidad” de la enfermera es el atributo que genera mayor expectativa entre los pacientes, entendido como cordialidad, alegría, respeto, buen trato, cariño, etc. Es aún mas grande la diferencia, casi absoluta, cuando se evalúa desde el punto de vista de la importancia. Es decir, de acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que el paciente percibe como importantes los comportamientos de “cuidado”: tratar a los pacientes como una persona, escucha, y atención al llamado.
- El siguiente atributo en importancia, al igual que en la atención por parte de médicos, es el profesionalismo de la enfermera entendido como el conocimiento del campo en el que se desempeña como administración de medicamentos, organización de actividades, utilización de equipos, etc. Es curioso que se considere presentación personal una exigencia exclusiva del personal de enfermería y no se tenga en cuenta para los médicos.
- Finalmente, se analiza la información brindada por los encuestados sobre los inconvenientes que han tenido en las diferentes IPS a las que han asistido. Esta respuesta refleja en realidad, la imagen que se tiene de las clínicas y su información se puede utilizar para evaluar la situación actual del Instituto del Corazón. En concordancia con la respuesta de la primera pregunta, la mayor insatisfacción por parte de las personas en las experiencias vividas con IPS está relacionada con el servicio al cliente, atención prestada. La mayoría coincide en este aspecto. Un elemento nuevo es la “información deficiente” con magnitud equivalente a la “agilidad de los trámites”. Estos inconvenientes están conectados porque se asocia exceso de trámites con ausencia de información, indicando que las IPS presentan problemas de

comunicación con las personas encargadas de brindarla. Otros aspectos mostrados como problemáticos se refieren a los costos (“cobertura de exámenes, medicamentos”) y a la atención por parte de los médicos.

5.3.3 Etapa HACER del mejoramiento de la metodología de recolección de información: Con base en el análisis efectuado a la información brindada por la encuesta, se procede a diseñar el primer formato de encuesta tomando como referencia el ciclo del servicio del área de consulta externa:

Recepción > Atención Enfermeras > Atención de los médicos > Instalaciones

Conceptualmente el primer elemento de consideración se relaciona con la escala de medición, entendida como la generación de un continuo en el que se colocan los objetos medidos⁵⁴. Entre las técnicas de escalas mas utilizadas están las comparativas y las No comparativas. Para el diseño de la encuesta se va a utilizar la técnica no comparativa “Diferencial Semántico” con 5 categorías en la cual los puntos finales se relacionan con niveles bipolares que tienen un significado semántico en este caso, el grado de cercanía con la afirmación, en otras palabras, cada casilla refleja la posición del encuestado con respecto al atributo que se está evaluando, donde 5 significa el valor más cercano a la afirmación y 1 el más lejano.

El siguiente elemento de estudio se relaciona con la estructura de la encuesta. Se decide únicamente evaluar la prestación del servicio del área específica sin indagar sobre otras áreas o servicios como vigilancia, admisiones, etc. Con base únicamente en el ciclo del servicio de Consulta Externa, la primera parte del cuestionario va a investigar acerca de la recepción, luego la atención del personal de enfermería, para continuar con la atención del médico y finalizar con una evaluación de las instalaciones.

RECEPCIÓN CONSULTA EXTERNA	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio

⁵⁴ MALHOTRA, Naresh K. Investigación de Mercados

Amabilidad, Oportunidad	La persona encargada de la recepción lo saludó con amabilidad, cordialidad y le brindó una atención inmediata.
Lenguaje Claro	La persona encargada de la recepción le informa en lenguaje comprensible el trámite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.
ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA C.E.	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Amabilidad	El personal de enfermería es agradable y amistoso con usted y su familia.
Educación, Información	La auxiliar de enfermería se presenta y le explica todo el procedimiento a realizar
Profesionalismo	El técnico de electrocardiografía explica el procedimiento antes de su realización.
Respeto	El técnico de electrocardiografía procura guardar su privacidad.
Información	Al finalizar la consulta el personal de enfermería le ofrece información clara y completa sobre la realización de los trámites a seguir según órdenes médicas.
ATENCIÓN DEL MÉDICO C.E.	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Puntualidad	El médico acude oportunamente a atender su consulta.
Lenguaje Claro	Durante la consulta el médico le explica en lenguaje claro y comprensible lo relacionado con su enfermedad y el tratamiento a seguir.
Profesionalismo	La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad.
Excelencia (superar expectativas)	Al finalizar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes y para seguir los indicadores que le dio el especialista.
Calidad Humana	Si necesitara una nueva atención, sin dudar lo regresaría donde el médico que lo atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar.
INSTALACIONES CONSULTA EXTERNA	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Comodidad	Las instalaciones del servicio de consulta externa son amplias y cómodas.
Tecnología	Los equipos utilizados se encuentran en buen estado y funcionan todo el tiempo que se requiera.
Limpieza	El ambiente del servicio de consulta externa es agradable, siempre se encuentra aseado y organizado.

El cuestionario queda conformado por 15 preguntas para resolver aproximadamente en 5 minutos, es decir, 3 preguntas por minuto.

5.3.4 Etapa VERIFICAR del mejoramiento de la metodología de recolección de información: En coordinación con el departamento de atención al cliente, se realiza una explicación de la nueva metodología al encuestador haciendo énfasis en la precisión de la encuesta es decir, escribir únicamente el número que el paciente asigne a cada atributo. Durante 15 días se utiliza el nuevo formato de la encuesta, realizando 52 encuestas se encontraron los siguientes resultados:

Recepción en Consulta Externa:	4.8
Atención servicio Enfermería:	4.5
Atención del Médico:	4.9
Instalaciones:	4.8

La Oficina de Planeación y Calidad, aprueba el nuevo diseño de la encuesta y recomienda replicar la metodología en los servicios de Urgencias, Métodos Diagnósticos No Invasivos y Hospitalización.

5.3.5 Etapa ACTUAR del mejoramiento de la metodología de recolección de información: Con base en los atributos de calidad definidos por la encuesta al grupo foco, se diseñan los nuevos cuestionarios para las áreas encargadas por la Oficina. Igualmente, se diseñan la encuesta para Urgencias, Métodos Diagnósticos No Invasivos y Hospitalización:

**Nuevo Cuestionario para evaluación del servicio de:
HOSPITALIZACIÓN**

Admisiones > Caja > Pisos > Alimentación > Habitaciones > Liquidación

ADMISIONES HOSPITALIZACIÓN	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Información, lenguaje claro	La secretaria le informa a los familiares del paciente en lenguaje comprensible el trámite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.
Agilidad Trámites	La secretaria facilita la realización de los trámites, buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de admisión del paciente.
Amabilidad	La secretaria establece y mantiene una relación cálida con el paciente y los familiares.
Oportunidad	La atención en caja es rápida.
ATENCIÓN EN PISOS (enfermería-médicos)	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Profesionalismo	La enfermera visita frecuentemente al paciente.
Organización	La enfermera es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia.
Interés	La enfermera muestra interés en el estado del paciente durante toda su

	permanencia en hospitalización.
Atención	La auxiliar de enfermería se ofrece a hacer pequeñas cosas por el paciente, por ejemplo, acompañarlo al baño, cerrar las cortinas, darle los alimentos.
Oportunidad	La auxiliar de enfermería responde rápidamente al llamado del paciente.
Cuidado	La auxiliar de enfermería procura medidas básicas de confort tales como control del ruido, privacidad del paciente, sábanas adecuadas, entre otros.
Oportunidad	El personal de enfermería toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil del paciente y lo visita a la habitación.
Calidez	El personal de enfermería es agradable y amistoso con los familiares del paciente y allegados.
Confianza	El personal de enfermería se presenta al paciente y le explica todo el procedimiento a realizar.
Profesionalismo	El personal de enfermería se asegura que los familiares sepan como cuidar al paciente cuando se encuentre en casa.
Cuidado	El personal de enfermería con delicadeza y seguridad administra los medicamentos y utiliza los equipos del servicio.
Profesionalismo	El médico tratante diariamente le realiza la visita de seguimiento al paciente.
Oportunidad	El médico atiende oportunamente al llamado del servicio para la atención del paciente.
Lenguaje claro	El médico le dice al paciente y/o familiares en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca acerca de la enfermedad y tratamiento.
Calidez	El médico establece y mantiene una relación muy cálida y humana con los pacientes, familiares y demás allegados.
ALIMENTACIÓN	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Lenguaje Claro	La nutricionista expresa en un lenguaje comprensible la dieta a seguir asegurándose de aclarar todas las dudas presentadas.
Presentación	La alimentación recibida en hospitalización es de buena presentación, agradable a los ojos del paciente.
Variedad	La alimentación es variada
Cantidad	La cantidad de alimentos servidos son suficientes para el bienestar del paciente.
Oportunidad- Calidad Humana	La nutricionista es receptiva a los gustos del paciente, planea y actúa en consecuencia.
INSTALACIONES	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Limpieza	La habitación permanece limpia
Comodidad	La habitación es confortable.
Presentación	La habitación es acogedora y agradable para permanecer recibiendo los cuidados de una Institución de Salud.
LIQUIDACIÓN	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Agilidad trámites	El personal de liquidación facilita la realización de los trámites buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de liquidación.
Calidez	El personal de liquidación establece y mantiene una relación muy cálida con los familiares y allegados del paciente.
Oportunidad	La liquidación de la cuenta se realiza en forma ágil.

**Nuevo Cuestionario para evaluación del servicio de:
URGENCIAS**

Recepción > Atención Enfermería > Atención Médicos > Instalaciones

URGENCIAS RECEPCIÓN	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Oportunidad, Rapidez	La recepción del paciente por parte del servicio de urgencias es inmediata, todo el equipo realiza sincronizadamente su trabajo, entendiendo el valor de los minutos en estos casos de emergencia.
Cuidado	El traslado del paciente por parte del camillero se realiza de una forma cuidadosa, velando siempre por ofrecerle medidas básicas de seguridad.
Profesionalismo	El personal de enfermería de una forma inmediata recibe al paciente y es receptivo antes sus necesidades planeando y actuando en consecuencia, por ejemplo, toma los signos vitales, organiza los equipos.
Amabilidad	Durante la atención en urgencias, la secretaria establece y mantiene una relación muy cálida con los familiares y allegados del paciente.
Lenguaje	La secretaria le informa al paciente en lenguaje comprensible el trámite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.
Agilidad Trámites	La secretaria facilita la realización de los trámites, buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de admisión del paciente.
URGENCIAS ENFERMERÍA-MÉDICOS	
Interés	El personal de enfermería durante la estancia del paciente en Urgencias procura medidas básicas de confort tales como el control del ruido, la privacidad del paciente.
Cuidado	El personal de enfermería con delicadeza y seguridad administra los medicamentos y utiliza los equipos del servicio.
Oportunidad	El médico atiende oportunamente el llamado del servicio para la atención de la urgencia.
Lenguaje Claro	El médico le dice al paciente y/o familiares en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca acerca del evento presentado.
Calidez	El médico establece y mantiene una relación muy cálida y humana con los pacientes, familiares y demás allegados.
INSTALACIONES	
Comodidad	Las instalaciones del servicio de urgencias ofrecen comodidad para la prestación del servicio.
Limpieza	El ambiente del servicio de Urgencias es agradable, se encuentra aseado y organizado.

**Nuevo cuestionario para la evaluación del servicio de:
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS**

Solicitud cita >Recepción >Atención enfermería>Atención médico>Instalaciones.

SOLICITUD DE CITA- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Agilidad Línea Telefónica	La línea telefónica se encuentra disponible cada vez que requiero comunicarme con el servicio
Amabilidad	El trato brindado por la persona que recepciona las llamadas es cordial, agradable.
Oportunidad	La cita se asigna en el tiempo oportuno
Información	La persona que asigna la cita le ofrece explicación clara sobre la preparación para su examen.
Agilidad Trámites	La persona que asigna la cita le ofrece información completa sobre todos los documentos que debe presentar para el día del examen.
RECEPCIÓN – SEGUNDO PISO	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Amabilidad	La persona encargada de la recepción lo saluda y recibe con amabilidad y cordialidad.
Oportunidad.	La secretaria facilita la realización de los trámites, buscando permanentemente agilizar el proceso de atención.
ATENCIÓN DEL PERSONAL ENFERMERÍA	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Amabilidad	El personal de enfermería es agradable y amistoso con usted y su familia.
Información	El personal de enfermería se presenta al paciente y le explica todo el procedimiento a realizar.
Actitud de escucha	La enfermera ayuda al paciente a expresarse, escuchando atentamente sus inquietudes.
ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO	
Atributo de Calidad	Aspecto Específico del atributo en el Servicio
Amabilidad	El médico establece y mantiene una relación cálida y humana con los pacientes.
Puntualidad	El médico acude oportunamente a practicarle su examen
Lenguaje Claro	El médico le dice al paciente en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca de su estado.
Excelencia	Si necesitara una nueva atención, sin dudarlo regresaría donde el médico que lo atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar.

Finalmente, se establece una ficha técnica general para cada encuesta que contiene los siguientes aspectos, el diseño final de los cuestionarios puede ser visto en el anexo 12.

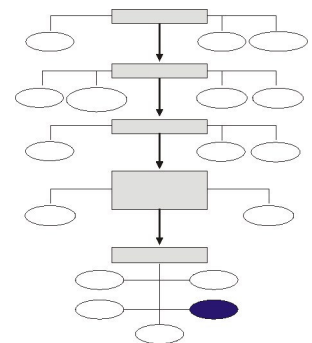
Ficha Técnica de las encuestas de satisfacción del cliente IC.	
Unidad de Muestreo:	Paciente que recibe el servicio de consulta externa, métodos diagnósticos no invasivos, ingresa por urgencias, o es hospitalizado.
Tiempo de Recolección:	Por política, el seguimiento de la satisfacción se realiza trimestralmente.

Muestra:	De acuerdo a la fórmula planteada.
Método de recolección:	Encuesta personal en el edificio justo después de la prestación del servicio.
Alcance:	FCV Instituto del Corazón.

5.4 MEJORAS EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN

5.4.1 Mejoras en los indicadores de gestión del Proceso

General de Mantenimiento: Para el proceso general de mantenimiento la propuesta de mejoramiento de los indicadores se basa en la utilización de estadísticas (para el control de la información) e indicadores (como medidores de la gestión) como elementos de juicio para la toma de decisiones. Las estadísticas a su vez, tienen dos grandes frentes de trabajo. El primero, trata del historial de cada equipo donde aparecen los costos de las reparaciones y del mantenimiento de los mismos. De esta forma se sabe cuándo un equipo deja de ser económico y si se justifica su cambio, si sus repuestos son o no costosos y si están o no disponibles en el mercado. Toda esta información apunta a tomar decisiones rápidas que vayan a favor de los pacientes minimizando los costos para el hospital.



Igualmente es un elemento importante para la trazabilidad de los equipos (siendo también un requisito del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000 contra el cual se levantó una No Conformidad en la etapa de la auditoría y diagnóstico) y sobre todo, para el conocimiento previo de los trabajos que se le ha hecho a cada equipo con el ánimo de detectar posibles comportamientos repetitivos, inductores de las fallas, etc. Es pertinente la creación de un verdadero formato maestro de hoja de vida que contenga los datos técnicos relevantes⁵⁵, y una detallada descripción de todos los procesos de mantenimiento que ha sufrido el equipo a lo largo de toda su historia en la FCV para evaluar su desempeño, características de operación y confiabilidad. Una vez se tiene el formato

maestro de hoja de vida, la recolección de información se inicia de manera sistemática con cada uno de los equipos a medida que se ejecuta la programación del plan anual de mantenimiento preventivo y de las solicitudes de mantenimiento.

Ejecutando una planeación a largo plazo del proceso general de mantenimiento, una vez se tenga suficiente información de los equipos, ésta puede ser depurada, y analizada para crear los llamados “protocolos de mantenimiento”, no siempre incluidos en el manual técnico de operación de cada equipo y que son –inicialmente- una descripción paso a paso y de forma muy clara de las acciones a realizar en la revisión preventiva y con la experiencia se convierten –finalmente- en un modelo de “rutas de mantenimiento” que permitirá conocer aún en el caso del mantenimiento correctivo, los pasos a seguir, duración de la reparación, horas hombre requeridas, inversión en materiales y tipo de falla.

Las ventajas de esta recopilación de estadísticas son enormes y aunque la implementación manual puede llegar a ser tediosa, el desarrollo de un software de mantenimiento agilizará gran parte del análisis y su producto final brindará a la organización toda la información sobre el inventario técnico de los equipos (desde el costo de mantenimiento por equipo hasta el equipo que presente menores reparaciones), control al cumplimiento de la programación del mantenimiento preventivo, revisión del estado del almacén de repuestos (prevenir escasez o deficiencias). Es un campo de aplicación muy amplio, que ofrece grandes ventajas: reducción significativa de los costos de operación, mayor agilidad, control y seguridad. Existen en el mercado diversas aplicaciones informáticas⁵⁶ que ayudan a la gerencia del mantenimiento, entonces, es casi un compromiso que la FCV tenga el suyo propio, no solo porque dentro de sus políticas está el ser pioneros en la innovación tecnológica y liderar la gestión del sector salud, sino

⁵⁵ Véase Anexo 9 Propuesta del nuevo formato de hoja de vida.

⁵⁶ Así como existen programas informáticos de contabilidad que le permiten a una organización administrar flujos de caja, pagar proveedores, nómina, y recolección de cuentas, también existen programas informáticos que ayudan a realizar una mejor planeación y control de los calendarios de mantenimiento preventivo, contratos de servicios con terceros, reporte de problemas y administración de activos. Esta metodología se conoce hoy en día como **CMMS: Computerized Maintenance Management System**, utilizado en empresas de todos los sectores y de todos los tamaños.

también por la ventaja competitiva de tener su propia fábrica de software cuyo laboratorio de implementación es la misma FCV.

El otro aspecto de las estadísticas es el que se refiere al control de costos por centros de actividad⁵⁷. De esta manera se pretende llevar un seguimiento a toda la clínica que refleje áreas críticas (las que mas utilizan servicios del departamento) que son en realidad centros generadores de costos. Es allí donde se debe enfocar la artillería de mejoramiento. Enmarcada dentro de una política de “gestión de procesos”, se propone agregar en la orden de trabajo una casilla para ser llenada por la asistente del departamento que lleve el código de la actividad generadora del costo de mantenimiento.

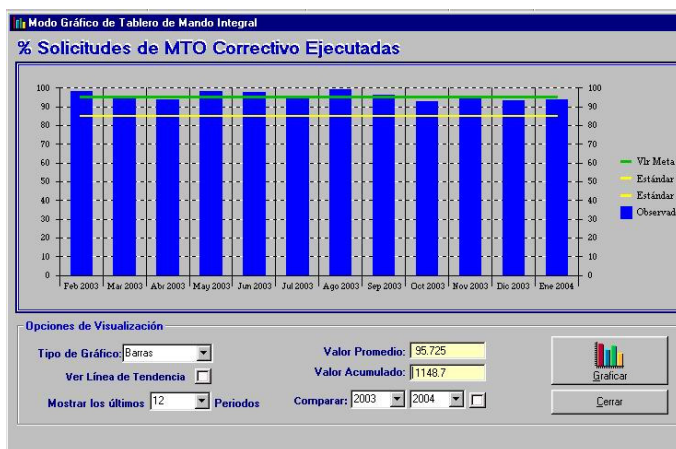
Como se mencionó anteriormente, es con estos datos de entrada que realmente se puede medir la gestión de mantenimiento del Instituto del Corazón, al cargar a cada actividad sus propios costos. Las ventajas de este nuevo enfoque son significativas: se pueden comparar centros de costo, los responsables de los equipos serán necesariamente mucho más precavidos con el manejo de los mismos pues ahora si se podrá medir el impacto financiero de sus actuaciones y el cálculo del presupuesto de mantenimiento será desglosado en forma de árbol buscando encontrar deficiencias en los distintos procesos asistenciales y de apoyo o también se puede calcular el porcentaje del costo real de mantenimiento respecto a los costos presupuestados o respecto al presupuesto total del hospital. Finalmente en el marco de las estadísticas es apropiado calcular el número total de horas disponibles del departamento (de acuerdo a la cantidad de colaboradores, horas laborales al día) y clasificar las actividades del departamento en tres grandes grupos: Correctivas, Preventivas y Varias. La tendencia deseada es que a medida que disminuye el número de horas de actividades correctivas aumente las de preventivas y otras actividades propias del departamento.

Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, en este caso el de mantenimiento, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia (meta) puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

⁵⁷ Véase también Capítulo 5.1 Seguimiento a los costos de la No Calidad.

La evidencia mostrada durante la etapa de diagnóstico demostró insuficiencias en el cálculo de los indicadores, y en los indicadores mismos ya que éstos no miden la gestión del proceso ni la tendencia. Específicamente, el indicador “Porcentaje de solicitudes de mantenimiento correctivo ejecutadas” (véase Figura 17)

Figura 17 Porcentaje de solicitudes de Mantenimiento Correctivo



En realidad, este es el “deber ser” del departamento de mantenimiento: ejecutar las solicitudes generadas por los colaboradores, pero no está midiendo la gestión del proceso: pues se desconoce si fue efectiva la corrección o el tiempo de ejecución de la misma. Adicionalmente, el cálculo es mensual, por lo que no mide la tendencia. Aún si en un mes el departamento no cumple con las solicitudes (pasa a rojo), basta con cumplir las del siguiente mes y el indicador vuelve a verde. Se recomienda seguir calculando el indicador pero con los promedios acumulativos mes a mes para medir la tendencia.

En todo caso, se muestran nuevos indicadores, que están enfocados a medir la gestión del proceso. Se clasifican en dos grandes grupos, la gestión de los procedimientos de mantenimiento preventivo y correctivo (véase tabla 5)

Tabla 12 Indicadores de Gestión de Mantenimiento

INDICADORES DE GESTIÓN DE MANTENIMIENTO		
CORRECTIVO		PREVENTIVO
Tiempos de respuesta Promedio	Prioridad Alta	Eficiencia
	Prioridad Media	
	Prioridad Baja	
Porcentaje de solicitudes reincidentes		Cumplimiento

Grupo de Indicadores de Mantenimiento Correctivo:

- Tiempos de respuesta promedio** (Una vez se haya establecido el inventario de todos los equipos y su respectiva documentación técnica, se procede a clasificarlos en tres niveles de prioridad: alta, para equipos indispensables, media y baja) El tiempo de respuesta promedio se calcula en horas, midiendo el tiempo transcurrido desde la recepción de la solicitud desde un área hasta la aceptación de la conformidad del trabajo. La meta es distinta según la prioridad del equipo. Este indicador puede presentar una pequeña variación que en todo caso tiene el mismo propósito: El tiempo de respuesta promedio iría desde el momento en que se recibe la solicitud hasta que un operario del departamento inicia la acción. En este punto entra a calcularse un nuevo indicador que es la “Duración promedio de las intervenciones” y va hasta la recepción a conformidad por parte del usuario.
- Porcentaje de solicitudes de mantenimiento correctivo reincidente:** Este indicador muestra que tan efectiva fue la acción realizada para solucionar el requerimiento. El indicador existe pero la alimentación de datos no refleja la realidad. Se calculará mensualmente de acuerdo al número de solicitudes que vuelvan a llegar al departamento de mantenimiento fruto de intervenciones mal realizadas en el mismo equipo sobre el número total de intervenciones enmarcadas dentro de la información que brinda la orden de trabajo. De esta manera, se puede identificar en que áreas el mantenimiento correctivo no cumple su función y que personas son responsables del mismo para analizar si el responsable es el usuario del equipo o el auxiliar que lo repara.

Grupo de Indicadores de Mantenimiento Preventivo:

- **Eficiencia:** Dentro del plan anual de mantenimiento preventivo se establece el número total de horas planificadas para dicho plan. Al final del periodo de cálculo se tiene el número total real de horas invertidas. La eficiencia se mide como la razón entre el número de horas planificadas y el número total real invertido.
- **Cumplimiento:** En este caso, si es adecuado seguir calculando el porcentaje de cumplimiento al plan anual de mantenimiento preventivo, por las deficiencias encontradas durante la auditoría. Esta medida de la productividad se calcula como el cociente entre el número de intervenciones planificadas sobre el número de intervenciones reales. Para medir tendencia, este cálculo se debe realizar mensualmente teniendo en cuenta el promedio acumulado.

5.4.2 Indicadores de Gestión Proceso de Desarrollo del Talento Humano:

Indicadores de Gestión Desarrollo del Talento Humano
Efectividad del proceso de selección del personal.
Efectividad del programa de capacitaciones.

Se proponen 2 indicadores nuevos que aporten luces a la medición de la gestión del proceso de desarrollo del talento humano, aparte de la modificación propuesta a los datos de entrada del indicador “ausentismo en pesos por contingencia” en la etapa de auditoría cuya propuesta es a no

tener en cuenta dentro de los datos de entrada, la ausencia del personal que asiste a capacitaciones.

El primer indicador le apunta a medir la gestión del procedimiento de selección del personal con base en la confianza de las pruebas realizadas a los candidatos a ocupar el puesto. El indicador se llamará “**Efectividad del proceso de selección del personal**” y se calculará anualmente como el $(\text{Valor de los contratos cancelados en periodos inferiores a 1 año} / \text{Valor total de los contratos nuevos realizados en el último año}) * 100$. La tendencia de calificación es decreciente, a medida que el porcentaje se acerque a 0 más

cerca de la meta.

El segundo indicador le apunta a medir la rentabilidad (efectividad) de los programas de capacitación definiendo el porcentaje de trabajadores capacitados que mejoran su desempeño. El indicador se **llamará “Efectividad del programa de capacitaciones”** y se calculará anualmente con la siguiente fórmula: $(\text{Número de trabajadores capacitados que mejoraron su desempeño de acuerdo a la valoración} / \text{Número total de trabajadores capacitados}) * 100$. Este indicador puede tener subdivisiones de acuerdo a las características propias de las capacitaciones: internas o externas, o por programas específicos (aquellos colaboradores que hacen parte de capacitaciones profesionales en Universidades).

Una estadística que puede comenzar a llevarse dentro de la valoración de desempeño de los jefes directos responsables de los procesos, es la relacionada con el cumplimiento de los cierres de ciclo. Con el ánimo de conectar el enfoque del mejoramiento continuo con el desempeño, se plantea agregar a la evaluación, un criterio que mida la gestión del responsable de los procesos con respecto a los resultados de las auditorías de calidad (internas y externas). Gracias al enfoque por procesos de la FCV, todas las actividades de la organización están descritas por un proceso y pueden ser medidas y evaluadas a través del tiempo.

5.4.3 Indicadores de Gestión Proceso General de Compras y Suministros: Es recomendable también crear nuevos indicadores que midan la gestión del proceso de compras y suministros desde el punto de vista de la satisfacción del cliente. Es válido continuar midiendo el “tiempo promedio de realización de la orden de compra de medicamentos y de IMQ” o el “porcentaje de requisiciones tramitadas en el mes de su solicitud”. Pero este es el “deber ser” del proceso y el cliente (las áreas) no percibe valor (así el indicador sea cero) mientras espera un activo o un medicamento por varios días. En un sentido más amplio, hay conciencia, por parte de los responsables del proceso, de que la queja mas frecuente por parte de los proveedores es la demora en los pagos, pero no existe un indicador que permita evidenciar la gestión de un plan estructurado de

trabajo que defina estrategias, actividades o acuerdos que logre el pago oportuno a proveedores, para que no se siga presentando retenciones en las entregas.

En el mismo orden de ideas se puede medir la gestión del proceso de compras de acuerdo al plan de acción de 2004 que apunta a estrechar la relación con proveedores (realización de convenios, obtener más productos en consignación, etc.) de acuerdo a la relación que existe entre las ventas y las compras con el ánimo de reducir inventarios a los niveles óptimos de acuerdo a ocupación hospitalaria, ampliación del portafolio de servicios, etc. Se propone la creación de los siguientes indicadores para profundizar el control: (Véase Tabla 6)

Porcentaje de entregas retenidas por los proveedores por falta de pago: Mide la proporción de entregas de IMQ y medicamentos retenidas sobre el total de entregas recibidas en el mes. Su propósito es monitorear el cumplimiento en el despacho de las solicitudes realizadas por el proveedor. Una vez puesto en marcha, de acuerdo a los datos presentados en los 3 primeros meses, se debe establecer una meta para el indicador, el valor estándar y el valor crítico que inicie un proceso de análisis y solución de problemas PHVA. La forma de evaluación es de tendencia decreciente (a menor valor más cerca de la meta).

Tabla 13 Nuevos Indicadores de Gestión Proceso de Compras y Suministros

INDICADORES DE GESTIÓN	
COMPRAS	SUMINISTROS
Porcentaje de entregas retenidas por proveedores por falta de pago: <u>#entregas retenidas IMQ, MED</u> <u>#órdenes de IMQ, MED en el mes</u>	Tiempo de realización de la orden de IMQ y activos fijos. Horas transcurridas entre recepción y legalización.
Porcentaje de compras en consignación de IMQ: <u>Valor de las compras IMQ consignac.</u> <u>Valor total de las compras</u>	Valor de los inventarios de IMQ por mes. Valor en pesos, del inventario mensual de IMQ.

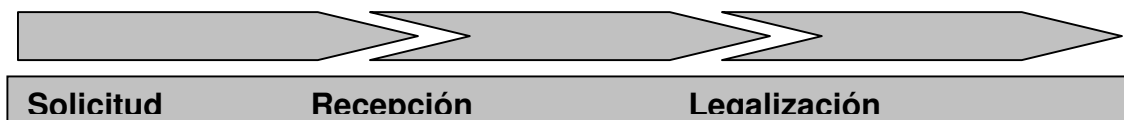
Relación de compras sobre las ventas del proceso.	Tiempo promedio por entrega
$\frac{\text{Valor de las compras}}{\text{Valor de las ventas}}$	$\frac{\sum \text{ Tiempos de entrega}}{\# \text{ total de pedidos}}$

Porcentaje de compras en consignación de IMQ mide la proporción de compras en consignación sobre el total de compras del periodo. Su propósito es monitorear la optimización de los recursos utilizados en el proceso de compras con base en la proporción de elementos en consignación. La meta debe ser establecida por la gerencia del IC de acuerdo a su planeación estratégica. La forma de evaluación es de tendencia creciente: a mayor valor más cerca de la meta.

Porcentaje de compras vs. ventas mide la proporción de compras en el periodo con respecto a las “ventas” (salidas) de los elementos durante el periodo. Su propósito es monitorear la optimización de recursos buscando la reducción del inventario hacia la meta establecida por la gerencia del IC. Su forma de evaluación indica que a menor valor mas cerca de la meta.

Tiempo de realización de la orden de IMQ y Activos Fijos mide el tiempo real que transcurre desde el momento en que el insumo llega a la recepción y se legaliza la entrada en el sistema. Su propósito es monitorear la velocidad con la que un insumo es ingresado al inventario de la institución una vez hace parte de ella (gestión del almacén). A menor valor más cerca de la meta. Se calcula en horas.

Tiempo promedio de entrega total de Insumos: mide el tiempo efectivo que sucede desde que se crea una solicitud de requisición y se entrega el insumo a satisfacción por



las partes sobre el número total de solicitudes. Su propósito es medir el tiempo promedio para la entrega de un insumo. Este número puede subdividirse en 3 componentes y de acuerdo clasificarlo de acuerdo al tipo de insumo. Se calcula en días.

Valor del inventario: Mide el valor en pesos del inventario de IMQ para un mes dado. Se calcula de acuerdo al valor de los insumos que se encuentran en almacén y en los pisos (que se obtiene de restar las cantidades iniciales y finales de cada periodo). Según políticas de la gerencia IC, éste debe ser equivalente a 1 mes. Por lo tanto, el valor se puede expresar en dinero, o en meses. Gracias a la creación de este indicador, se puede tener más control sobre el dinero invertido en IMQ, y monitorear mensualmente los niveles del inventario de una manera más funcional.

5.4.4 Indicadores de Gestión Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño de vías clínicas: De acuerdo al diagnóstico efectuado al proceso de auditoría médica interna y diseño de vías clínicas se puede afirmar que, dadas las condiciones específicas del proceso, se deben implementar dos nuevos indicadores para el seguimiento a la gestión del mismo.

La gran ventaja de la implementación en el Instituto del Corazón de las vías clínicas es poder efectuar un seguimiento a la evolución del paciente para tener un mayor control tanto de la gestión clínica como la gestión de costos. Por esta razón, es pertinente proponer la división del indicador “seguimiento al cumplimiento a las vías clínicas” con base en los anteriores criterios:

Indicadores de Gestión de auditoría médica interna y diseño de vías clínicas	
Porcentaje de Cumplimiento a la vía clínica en el costo	Porcentaje de Cumplimiento a la vía clínica en el proceso.
Adultos	
Pediátrica	

Nombre del nuevo Indicador: “**Porcentaje de cumplimiento a las vías clínicas en el proceso**”, su propósito es medir el grado de cumplimiento de la patología descrita de acuerdo a la evolución del paciente durante el tratamiento, es decir, que tan acertada fue la descripción de lo que iba a suceder de acuerdo a la predicción hecha por la junta médica. El indicador mide la gestión con base en un porcentaje que se calcula de la razón entre el (número de pacientes de cirugía cardiovascular que cumplen la vía clínica en el proceso/ número total de pacientes de cirugía cardiovascular atendidos). Su frecuencia

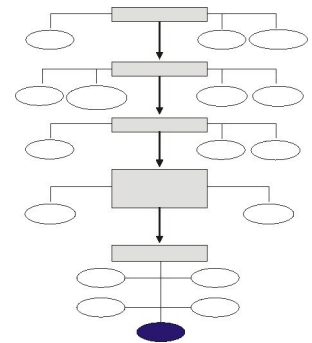
de cálculo debe ser mensual y la meta debe continuar en el 80% de cumplimiento (ha sido el histórico) mientras los diagnósticos son más acertados a medida que pasa el tiempo. Se puede incluso, llegar a desagregar en cirugía cardiovascular pediátrica y cirugía cardiovascular adultos con el ánimo de tener información mucho más relevante para la toma de decisiones. Los datos que se requieren para calcular este nuevo indicador son dos: el número de personas que son sometidas a cirugía cardiovascular en el mes y el número de personas que de acuerdo al seguimiento efectuado por la auxiliar administrativa a la lista de chequeo se han salido de la descripción efectuada en la vía. El responsable de generar los datos es el auxiliar administrativo de auditoría médica interna, el responsable de generar el indicador es el auditor médico interno y el responsable de la toma de decisiones es el gerente del Instituto del Corazón y la junta médica.

Nombre del nuevo indicador: “**Porcentaje de cumplimiento a las vías clínicas en el costo**”. Su propósito es medir el grado de cumplimiento al presupuesto establecido para la patología descrita de acuerdo a los gastos generados por el paciente durante la evolución de su tratamiento, es decir, que tanto se mantiene el gasto (en este caso el negativo) dentro del rango establecido para la vía clínica. El indicador mide la gestión con base en un porcentaje que se calcula de la razón entre el (número de pacientes de cirugía cardiovascular que cumplen los costos de la vía clínica / número total de pacientes de cirugía cardiovascular atendidos). Su frecuencia de cálculo debe ser mensual y la meta debe continuar en el 80% de cumplimiento mientras se obtiene mayor información histórica. Se puede desagregar en cirugía cardiovascular pediátrica y cirugía cardiovascular adulto con el ánimo de tener información mucho más relevante para la toma de decisiones. Los datos que se requieren para calcular este nuevo indicador son dos: el número de personas que son sometidas a cirugía cardiovascular en el mes y el número de personas que de acuerdo al seguimiento efectuado por la auxiliar administrativa a la lista de chequeo van dentro del rango presupuestado de gastos. El responsable de generar los datos es el auxiliar administrativo de auditoría médica interna, el responsable de generar el indicador es el auditor médico interno y el responsable de la toma de decisiones es el gerente del Instituto del Corazón y la junta médica.

5.5 MEJORAS GENERALES A LOS PROCESOS AUDITADOS

5.5.1 Mejoras al Proceso General de Mantenimiento

Después de la presentación de las observaciones, de la evidencia encontrada a lo largo del proceso de auditoría, y de la tendencia a reducir y depurar procesos con el ánimo de hacer más flexible y ágil la organización, facilitar y optimizar el control de la documentación, es viable plantear la fusión de los dos procesos de mantenimiento, y crear el nuevo “Proceso General de Mantenimiento” ya que ambos comparten la mayoría de la información y están lógicamente relacionados.



Se procede a estructurar una propuesta de mejoramiento al proceso de mantenimiento que conjuntamente muestre el “deber ser” de un departamento de este tipo para una clínica de IV nivel con las características propias del Instituto del Corazón FCV.

El mantenimiento se define como⁵⁸ el conjunto de acciones necesarias para que un equipo sea conservado o restaurado de manera que pueda permanecer en el tiempo de acuerdo con una condición especificada.

El propósito de cualquier programa de mantenimiento hospitalario está sujeto a tres aspectos interconectados:

Aspecto Técnico, con el cual se llega a cumplir el objetivo inmediato de conservar la infraestructura, equipamiento e instalaciones del Hospital, en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y confiable, para no interrumpir los servicios.

Aspecto Económico, con el cual se llega al objetivo básico del Mantenimiento, es decir, contribuir por los medios disponibles a sostener lo más bajo posible el costo de operación del Hospital.

Aspecto Social, en todas las empresas, pero especialmente en un hospital, el mantenimiento de los equipos es un proceso clave por su sensible relación con la vida de

⁵⁸ COPIMAN Comité panamericano de Ingeniería de Mantenimiento

los pacientes que son los clientes de la organización. Una falla técnica que repercute en el paciente, no se puede calcular inmediatamente como valor dado en dinero. En cambio, en términos sociales se manifiesta cuando debido a ésta (falla) se produce una pérdida de vida, o se agrava la situación de salud en que ingresó el paciente. (Un caso concreto podría ser la falla de la válvula de ingreso del gas de anestesia o el mal funcionamiento de la incubadora de bebés, que pueden dar resultados fatídicos).

El proceso general de mantenimiento comienza cuando un equipo entra en el hospital y termina cuando el equipo es dado de baja ya sea por salida o daño irreparable.

Existen dos grandes divisiones de mantenimiento (que pueden llegar a ser distintas a las funciones propias de un departamento de su tipo), y se explican a continuación:

- **Mantenimiento Preventivo:** Se refiere a las acciones técnicas y administrativas que se desarrollan de manera programada, para la correcta operación y servicios de un bien. Incluye el aseo, buen manejo de los equipos, inspecciones sistemáticas, control de los indicadores, detección y corrección de las fallas iniciales antes de que ocurran daños en la operación. Este tipo de mantenimiento es útil cuando se prolonga la vida de los equipos y se aumenta su confiabilidad.
- **Mantenimiento Correctivo:** Se refiere a las acciones técnicas y administrativas no programados que se desarrollan cuando un equipo e instalación ha dejado de funcionar o lo hace defectuosamente y se tiene que entrar a reparar. Esto origina cargas de trabajo que pueden llegar a ser incontrolables causando inconvenientes.

En el mismo sentido, el mantenimiento se puede clasificar en 3 clases (véase tabla 7).

Tabla 14 Clases de Mantenimiento

CLASES DE MANTENIMIENTO	
Clase	Dimensión
Institucional	Usuario Técnicos Hospital
De taller	Talleres móviles Instalaciones Fijas
De fábrica	Reconstrucción

Mantenimiento Institucional: Esta clase de mantenimiento es responsabilidad de la organización que usa el equipo y es, por consiguiente, la clase a la que se le hizo la auditoría y mejoramiento de este proyecto. Tiene límites precisos de autorización que no se deben sobrepasar. Implica la operación correcta, inspecciones básicas, limpieza, lubricación y preservación. También incluye el cambio de piezas menores que no requieren la presencia de un técnico. El mantenimiento Institucional se da en dos dimensiones:

- a) Del Usuario: Su ejecución es responsabilidad del operador del equipo (médico, enfermera jefe, etc) y comprende la operación correcta, cuidado, uso, aseo, limpieza, preservación y lubricación. Incluye igualmente las inspecciones diarias antes de prender el equipo, durante su uso y al apagarlo al finalizar la jornada de trabajo.
- b) De los técnicos: Lo ejecutan los auxiliares o tecnólogos especializados que hacen parte de la nómina del hospital. Comprende el mantenimiento preventivo programado, ajustes menores (después de 1ª dimensión), reparaciones menores y reposición de piezas. El usuario también tiene participación al informar acerca del desempeño del equipo.

Mantenimiento de Taller: Es el mantenimiento autorizado y ejecutado mediante contratos, generalmente firmados con las mismas empresas proveedores de los equipos. El taller móvil se presenta cuando el mantenimiento se ejecuta en el sitio donde se encuentra el equipo mientras que el de instalaciones fijas requiere el traslado del equipo para su ejecución.

Mantenimiento de Fábrica: Es el nivel más complejo de mantenimiento. En él se hacen trabajos que implican reparaciones totales o de reconstrucción de los equipos.

La política de mantenimiento debe estar acorde con la misión, los objetivos y políticas de calidad de la FCV. El proceso de mantenimiento siempre debe estar orientado a dar la máxima atención al paciente, es decir, estar como la primera consideración en todos los trabajos de mantenimiento: oportunidad, seguridad, calidad, eficacia, etc. Es por esto que el servicio de mantenimiento debe estar disponible 24 horas al día, 365 días al año.

A pesar de los costos que esta medida genera, la organización debe asumirlos en cumplimiento de su premisa como una inversión.

El departamento de Mantenimiento es responsable de desarrollar el mantenimiento preventivo y correctivo del hospital, conservar las instalaciones, mantener el suministro y controlar el consumo de electricidad, agua y gas, operar los equipos mayores electromecánicos como plantas eléctricas, calderas, ascensores y aires acondicionados, supervisar la operación y funcionamiento de todos los equipos de la institución, examinar e intervenir en los contratos de mantenimiento con firmas especializadas, controlar su presupuesto anual y ejercer el control interno en todas sus actividades.

De acuerdo a ASPAGESS⁵⁹ el tamaño del departamento de Mantenimiento viene dado por el número de camas del hospital con la siguiente relación:

- Hospital entre 51 y 120 camas: (8 personas) un Ing. Jefe de Departamento, un Técnico de Equipo médico, un Técnico electromecánico, un Plomero albañil, un Carpintero pintor, dos auxiliares, una secretaria.
- Hospital entre 121 y 240 camas: (15 personas) un Ingeniero Jefe, un Asistente de Ingeniería, un Tecnólogo de Equipos médicos, un Técnico electromecánico, un Técnico mecánico, un Carpintero, un Pintor, un Plomero, seis Auxiliares, una Secretaria.

El Instituto del Corazón FCV cuenta actualmente con 137 camas para hospitalización por lo que el número de colaboradores del departamento debería estar alrededor de 8 o 9 personas, es decir hay un faltante de 1 o 2. La contratación de un mayor número de colaboradores es necesaria para dar cumplimiento al plan anual de mantenimiento preventivo.

El instructivo I-DTH-2026 define las competencias y el entrenamiento necesario para los diferentes roles que hacen parte del departamento con el objeto de cumplir la misión del mismo.

Las funciones definidas para el cargo “coordinador de mantenimiento” son:

- Supervisar la ejecución de actividades de Mantenimiento desarrolladas por empresas contratistas.
- Planear, organizar, desarrollar y realizar seguimientos a las actividades de conservación y mantenimiento en electricidad, electrónica, planta física, equipos electrónicos, biomédicos y aire acondicionado.
- Preparar los planes de acción y presentar informes de gestión del área.
- Programar el mantenimiento preventivo de los equipos e instalaciones de la FCV.
- Realizar mensualmente una reunión de grupo primario y llevar el acta respectiva.
- Mantener informado al personal sobre proyectos, políticas, y demás información suministrada por las directivas de la FCV.
- Todas las demás que le asigne la Subdirección administrativa y financiera y la Gerencia del Instituto del Corazón.

Se puede, además, agregar los siguientes elementos, por ser parte vital de las funciones del coordinador de mantenimiento:

- Ayudar en el estudio del presupuesto, controlar la ejecución del mismo, de los gastos de los servicios públicos, adquisición y consumo de repuestos. Lo que se busca con esta función es empoderar al coordinador del mantenimiento para que se vuelva el “gerente” de su proceso.
- Controlar la eficiencia y disciplina del personal a su cargo.
- Programar y desarrollar el entrenamiento en operación y mantenimiento de primera dimensión para el personal del hospital.
- Supervisar el cumplimiento sobre las normativas de las autoridades nacionales, departamentales y locales en los requisitos de las Instituciones prestadoras de servicios de salud⁶⁰

⁵⁹ Asociación Panamericana de Alta Gerencia de Servicios de Salud, estudio realizado en Julio de 2002. Fort Lauderdale FL.

⁶⁰ Especialmente, las siguientes:

a) **Artículo 189 de la ley 100 de 1993** sobre el mantenimiento hospitalario.

- Colaborar en la selección del personal que hará parte de su equipo de trabajo.

Todas estas funciones son ejecutadas a través de la programación del mantenimiento preventivo (el cual se hace con el grupo de trabajo). Al comparar los objetivos propuestos con los resultados se puede juzgar por medio de indicadores de gestión y de presupuesto, para ejercer la función de evaluación mediante la toma de decisiones. Para tomar buenas decisiones se debe contar con la información y criterios adecuados, además, se requiere una persona con autoridad y responsabilidad para que una vez tomada, se haga conocer a las personas involucradas en ella.

Para el cargo de “secretaria del departamento de mantenimiento” existen las siguientes funciones:

- Recibir llamadas de los diferentes servicios registrando las solicitudes de trabajo en el formato establecido y asignar responsabilidades de ejecución al personal de acuerdo a su especialidad.
- Realizar el informe mensual de las solicitudes de mantenimiento correctivo.
- Elaborar el pedido mensual de papelería.
- Organizar los archivos existentes de cada uno de los proveedores.
- Realizar labores de recepción, elaboración de informes, correspondencia.
- Transcribir informes solicitados por el coordinador.
- Realizar las actas de grupo primario
- Realizar reembolso de caja menor y velar por su buen manejo.
- Mantener ordenado el sitio de trabajo.

b) **Resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud**, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

c) **Circular externa # 29 de 1997 de la Superintendencia Nacional de Salud** que trata sobre la inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario y en la elaboración y aplicación de los planes de mantenimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

d) **Resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Protección social**, por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

- Atender y ejecutar las solicitudes de préstamo de equipos audiovisuales y los salones para conferencias y reuniones.
- Alimentar los indicadores del área.

Debido al tamaño de la Fundación Cardiovascular de Colombia Instituto del Corazón, la complejidad de las operaciones y el gran número de equipos, usuarios, pacientes, etc. es necesaria la creación del cargo “asistente del departamento de mantenimiento” con el fin de lograr una articulación entre la dirección del proceso y los encargados de ejecutar las labores. Las funciones del asistente son vitales para el buen desarrollo de las actividades. Como se mencionó anteriormente, el departamento no cuenta con este cargo. Con una correcta capacitación y enfoque, se pueden agregar las siguientes funciones de soporte al proceso:

- Controlar y distribuir los trabajos del personal, revisar los informes de control de operación de los equipos y colaborar en la supervisión del control interno y del medio ambiente en las áreas de trabajo.
- Identificar las áreas críticas mediante inspecciones periódicas con el objeto de realizar labores de reconocimiento y cumplimiento.
- Elaborar programas de trabajo por prioridades.
- Ubicar a los diferentes colaboradores por medio del sistema de radios, actuando como medio de enlace entre la dirección y los ejecutores.

5.5.1.1 Programa de Mantenimiento Institucional: Todos los servicios de mantenimiento del Instituto del Corazón se deben ejecutar a intervalos prescritos y el tiempo necesario para este mantenimiento se debe, igualmente, programar por adelantado, dentro de un cronograma anual que cubre todo el hospital. La programación del mantenimiento es básica para el buen funcionamiento de los equipos o dependencias a la vez que sirve para constatar que las inspecciones periódicas y el mantenimiento son ejecutados efectivamente, mediante la revisión exacta de cada equipo, cuya hoja de vida y sticker debe mantenerse al día. La responsabilidad de la programación recae sobre el

coordinador del mantenimiento así como la rapidez y efectividad con la que se resuelven las solicitudes de mantenimiento correctivo de acuerdo a su prioridad.

Este programa consta de tres pilares importantes:

- **Inventarios**
- **Indicadores**⁶¹
- **Detalle de las actividades**

Inventarios: El primer paso que se debe realizar y de acuerdo a la evidencia encontrada en el diagnóstico consiste en actualizar las relaciones de equipos y máquinas existentes en el hospital, así como conocer su antigüedad, estado de funcionamiento de cada equipo y asegurarse que existen manuales de operación para los mismos. A pesar de que existe un listado generado por el programa VITAL, se debe hacer un contraste entre lo que dice el listado y lo que está realmente en el edificio. Por otro lado, todos los equipos biomédicos deben tener su manual de operación pues la documentación técnica es tal vez una de las herramientas más importantes para efectuar el mantenimiento preventivo y correctivo. En el departamento de Mantenimiento de la FCV, no se cuenta con una clasificación coherente de los manuales técnicos de operación de los equipos biomédicos, los tecnólogos no los conocen y en no pocas ocasiones se encuentran en inglés lo que dificulta su comprensión y despliegue en la organización.

Detalle de las actividades: El desarrollo de los trabajos de mantenimiento no se puede llevar a cabo confiando únicamente en los conocimientos y la experiencia de los técnicos o de los auxiliares. Tanto el coordinador como los auxiliares deben tener muy claro lo que se debe hacer para tener control de las cosas.

La implementación del programa de mantenimiento debe iniciarse de forma planeada y sistemática con el fin de anticiparse al deterioro de los equipos y no esperar a que estos fallen. Igualmente, la eficacia del programa está en no permitir que éste permanezca

⁶¹ Véase Capítulo 5.4.1 Nuevas estadísticas e indicadores de gestión del proceso general de mantenimiento.

estático: debe modificarse en la medida en que cambien las necesidades, ingreso de nuevos equipos, egreso de equipos por obsolescencia, etc.

Se presentan a continuación las actividades para la implementación del programa general:

1. **Identificación de Rutinas:** Para cada equipo, instalación o red debe prepararse un listado de los trabajos de mantenimiento basado en un inventario detallado. La lista para cada trabajo se conoce como “rutina de mantenimiento”. Los equipos biomédicos son genéricos y para cada uno de ellos se puede conseguir el “protocolo de mantenimiento” que es básicamente una lista de chequeo de lo que se debe hacer en cada uno. La identificación de las rutinas debe ir como complemento dentro de las hojas de vida de los equipos biomédicos⁶².
2. **Instrucciones para el mantenimiento:** Después de haber identificado las rutinas habituales de mantenimiento debe prepararse el plan de trabajo, el cual será claro y fácil de interpretar tanto por el personal de mantenimiento de la institución como para personal externo que lo realice. Para el caso específico del plan anual de mantenimiento preventivo es indispensable establecer el número total de horas/hombre que se requieren para ejecutar el plan y contrastarlo con el número total de horas/hombre disponibles por parte del departamento.
3. **Órdenes de trabajo:** Para el desarrollo de cualquiera de los programas de trabajo (correctivo o preventivo) a los cuales será sometido cada equipo, se requiere de un elemento que permita el control de las diferentes etapas o procesos a que es sometido desde el inicio hasta la culminación del programa. La orden de trabajo⁶³ es el elemento mediante el cual se presentan y ordenan los procedimientos que se deben cumplir y al mismo tiempo, ejerce control sobre los mismos. En la FCV se maneja la solicitud de mantenimiento pero no se ha aplicado el concepto de “Orden de Trabajo”. De hecho, el inicio de una orden de trabajo se origina mediante el sistema de solicitudes (son hechas por los usuarios de los equipos a la asistente del departamento). Una vez cumplidos ciertos trámites, la solicitud se convierte en orden

⁶² Véase Anexo 9 Propuesta de Hoja de Vida de Equipos biomédicos.

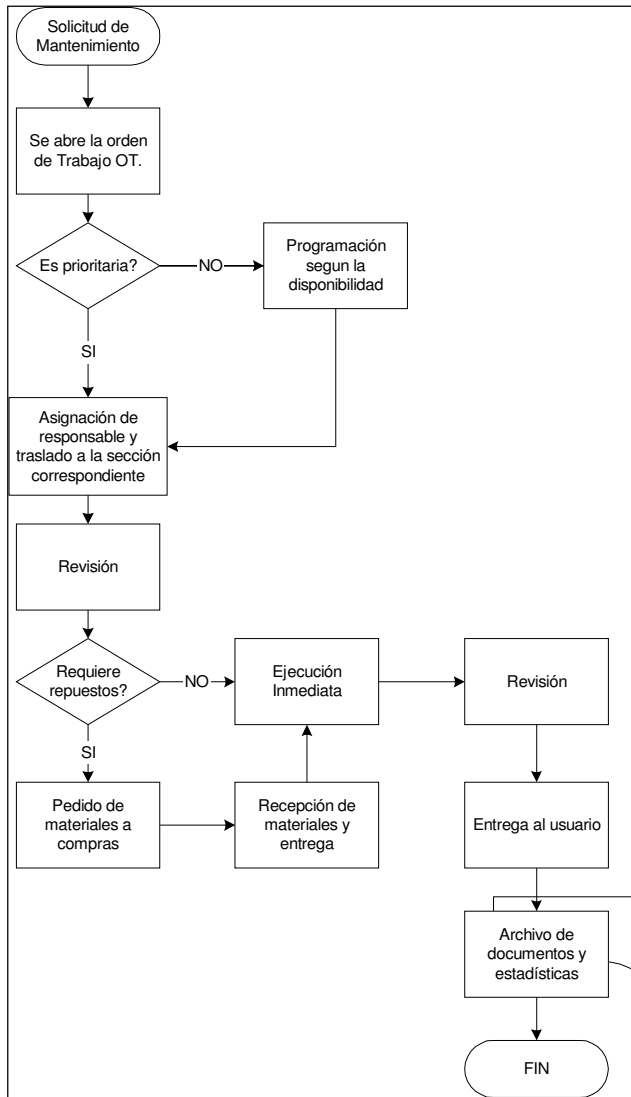
de trabajo. Esta tiene, igualmente, una serie de acciones necesarias para el desarrollo de las actividades, se presentan a continuación:

- a) **Recepción de las solicitudes de Mantenimiento:** Esta recepción se hace en el departamento personalmente o vía telefónica. Una vez ha sido llenado el formato, existen actividades inherentes tales como: asignación de número consecutivo a la OT, verificar la hoja de vida del equipo, verificar el plan de mantenimiento preventivo.
- b) **Clasificación de las tareas:** Esta actividad tiene como propósito determinar la prioridad de la solicitud, el grado de complejidad y la disponibilidad técnica del recurso humano.
- c) **Programación de los trabajos:** Se refiere a la asignación de un turno de acuerdo a la prioridad establecida en el ítem anterior y a variables como horas disponibles, especialidad del personal, etc. Cuando no es altamente prioritaria, la OT tiene el carácter de “Pendiente”.
- d) **Asignación de los trabajos:** El coordinador del departamento asigna el trabajo al ejecutor de la orden de trabajo de acuerdo con su propio criterio. Una vez asignado, debe comunicar al usuario el momento en que será ejecutado.
- e) **Ejecución de los trabajos:** Los trabajos serán ejecutados mediante la orden de trabajo por técnicos del departamento, contratistas, proveedor del equipo, etc. Justo antes de la ejecución, la orden tiene carácter de “Confirmada”.
- f) **Supervisión de los trabajos:** Una vez ejecutado el trabajo, éste será supervisado por el coordinador de mantenimiento y las novedades (cambio de partes, repuestos, costos, descripciones) serán consignadas en la hoja de vida una vez se entregue el equipo.
- g) **Recepción de los equipos:** El equipo se entrega al usuario, quien firma la orden de trabajo para darle el carácter de “cumplida”.

A continuación se presenta el flujograma de la propuesta de formato para la creación de la Orden de trabajo (véase Figura 18)

⁶³ Véase Anexo 9b Propuesta de Orden de trabajo

Figura 14 Flujograma de la nueva orden de trabajo



Otro de los procedimientos que merece especial atención, son las llamadas inspecciones. Los propósitos de una inspección (esporádica o programada) son varios pero se resaltan los siguientes: Tiene como fin asegurarse que se está efectuando el mantenimiento debido a la dependencia o equipo, es decir, en forma completa, de acuerdo a los procedimientos, en el orden debido y con la frecuencia conveniente. Igualmente se busca comprobar la utilización correcta del equipo, indagar sobre la duración o tiempo de servicio útil del mismo y comprobar el rendimiento de los equipos en uso. Las deficiencias encontradas en una inspección sirven como un medio para evitar las primeras fallas,

como también para prevenir mayores daños, reparaciones generales y recargo de trabajo en el departamento de mantenimiento.

La vida de los equipos se prolonga y la operación es más eficiente, previniendo y evitando los casos de desorganización y mala operación.

Una inspección efectuada de manera técnica y completa consta de una determinación exacta de las áreas y equipos y de un examen detallado para determinar el estado de servicio de dependencias o elementos, la dotación completa para el servicio y el estado de funcionamiento. La inspección brinda amplia información para tomar decisiones que permitan disminuir daños y la obsolescencia, que es altamente recomendable toda vez que disminuye significativamente los costos de mantenimiento y de reposición de equipos y aumenta la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud que presta el hospital.

5.5.2 Mejoras al Proceso Desarrollo del Talento Humano: Tal como se evidenció durante la etapa de auditoría el área de Recursos Humanos de la Fundación Cardiovascular de Colombia Instituto del Corazón no es ajena a las grandes tendencias que están transformando el mundo empresarial. Los recursos humanos juegan un papel fundamental en esta ola de cambios ya que conforman una pieza clave para la competitividad. De hecho, ante un mercado cada vez más competido, las empresas deben enfrentarse al hecho de que la globalización, el permanente cambio de contexto y la valoración del conocimiento les exigirá replantear todo su sistema de administración sobre la base de los tres principios fundamentales de la competitividad: Calidad, Productividad y Rentabilidad, en donde la administración del talento humano juega un papel articulador de esta estrategia vital para el éxito. (Véase Figura 19)

Para las organizaciones, la **calidad** es un concepto genérico, compuesto por un grupo de características, que necesita ser evaluado y medido, cualitativamente y cuantitativamente⁶⁴, para establecer en que grado se logra, después de realizar una gestión.

⁶⁴ Véase también Capítulo 3.3 Impacto del Sistema de Gestión de Calidad

Figura 15 Elementos de la Competitividad



Los sistemas de gestión de calidad ISO 9001 se convierten entonces en una herramienta imprescindible para alcanzar los resultados. Esto equivale a afirmar que en cualquier organización existe la calidad, buena o mala y que los resultados dependen de los objetivos y del sistema de gestión que se ha aplicado.

El concepto de **productividad** está asociado a la optimización de recursos y se resume en “hacer más con menos o con lo mismo”⁶⁵. Este concepto está muy ligado con la eficiencia de los procesos y los costos. Si se define eficiencia como “hacer bien las cosas” se puede afirmar entonces que la productividad es “hacer bien las cosas al menor costo”.

La **rentabilidad** proviene de los resultados de la inversión siempre y cuando el resultado sea satisfactorio para el inversionista en el sentido de superar el costo de oportunidad del dinero y obtener adicionalmente un margen que cubra el riesgo asumido. Este concepto se maneja también para las entidades sin ánimo de lucro, ya que éstas realizan “inversión social” gracias a los recursos generados por la operación (llamados excedentes). Una entidad sin ánimo de lucro fundamenta su crecimiento en el bienestar financiero.

Como se mencionó, el elemento integrador de los anteriores conceptos es la

⁶⁵ CHASE. Administración de producción y operaciones.

administración del **talento humano**, no considerado como un recurso (que puede ser cambiado en cualquier momento como una parte sustituible) sino como ser indispensable para lograr alcanzar cualquier objetivo estratégico. Toma años reclutar, capacitar y desarrollar el personal necesario para la conformación de grupos de trabajo competitivos, puesto que son las personas las que hacen posible la existencia de las organizaciones, y son ellas quienes ejecutan los procesos de transformación para lograr resultados o productos.

Dentro de las nuevas tendencias empresariales, es cada vez más evidente que los procesos de desarrollo del talento humano están adquiriendo un papel fundamental convirtiéndose en Unidades Estratégicas alineadas con la alta dirección para alcanzar los objetivos propuestos.

En la actualidad, se han detectado 6 factores clave para la administración del talento humano⁶⁶:

Factores Clave de la administración del Talento Humano.
Alineación del empleado con el direccionamiento estratégico.
Gestión de la cultura organizacional
Adopción de esquemas de remuneración alineados con el DE.
Enfoque hacia el cumplimiento de logros profesionales.
Selección de personal efectiva.
Seguridad y salud Ocupacional de clase mundial.

a) Las empresas donde la gestión humana ayuda al cumplimiento de la visión estratégica⁶⁷ se caracterizan por reconocer el valor del factor humano en el logro de las metas propuestas. Continuar con la implementación del modelo de gestión humana por competencias y el despliegue a través de grupos primarios es fundamental para el

cumplimiento de este factor.

El mapa estratégico del IC define como estrategias el “liderazgo en costos” y “la diferenciación con base en innovación tecnológica e investigación” soportado en la ampliación de la cobertura de servicios y el mejoramiento de la eficiencia de las operaciones. A pesar de que están definidas las competencias que se requieren y la

⁶⁶ CABRERA Angel. Instituto de Empresa. Madrid.

estructura más adecuada para la organización, se debe profundizar en el diseño de los sistemas de capacitación, e incluso los de remuneración. Tal como se pudo constatar en la matriz DOFA del proceso de desarrollo del talento humano durante la auditoría, una de las debilidades presentes dentro del IC es la ausencia de una verdadera estructura salarial. El personal sistemáticamente se ha venido quejando porque no existe consistencia en los salarios. Una oportunidad clara de mejoramiento es el diseño, montaje e implementación de una estructura salarial uniforme y coherente para todos los trabajadores.

b) La cultura corporativa tiene dos dimensiones⁶⁸ la invisible que se define como el esquema de principios, valores y creencias por todos quienes pertenecen a ella. Y la visible definida como las conductas y comportamientos que son comunes a quienes ahí laboran.

La cultura corporativa es el reflejo de los rasgos característicos a una empresa, es decir, es el elemento aglutinador que le da cohesión al cuerpo social de la empresa. El Instituto del Corazón tiene definidos sus valores⁶⁹ pero estos deben ser entendidos y comunicados a toda la organización. No se busca que los trabajadores reciten de memoria los valores de la organización sino lograr que los sientan como propios y estos se inserten en el diario actuar de las personas como guías de comportamiento y ejemplo para los demás. Para comprobar la efectividad de la vivencia se debe medir el grado de compromiso con cada uno de los valores. Esta medición es en realidad, compleja, pero es apropiado iniciar un acercamiento hacia el tema a través de la encuesta de microclima laboral. En el mismo sentido el IC está comenzando un proceso de construcción de su personalidad a través de la edificación del mapa cultural⁷⁰. Este ejercicio no se logra con una estricta declaración de los principios y valores, sino es fruto de un profundo análisis, por parte de todas las partes interesadas de la organización, iniciando con los accionistas y los directivos, para luego ir desplegándose al resto del personal para identificar las brechas entre el marco cultural ideal (dimensión visible e invisible deseada) y el marco cultural actual.

⁶⁷ Véase Anexo 10 Mapa Estratégico Instituto del Corazón.

⁶⁸ MORALCO. Consultores Gerenciales.

⁶⁹ Véase: Capítulo 2.2 Valores Instituto del Corazón

Este auto examen parte de lo global hacia lo particular identificando para cada colaborador, su manera de ver el mundo, el trabajo, el ser humano y lo que espera de la empresa.

c) El proceso de selección de personal es el paso inicial para lograr llegar al objetivo estratégico planteado. Un elemento importante para alcanzar la meta de seleccionar al más candidato mas adecuado, es la definición de los perfiles del cargo de acuerdo a los resultados que la empresa quiere obtener. Como se evidenció durante la etapa de auditoría el IC está muy adelantado pues utiliza los instrumentos más idóneos para obtener la mejor información de los candidatos. El IC busca, sin dejar de lado las competencias, los rasgos de la personalidad y su compatibilidad con la cultura organizacional. Una vez el proceso de selección ha sido superado, el IC debe crear mecanismos para controlar la asistencia a la inducción mensual y mejorar el formato de la inducción con la implementación de una jornada campestre para lograr la mayor atención de los nuevos colaboradores.

d) Adopción de esquemas de remuneración alineados con el Direccionamiento Estratégico. Para los trabajadores es indispensable percibir que la compensación está acorde con su responsabilidad y esfuerzo, al tiempo que satisface sus necesidades y expectativas. En este campo, el IC presenta una debilidad porque existe un malestar generalizado sobre la estructura salarial presente en el IC. Este descontento, aunque es manifestado tangencialmente en las encuestas de clima organizacional no se puede pasar por alto debido a su aparición en las comunicaciones informales del Instituto. En este aspecto se debe trabajar porque la remuneración es una de las herramientas más importantes para atraer y mantener el mejor recurso humano y el IC ha vivido deserciones del personal por pequeñas diferencias salariales.

Las actuales tendencias de los tipos de compensación están centradas en 3 categorías:

- Compensación fija: Es un sueldo fijo cada mes que puede tener bonificaciones constitutivas de salario. Es el tipo de compensación utilizado por el personal administrativo del IC.

⁷⁰ Véase Anexo 11 Mapa Cultural IC

- **Compensación variable:** Aparte de la porción fija se ofrece una compensación móvil que depende de las competencias personales y el rendimiento u aporte del empleado al negocio. En el IC el staff médico cuenta con este tipo de compensación.
- **Compensación flexible:** Está compuesta por un salario integral y un plan de beneficios que puede incluir salud, educación, diversión, aportes voluntarios a pensiones, etc.

e) Enfoque hacia el cumplimiento de logros profesionales. Este aspecto aplica para las grandes empresas si se define como la oportunidad que éstas brindan a sus empleados para escalar posiciones dentro de la estructura organizacional y alcanzar cargos de mayor responsabilidad y exigencia. Y aplica también para pequeñas y medianas empresas como la posibilidad que se le da al talento humano para gerenciar su propio desarrollo de acuerdo a lo que espera la compañía de él. Tal como se evidenció en la etapa de auditoría, el IC ha definido como primera opción para llenar las vacantes de los cargos el personal propio de la empresa (por los beneficios que trae en relación al sentido de pertenencia, el compromiso y el conocimiento de la organización) brindando posibilidades de ascenso y promoción. En el mismo sentido, el IC debe brindar las herramientas para el cumplimiento de los logros a través de los programas de capacitación. Se puede estudiar la posibilidad de elaborar el presupuesto de las mismas de acuerdo a unas necesidades establecidas por cada área. Teniendo como marco de referencia el modelo de gestión por competencias, el programa anual de capacitación podría diseñarse con base en el reconocimiento de la competencia laboral que los procesos requieren, teniendo en cuenta la identificación de las brechas establecidas en el modelo de valoración del desempeño, las encuestas de necesidades de capacitación, y el trabajo de grupos primarios replicando el mismo modelo utilizado en la parte médica que utiliza un porcentaje de su presupuesto en el otorgamiento de licencias remuneradas, auxilios para asistencia a congresos, pasantías y educación continuada. Es conveniente extrapolar este positivo elemento a toda la institución. Finalmente se puede profundizar un poco más la investigación realizada a los colaboradores para determinar cuál es la percepción en las diferentes UEN sobre los programas de bienestar social y crecimiento personal, con el ánimo de preguntarse las áreas donde algunos programas son desconocidos.

f) Sistemas de gestión de seguridad y salud ocupacional. Las organizaciones deben

adoptar sistemas de gestión en riesgos laborales asociados con el negocio. Estos sistemas deben incluir la definición de responsabilidades y estructura de la organización, actividades de planificación, responsabilidades, prácticas, procedimientos y recursos para desarrollar, implantar, alcanzar, revisar y mantener la política de prevención de riesgos laborales. El IC cuenta con los servicios de una enfermera Jefe profesional especializada en salud ocupacional quien garantiza la ejecución de los diversos programas. El primero de ellos es el de capacitación, que por medio de diferentes actividades pedagógicas busca estimular la práctica del autocuidado y los cambios de hábitos en temas como higiene postural, seguridad basada en valores, prevención de accidentes de la mano, planes de emergencia, normas de bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios, primeros auxilios, evacuación y prevención y control del fuego. El segundo programa es el de medicina preventiva cuyo propósito es mejorar las condiciones de salud de los colaboradores a través de actividades como la semana de la salud ocupacional, folletos preventivos y apoyo psicológico. Un tercer programa es el de medicina del trabajo que incluye actividades como el examen médico periódico, la vacunación empresarial, y la oportunidad de mejoramiento que se presenta en el examen médico de ingreso. Finalmente esta el programa de higiene y seguridad industrial que identifica, evalúa y controla los factores de riesgo del medio ambiente en el área de trabajo a través de visitas de inspección y estudios ambientales.

En ese orden de ideas es factible contribuir a la definición del siguiente paso que debe dar la organización, como parte de su mejora continua, hacia el logro de la certificación OHSAS 18001⁷¹ que certifica la existencia de un Sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional (SGSSO) en una organización.

Todos los sistemas de gestión incluido el ISO 9000 son conscientes de la importancia del individuo en la consecución de metas tal como se evidencia en el tercer principio de esa norma internacional⁷².

⁷¹ La norma internacional OHSAS 18001 (Occupational Health, Security, Assesment Series) especifica los requisitos para un sistema de gestión de seguridad social y salud ocupacional que le permitan a una organización controlar los riesgos de SSO y mejorar sus resultados.

⁷² ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad: Capítulo 0.2 Principios. *“El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso e involucramiento permite que sus capacidades puedan ser utilizadas por el máximo beneficio de la organización”.*

Son varios los motivos que tiene el IC para iniciar el recorrido hacia la certificación OHSAS, entre los cuales se destacan:

- Ayuda a cumplir la legislación con facilidad y el cumplimiento a otras normas que se deseen suscribir como los códigos de buenas prácticas.
- Mejora las condiciones de salud y seguridad en el sitio de trabajo.
- Es una ventaja manejar la seguridad y salud ocupacional como un sistema y no como una serie de programas no articulados pues ahorra costos al evitar duplicidad de beneficios o falta de autosostenibilidad.
- La creciente presión comercial. De hecho, la organización mundial del comercio OMC, tiene presente en su cláusula social el tema de las condiciones de trabajo, por lo que una certificación de este tipo evitaría suponer menores costos de producción basados en un nivel inferior de las condiciones de trabajo de la organización. Dentro de su plan de Direccionamiento Estratégico, el IC tiene previsto exportar sus servicios y productos a Guatemala, Honduras, Salvador y Curazao a través de la alianza “ExportSalud”, por lo que una certificación de esta naturaleza también apoyaría la entrada en esos mercados.
- Es también una importante herramienta de marketing, que mejora la imagen de la empresa. Igualmente, el IC, por ser una Fundación sin ánimo de lucro recibe gran cantidad de dinero en donaciones por parte de inversores internacionales que incluyen en su planificación la conciencia de que la seguridad (y el medio ambiente) debe mantenerse y cuidarse.

El modelo de gestión propuesto en la norma OHSAS 18001 plantea ayudar a la organización a comprender y mejorar las actividades y resultados de la prevención de riesgos laborales, establecer una política de prevención con objetivos y metas de actuación, y finalmente implantar la estructura necesaria para desarrollar esta política y objetivos. Similar a la familia ISO 9000, está basada en la mejora continua a través de la metodología PHVA y es genérica e independiente de cualquier organización o sector económico brindando una guía para gestionar la seguridad y salud con criterios de calidad.

Para una empresa que tiene implantado un sistema ISO 9000, como el IC, le será más fácil implantar un sistema de esta naturaleza porque la estructura de la empresa ya fue adecuada para permitir el funcionamiento de un sistema de gestión y por la cultura desarrollada al interior de la misma. Al igual que es necesario un manual de gestión de la calidad, el sistema de seguridad y salud ocupacional exige un manual donde se fijan las responsabilidades de los distintos actores y se referencia los estándares a cumplir. Gracias al enfoque por procesos, el dueño del mismo, es responsable del proceso productivo así como de la seguridad. En cuanto a la documentación, el sistema requiere establecer la política y el programa de gestión de seguridad y salud ocupacional, la legislación y normativa de referencia, el Manual de SGSSO, los procedimientos de trabajo (para aquellos puestos en los cuales el riesgo existente lo aconseja) y el plan en caso de emergencias. Todos estos documentos bajo los mismos requisitos de la norma ISO 9000 (accesibilidad, disponibilidad, legibilidad, control, etc.).

El paso inicial es efectuar la Revisión Inicial que define la posición actual de la organización respecto a la seguridad y salud en el trabajo a través de la documentación e identificación sistemática de los impactos potenciales significativos en la salud y calidad de vida laborales asociados con las actividades, los productos y los procesos de la organización. Esta revisión inicial identifica los hechos internos (Fortalezas y Debilidades) y los hechos externos (Amenazas y Oportunidades) como base para la introducción de un SGSSO cubriendo cuatro áreas:

- Los requisitos legislativos y reglamentarios que son aplicables y su grado de cumplimiento. Lo que permite desarrollar el registro de la legislación, reglamentaciones y normas a las que se deberá ajustar el sistema.
- La validación retrospectiva, que consiste en el análisis del grado de validez de las evaluaciones y registros realizados sobre los riesgos o impactos laborales.
- La revisión de las prácticas y procedimientos existentes de prevención de riesgos o impactos de salud laborales. Debe determinarse cual es la estructura de gestión de salud ocupacional existente, las mejoras de gestión estructural que se requerirían para controlar de forma efectiva las actividades, los productos y los procesos que causan los riesgos o impactos significativos encontrados.

- Una valoración de la gestión de la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades laborales ocurridas.

Durante la etapa de revisión inicial es común el empleo de cuestionarios, listas de comprobación, entrevistas, y la inspección y evaluación directas de las actividades en cuanto a la gestión preventiva, condiciones de seguridad, salud y organización del trabajo. El siguiente paso es la planificación de la prevención que comprende la estrategia para el desarrollo del sistema (Acción Preventiva). Este comienza con una identificación de los peligros de la organización, generadores de un impacto potencial que existe según su probabilidad de ocurrencia y las consecuencias en caso de que esta situación ocurriera, para continuar con el establecimiento, de una manera organizada, de los objetivos y metas a conseguir tanto para el conjunto del sistema como para cada nivel de la estructura de la organización, que intervienen en la gestión. Los instrumentos que se utilicen para la consecución de los objetivos y metas serán los procedimientos que se establezcan para ello dentro del SGSSO en los que se define que, como, cuando y donde hay que hacer y quien debe hacer, formando finalmente el programa de gestión de la prevención. Posteriormente, la empresa debe establecer los procedimientos para la acción correctiva ya que el control es uno de los puntos más completos. Una vez se planificado la actuación, y se han llevado a cabo esos planes, se pasa a comprobar que el resultado obtenido esté de acuerdo con lo planificado y en el caso de que no sea así se procede a tomar las acciones correctivas que permitan solucionar el problema. De este modo, el control de las actuaciones en el desarrollo de la prevención en seguridad y salud ocupacional, sirve para verificar lo establecido y permite tomar decisiones a partir de resultados. Los sistemas de control pueden ser activos, cuando proporcionan retroalimentación sobre los procedimientos antes de que se produzca un accidente, incidente, enfermedad laboral o deterioro de la salud o reactivo, cuando se analizan los mismos hechos mediante la identificación, notificación y registro. Para tratar estos casos de No conformidad se debe realizar una investigación que permita planificar la acción correctiva para evitar que vuelva a ocurrir, llevar a cabo los cambios necesarios, establecer un sistema de control adecuado a lo detectado y valorar la efectividad de las medidas tomadas.

Al igual que los sistemas de gestión de calidad, la conformidad del sistema de gestión de

seguridad y salud ocupacional debe ser monitoreada a través de la realización de auditorías internas previa programación y planificación de las mismas. Equivalentemente, se debe practicar una revisión periódica del funcionamiento del sistema por parte de la dirección que permita detectar los puntos débiles del cumplimiento y tomar las medidas correctivas y desarrollar una estructura administrativa que le permita implantar el sistema, además de suministrarle los recursos para el mismo.

5.5.3 Mejoras al Proceso General de Compras y Suministros: Después de la auditoría efectuada al proceso de gestión integral de compras PC-COM-01 y al proceso de suministros PC-SUM-01, se pueden proponer las siguientes oportunidades de mejoramiento.

En el Instituto del Corazón, los dos procesos son independientes, y cada uno tiene un responsable pero valdría la pena revisar una potencial fusión de ambos con los beneficios que se explicarán a continuación.

El nuevo departamento de compras y suministros del IC tendría como objeto coordinar los elementos logísticos que se desarrollan para la adquisición, el almacenamiento y el suministro a los pacientes (indirectamente) y a los trabajadores tanto de los medicamentos como de los demás elementos de uso administrativo y los necesarios para la prestación de servicios de manera oportuna, en las cantidades exactas, con la calidad óptima y en el lugar apropiado, de tal forma que el IC cumpla plenamente con sus objetivos y metas en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud.

Aparentemente el proceso de comprar y entregar los elementos no reviste de mayores complejidades, no obstante, éste es un proceso crítico que tiene notable influencia tanto en la perspectiva de procesos internos como en los resultados de la perspectiva financiera⁷³: Indudablemente el responsable del proceso no puede perder de vista la variable precio de costo y precio de venta con su respectivo margen de utilidad, pero

también hay otras variables que tienen influencia sobre la capacidad de generación de flujo de caja, tales como las formas de pago, los descuentos, plazos, rotación de productos, convenios institucionales y estrategias con el proveedor; elementos que de una u otra manera inciden en la rentabilidad de la organización.

Por estas razones, el proceso de compras y suministros debe ser fruto de una planeación coordinada entre todas las dependencias de la clínica, seguido por las actividades que conforman el ciclo de las adquisiciones para continuar con un manejo técnico y cuidadoso de inventarios, para ser enviados y luego entregados a los pacientes y colaboradores, con los controles necesarios y cumpliendo las disposiciones legales del caso, así como las políticas establecidas por el IC.

El nuevo departamento de compras y suministros, tendría a su cargo las siguientes actividades:

- Determinar las especificaciones de los elementos o servicios (para el caso de medicamentos, de acuerdo a los requerimientos del comité de farmacia).
- Determinar cuándo comprar.
- Controlar los niveles de inventario y vigilar los puntos máximos y mínimos.
- Establecer y controlar la calidad de los productos.
- Obtener Ofertas competitivas.
- Establecer los precios óptimos.
- Evaluar los proveedores y cambiarlos de acuerdo a la mejor conveniencia.
- Establecer la política óptima de pagos en cada período.
- Arreglar términos financieros.
- Establecer los procedimientos para las órdenes de compras.
- Recibir, almacenar y entregar los elementos.
- Negociar las devoluciones.
- Hacer ajustes de inventario y adquirir nuevos productos.
- Establecer seguridades para evitar pérdidas y fraudes.

⁷³ KAPLAN, NORTON. Las 4 perspectivas de la metodología Balanced Scorecard: Clientes, Procesos, Cultura, Financiera.

Mediante la ejecución de estas actividades se busca cumplir los objetivos básicos del departamento de compras y suministros, entre los que se destacan:

Mantener un adecuado suministro: La terminación de las existencias de un medicamento u otro producto o elemento de primera necesidad no puede suceder en una clínica. Por lo tanto, es procedente mantener un adecuado nivel de inventario que evite faltantes durante el periodo que va desde el pedido hasta la fecha de entrega de los proveedores. En el mismo sentido, evitar también entregas prematuras que generan excesos de inventario, usos innecesarios, etc.

Mantener la calidad: Controlar que la calidad en todos los productos, empaques, fechas de vencimiento y normas de seguridad, cumplan con los requisitos establecidos por el comité de compras.

Minimizar los costos: A pesar de que este objetivo parece ir en contra del anterior, se puede lograr optimizando los niveles de inventario (y por lo tanto, los volúmenes de compras), nuevas formas de adquisición (mediante una competencia perfecta entre los proveedores y el hospital), utilización de descuentos por volumen, descuentos financieros, y determinación de los costos de la No calidad o costos ocultos⁷⁴.

Tal como se evidenció durante el proceso de auditoría, la queja más frecuente por parte de los proveedores consistió en la demora en el pago de las órdenes de pago⁷⁵. Esta inconformidad de los proveedores es comprensible pues a pesar de ofrecer descuentos financieros entre 5 y 10% por pronto pago, el IC se está tomando hasta 120 días para el pago de sus compromisos con los proveedores. Una de las grandes ventajas del enfoque por procesos en una empresa⁷⁶ es que se tiene plenamente identificada la interrelación entre los mismos como mecanismo para el control y la mejora continua.

Para la solución de la demora en el pago a los proveedores se debe entender la interacción del proceso de compras con los demás procesos corresponsables de la situación: Facturación, Cartera, Contabilidad, Cuentas por pagar, Tesorería y Áreas.

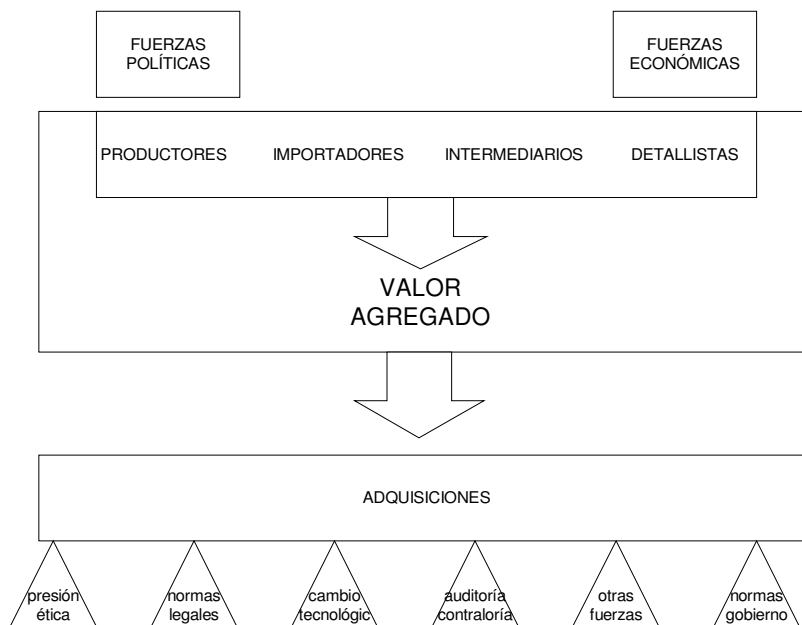
⁷⁴ Véase Capítulo 5.1.3 Seguimiento a los costos de No Calidad en el proceso de compras.

⁷⁵ De acuerdo con la evaluación consolidada de la relación comercial con los proveedores, el ítem que mide el “pago de facturas” fue evaluado con 2.41 sobre 5.0

⁷⁶ Véase, Impacto del sistema de gestión de Calidad. Enfoque basado en Procesos Capítulo 3.3

A pesar de la compleja red de interrelación entre los procesos con el departamento de compras y suministros también existen otras dificultades naturales:

El departamento se enfrenta a las llamadas “compras descentralizadas” que ocurren cuando los vendedores no van al departamento de compras sino directamente al grupo de médicos especialistas que tienen la capacidad de recetar al paciente para presionar el consumo de los elementos producidos por el laboratorio que representan. Esto de por sí no es malo, mientras el cuerpo asistencial mantenga su independencia, el IC, ha definido como estrategia para eliminar esta posibilidad, delegar en el comité de farmacia cualquier decisión de compra. Adicionalmente, no se puede pasar por alto la considerable influencia que tienen las fuerzas exógenas sobre las funciones de compras y suministros de un hospital como lo explica Gabriel Pontón Laverde⁷⁷ con el siguiente esquema, que resume estas limitaciones:



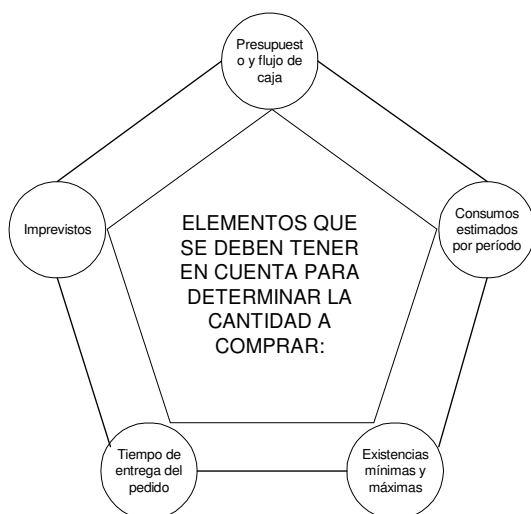
La gran variedad de elementos hospitalarios para adquirir (en el sistema SAM existen 796 ítems distintos de medicamentos para 262 principios activos, y 1120 referencias distintas para Insumos médico quirúrgicos) sus cantidades, calidad, y el valor⁷⁸ frente a los

⁷⁷ MALAGÓN LONDOÑO, Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. 1997

⁷⁸ En 2003 se compraron \$3.193 millones en Insumos médico-quirúrgicos, y \$1.120 millones en medicamentos.

recursos económicos siempre limitados hace necesaria una detallada planeación con el objeto de normalizar los procesos de compras y así evitar los imprevistos, especialmente los relativos a:

- **Determinación de las necesidades:** Con base en los objetivos trazados y las metas específicas que el hospital debe lograr en un período de tiempo, generalmente un año y con los recursos económicos que se espera obtener, se hace el presupuesto de ingresos y gastos. De acuerdo al presupuesto es que se determina la cantidad para abastecimientos y suministros.
- **Estadísticas de consumo:** Las estadísticas son indispensables para conocer las tendencias de consumo de los diferentes bienes y servicios así como los ciclos estacionales que muestran las épocas de mayor y menor utilización de determinados productos. Con base en ellos, en las metas fijadas para el período siguiente y en el presupuesto existente, se desarrolla un buen planeamiento de necesidades que se convertirá en el plan de compras que evite errores en adquisiciones no necesarias y permita simplificar el trabajo mediante contratos anuales con entregas parciales. Con base en las estadísticas que se presenten, el personal científico del hospital tiene excelentes herramientas para establecer normas de consumo, hacer los cambios de acuerdo con las observaciones y efectuar recomendaciones acordes con las nuevas tecnologías, adecuadas en tiempo, calidad y cantidad.
- **Calidad de los productos y servicios:** El término calidad, se refiere en este caso, a la mejor conveniencia de un producto o servicio en relación con el uso que se le va a dar, es decir, a su eficacia: entre más adecuado sea un producto, mayor es su calidad. Lógicamente existe una gran relación entre calidad y precio que es lo que se conoce como valor: con el objeto de comprar productos de óptimo valor el departamento de compras debe evaluar, conjuntamente con el comité, la calidad (eficacia) de cada productor del elemento, medicamento en relación con su precio o costo total.



- **Cantidades a adquirir:** Estimar la cantidad de elementos a adquirir es tal vez uno de las tareas más complejas para una organización, sobre todo, si se trata de bienes de consumo repetitivo de alta sensibilidad como medicamentos, papelería, insumos médico-quirúrgicos, etc. Como se mencionó anteriormente, es importante analizar detenidamente las estadísticas mensuales para

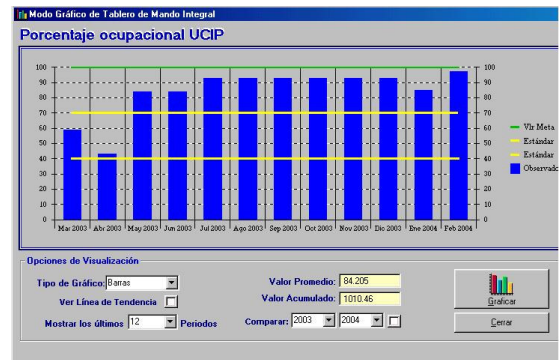
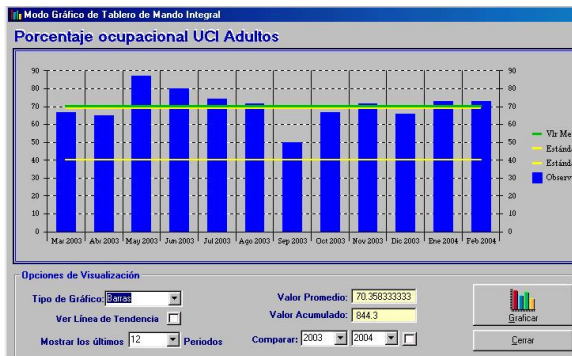
identificar los ciclos con épocas de mayor y menor consumo, tendencia hacia el futuro, aparición de nuevos productos en el mercado o nacimiento de una nueva Unidad Estratégica de Negocios dentro de la Fundación.

El objetivo principal de conocer las cantidades a adquirir consiste en mantener únicamente la cantidad necesaria de medicamentos y demás productos para satisfacer sin problemas las necesidades de los pacientes y de la organización, en otras palabras, sin agotar existencias pero sin tener inventarios excesivos que requieren capital, sufren daños, tienen vencimiento, y costos de almacenamiento. Durante años los administradores hospitalarios han buscado desarrollar programas informáticos para obtener las cantidades ideales de elementos para adquirir, mantener el inventario al más bajo costo y tener un excelente sistema de suministros. Como se mencionó en la etapa de auditoría, el IC acaba de implantar un software desarrollado por FCV. SOFT llamado S.A.M (software de administración médica) que ha permitido grandes avances a pesar de las dificultades⁷⁹. Este programa presenta las siguientes características: Relaciona las ventas directas por paciente, ubicación de activos fijos, anuncia cuando un insumo o medicamento ha llegado a su punto de orden de compra, lleva el kardex de inventario, establece la rotación del mismo, emite órdenes de compra y recibe solicitudes de requisición por parte de las áreas. Es un avance importante aunque se podría mejorar el alcance del programa en los siguientes aspectos: controlar la fecha de vencimiento de los

⁷⁹ Ver 4.1.4 Auditoría interna al proceso de suministros PC-SUM-01

Insumos médico quirúrgicos, y generar gráficos estadísticos con base en el comportamiento histórico del inventario.

El IC ha implementado como nueva política que el inventario en almacén y pisos (para IMQ) debe ser equivalente al consumo de 1 mes (actualmente se compran \$590 millones frente a una meta de \$400 millones) estableciendo cantidades mínimas de stock para cada elemento. El factor más importante en la determinación de cuándo se deben ejecutar nuevas compras es la velocidad a la cual se consumen los elementos. El consumo promedio da esa información en términos de días, semana o mes, pero se debe tener en cuenta que el ritmo de consumo está sujeto a diversas variables: para el IC, las actividades quirúrgicas son las que más IMQ y medicamentos requieren. En ese sentido, las áreas asistenciales que mejor reflejan el ritmo de gastos (de acuerdo a su ocupación) son las Unidades de Cuidados Intensivos “UCI” adultos como pediátrica, pues a ellas llegan pacientes después del proceso quirúrgico y de allí pasan a hospitalización. La gráfica muestra las variaciones en el nivel de ocupación haciendo más difícil aún calcular el ritmo de consumo.



De la misma manera, es importante conocer el tiempo de espera, es decir, el que normalmente demora el producto en llegar desde que se toma la decisión de hacer el pedido, lo entrega el proveedor, los elementos se reciben en el almacén y están disponibles para su uso. Este dato quedaría incompleto sin un análisis de cuántas unidades fueron consumidas durante este periodo de espera, que son diferentes de los niveles mínimos de seguridad (que se deben mantener en inventario y que sirven precisamente para cubrir demoras en la entrega por parte de proveedores, consumo superior al normal, pérdidas, compromisos especiales, etc).

Se entiende por “punto de orden de compra” el número de unidades que están en inventario cuando se hace la orden de compra. Este punto se alcanza cuando las unidades existentes en el inventario son iguales a las cantidades consumidas durante el tiempo de entrega más las cantidades del nivel de seguridad. Si los pedidos de los productos se hacen en el punto de orden de compra, la cantidad del inventario se reducirá (en teoría) al nivel de seguridad para cuando el producto llegue y esté disponible para el consumo, en ese momento el inventario llegará nuevamente a su máximo nivel.

De acuerdo con la auditoría interna de calidad, en la evaluación del numeral de la norma ISO 9001:2000 6.2.2. “Competencia, toma de conciencia y formación” se encontraron las siguientes funciones para el responsable del proceso de compras según el instructivo I-DTH-2019:

- Realizar negociaciones con proveedores de material médico quirúrgico de rotación continua, alto costo, y elementos de papelería, según políticas de la gerencia del IC.
- Hacer seguimiento del proceso de compra de las requisiciones de muebles, equipos de oficina, accesorios y demás activos cuando estén debidamente autorizados según procedimiento.
- Proveer al almacén los IMQ y medicamentos según requerimientos de farmacia y almacén mismo.
- Evaluar, crear el listado y calificar a los proveedores autorizados de IMQ según el procedimiento estipulado en la norma ISO 9001.
- Actualizar listado de proveedores donde se autoriza precios de compra, vigencia y clase del convenio.
- Informar al departamento de contabilidad sobre la forma de pago y descuentos pactados con los proveedores.
- Realizar la adquisición de equipos médicos según aprobación de la gerencia IC: compra directa, contrato (comodato) o préstamo (consignación).
- Organizar y participar en el comité de compras dentro del cual se lleva a cabo la realización de convenios de suministro de IMQ y medicamentos.
- Informar a tesorería y a la subdirección administrativa y financiera SAF, la suspensión de despachos por parte de los proveedores por cartera morosa para que se realice el correspondiente pago.

- Autorizar aumento de consignación de elementos de alto costo según necesidades manifestadas por las dependencias responsables del gasto.
- Dar visto bueno a las facturas correspondientes de todas las compras realizadas en el departamento.
- Realizar el trámite de importación según requerimientos de la gerencia IC y llevar a cabo la correspondiente legalización en el departamento de contabilidad.
- Realizar mensualmente reuniones de grupo primario y llevar las actas respectivas.
- Mantener informado al personal sobre proyectos, directrices y demás información suministrada por las directivas de la FCV.
- Preparar los planes de acción y presentar los informes de gestión del área a cargo.
- Sugerir a FCV. SOFT las modificaciones que se requieran hacer a los sistemas de información implementados en el área con el fin de mejorar la eficiencia y seguridad del mismo.
- Todas las demás que le asigne la gerencia del IC.

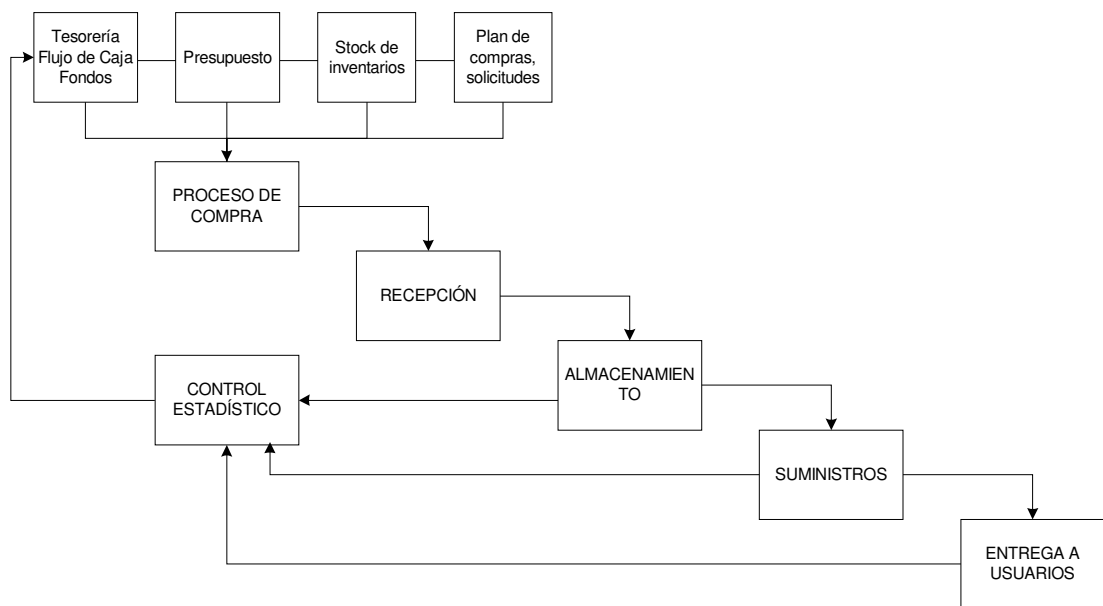
Como un complemento a lo anterior se presentan de forma esquemática las siguientes funciones, con un criterio más amplio y genérico:

- Proyectar las condiciones del mercado, la abundancia o escasez de elementos y demás comportamientos de los proveedores.
- Coordinar con la Subdirección Administrativa y Financiera y con la oficina de asesoría jurídica, la revisión de los contratos de compras.
- Conocer las instalaciones de los proveedores cuando sea necesario.
- Establecer estándares de negociación para contratar la adquisición de medicamentos, insumos y activos bajo los mismos criterios buscando siempre transparencia en el proceso.
- Hacer las compras al más bajo precio, en concordancia con los estándares de calidad establecidos por el comité de compras, y tiempos de entrega, haciendo el mejor uso de los descuentos.
- Seguir las indicaciones del comité de farmacia en cuanto a la escogencia de los proveedores de medicamentos.

Tal como se evidenció en la auditoría del proceso, éste tiene definidos claramente los procedimientos e instructivos necesarios que describen ampliamente las actividades necesarias para llevar a cabo una gestión eficiente de compras, evitando improvisaciones o decisiones conceptuales distintas para cada ocasión. No obstante, no basta la formación académica o técnica apropiada por parte de los responsables del proceso, es importante que se mantenga una programación de cursos y seminarios sobre el tema⁸⁰ con el fin de evaluar y mejorar el propio trabajo, buscar la participación y la autoevaluación manteniendo actualizado al personal con las últimas técnicas administrativas e informáticas que hagan el proceso más competitivo y eficiente.

Los procedimientos de compras y suministros una vez llevados a cabo constituyen todo un proceso que al repetirse constantemente se podría llamar el CICLO de adquisiciones y suministros tal como se explica con el siguiente esquema (véase Figura 20)

Figura 16 Ciclo de adquisiciones y suministros



Los criterios de selección de proveedores deben permitir realizar una comparación objetiva entre los diversos oferentes de un mismo producto. En este sentido, son los

⁸⁰ Ver Observaciones de la Auditoría al proceso de desarrollo del talento humano PC-DTH-01. capítulo 4.1.2.

instructivos de calificación de proveedores de IMQ I-COM-2501 y de calificación de proveedores de medicamentos I-COM-2507 los que definen los requisitos.

Para el caso de los **Insumos Médico Quirúrgicos**, luego del procedimiento de selección del listado de aprobados (en donde se evidencian aspectos legales, naturaleza del proveedor, portafolio de servicios, experiencia y condiciones comerciales) se tiene diseñada una calificación de tipo cuantitativa con una escala de 0 a 100 puntos, que tiene dos dimensiones:

- a) Calidad del Producto (Ponderación: 60%)
- b) Cumplimiento en la entrega (Ponderación: 40%)

En la calidad del producto se evalúan aspectos como la funcionalidad del producto (que realmente cumpla con las especificaciones ofrecidas por el proveedor para su uso, de acuerdo con el porcentaje de defectuosos reportado por los servicios), la fecha de vencimiento, y las condiciones del empaque.

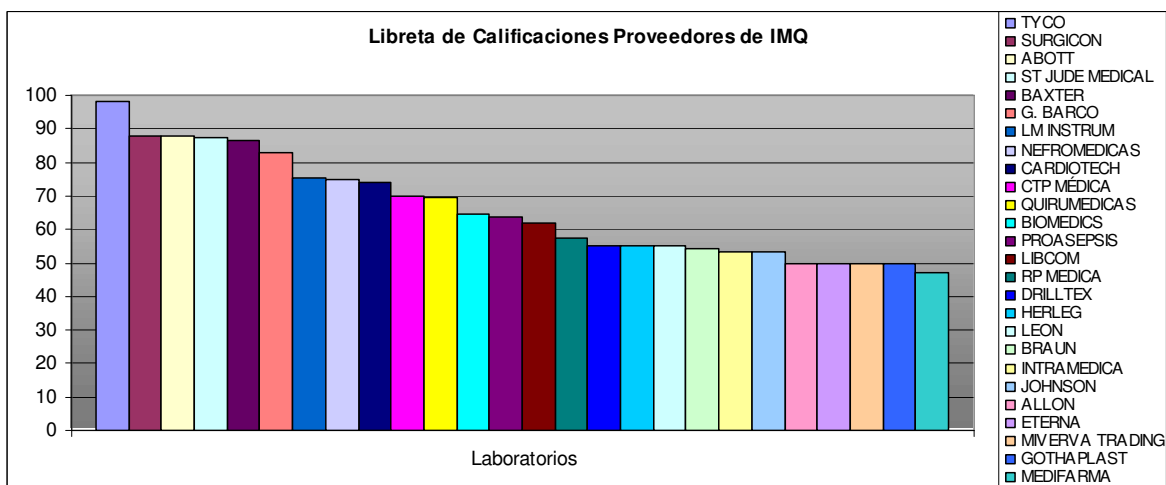
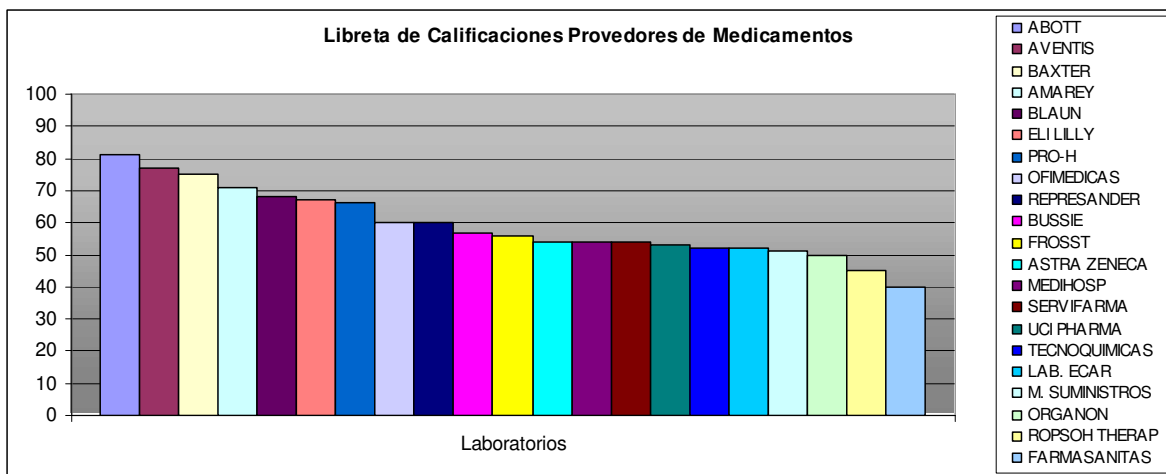
En referencia al cumplimiento de la entrega se realiza con la lista de chequeo R-SUM-2148 que evalúa los aspectos como cumplimiento en el tiempo de despacho, exactitud del producto, cantidad y precio especificados por la orden de compra y la factura.

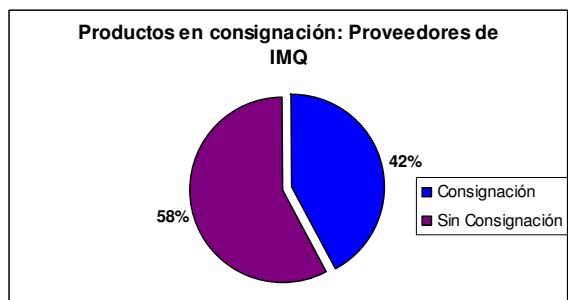
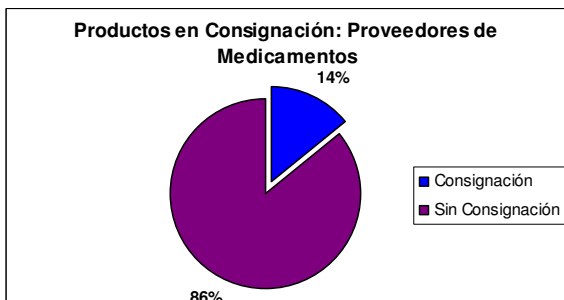
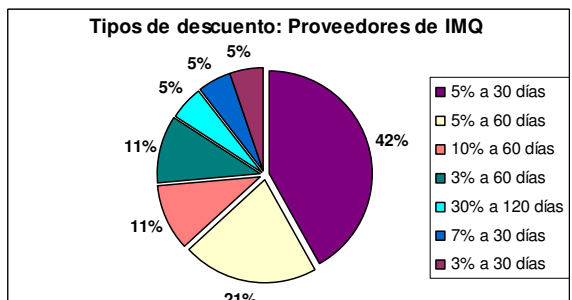
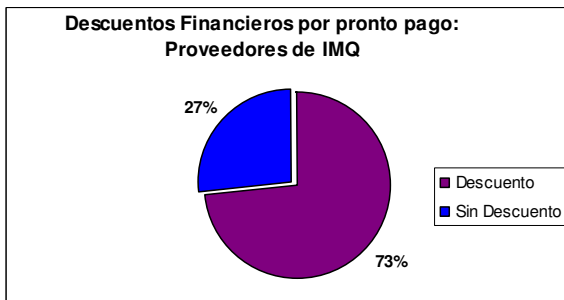
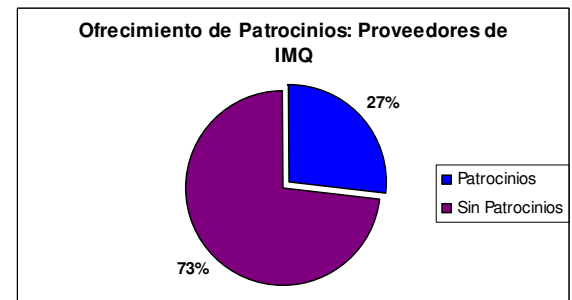
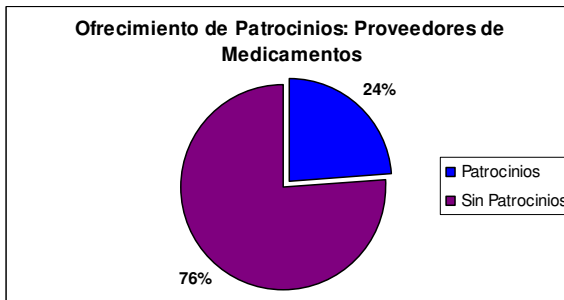
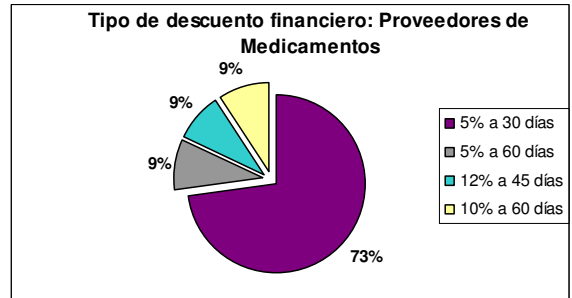
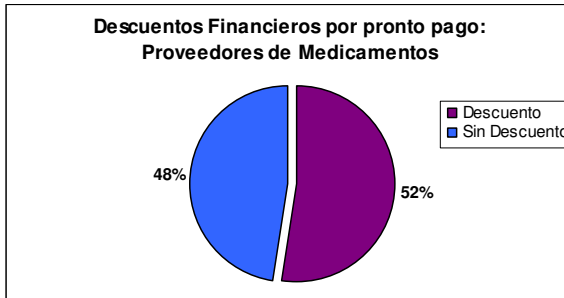
Para el caso de los **Medicamentos**, el procedimiento de selección para generar la lista de aprobados mide aspectos legales, certificados INVIMA, certificados de calidad del producto, referencias comerciales, tiempo de despacho y años de experiencia.

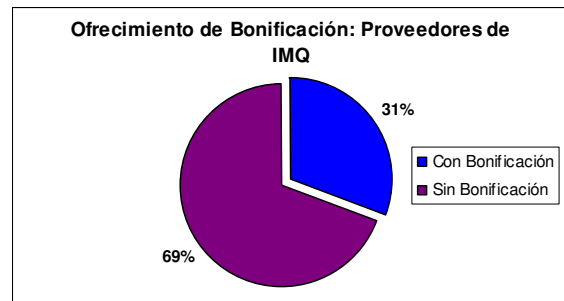
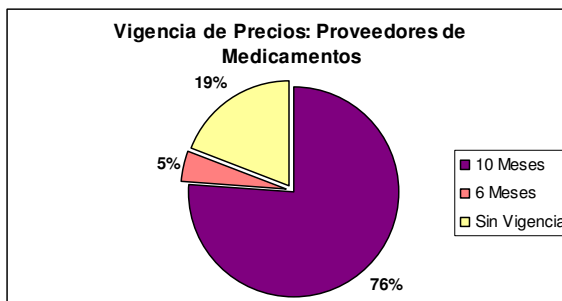
Sin embargo, el I-COM-2507 que define los requisitos de calificación no cuenta con las dos dimensiones utilizadas en IMQ. El único criterio utilizado en Farmacia (área responsable de la evaluación) mide la calidad en la recepción y entrega del medicamento, midiendo aspectos (en una escala de 0 a 100) como el cumplimiento en el tiempo de entrega (30 puntos), cantidades recibidas (30 puntos), orden de compra completa (20 puntos), precio (10 puntos), documentos relacionados (5 puntos) y fecha de vencimiento (5 puntos). Una oportunidad de mejoramiento se encuentra en el hecho de incluir como criterio el desempeño farmacéutico del medicamento, es decir, su eficacia, con base en los reportes generados por los médicos en sus intervenciones clínicas. De hecho, por ser un tema de alta sensibilidad el gobierno nacional a través del INVIMA cuenta con el

“Formato de eventos de origen adverso a medicamentos” cuyo fin es detectar todas las posibles anomalías de un medicamento. Para la fecha de este proyecto se había pasado una solicitud de cambios al proceso a la oficina de Planeación y Calidad para que fuera Almacén y no Farmacia el área encargada de la evaluación de la calidad en la recepción y entrega del medicamento. Por razones de conocimiento científico se aconseja seguir manteniendo la responsabilidad del manejo de medicamentos al área de farmacia.

La libreta de calificaciones del proveedor debe ser presentada de manera gráfica para un mejor y más rápido entendimiento de las tendencias por parte de la gerencia del IC como de los proveedores. La propuesta específica de mejora puede verse así:







Sólo de esta manera la gerencia del IC puede realizar un seguimiento a la gestión del área de compras, y con base en la tendencia mostrada por las gráficas (los datos se deben comenzar a calcular anualmente ya que es la vigencia de los convenios, obteniendo información como la mediana de la calificación, la desviación, etc) tomar las decisiones pertinentes en lo relacionado con los proveedores. Hay que facilitar el acceso a la información en la medida de lo posible.

En relación a la tercerización de actividades cada día se impone mas la conveniencia de contratar servicios que anteriormente formaban parte del día a día hospitalario. Actividades como alimentación, seguros, aseo, seguridad, contabilidad, sistemas, mantenimiento, etc., son contratadas con compañías cuyo “core business”⁸¹ en las áreas anteriormente mencionadas garantizan especialización, independencia, calidad y competitividad. El IC no ha sido ajeno al fenómeno de “compra de servicios” y tiene subcontratado con compañías especializadas los servicios de vigilancia, lavandería, incineración, aseo, oxígeno y servicio de laboratorios (clínico, rayos X, etc.). Esta nueva tendencia tiene un gran impacto en el cliente y el desempeño de la organización porque el aspecto más relevante en la compra de servicios es lograr obtener lo que se desea, lo contrario significa pagar lo pactado pero recibir muy poco. Es interesante aconsejar que el departamento de compras del IC sea el responsable de este tipo de adquisiciones, ya que requiere un esfuerzo de contratación distinto, y es conveniente centralizar, con el objeto de ejercer un mayor control, todas las compras del IC. Debe ser política del proceso, que absolutamente todas las compras, de productos o de servicios, sean realizadas bajo los procedimientos establecidos por el departamento de compras.

⁸¹ Término empresarial en inglés, que significa: negocio central.

Es conveniente que los almacenes formen parte integral o funcional del proceso de

FUNCIONES PRINCIPALES DEL ALMACÉN
<ul style="list-style-type: none">• Inspección y recepción de las compras• Almacenamiento y Custodia• Estadísticas de consumo• Despacho de suministros• Solicitud de compras según los niveles de existencias.

gestión integral de compras, en vista de que existe una relación estrecha entre inventarios en existencia, compras, almacenamiento, suministros y requerimientos de necesidades.

Uno de los aspectos más importantes del almacén está relacionado con la inspección y recepción cuya finalidad concuerda con los objetivos del proceso de compras y suministros: recibir la cantidad correcta, con la adecuada calidad, en el tiempo correcto, con el costo total correcto. El registro R-SUM-2148 evalúa convenientemente estos elementos. Los responsables del almacén deben tener muy claro que una vez los elementos se reciben, entran a formar parte del inventario del IC, es decir, son de su propiedad, y es una de las razones para crear el indicador “tiempo de realización de la orden de IMQ y activos fijos”.

El almacén debe tener equipos apropiados como básculas precisas para las entregas que deben ser pesadas, termómetros que verifiquen la temperatura de los elementos que vienen refrigerados. Las instalaciones deben ser amplias, seguras, con suficiente espacio para descargue, ventilación, iluminación. Se debe comprar un aire acondicionado para el almacén pues las temperaturas presentadas diariamente superan los 30 grados

5.5.3.1 Nuevas Metodologías de Compra: Merece un análisis especial la actividad de proceso de compra en cuanto a las maneras de adquisición de insumos. Existen en el mundo empresarial diversas formas de adquirir la materia prima a los proveedores: negociación directa, licitaciones públicas, licitaciones privadas y las subastas. Esta última se define como un “sistema para adjudicar los contratos a los particulares que ofrecen las condiciones económicas mas favorables”⁸²

Existen diversos tipos de subastas de acuerdo con su metodología:

⁸² Gran Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse. Ciudad de México 1999

CLASES DE SUBASTA	CONCEPTO
Subastas Inversas o Directas	Cuando se desea que la variable involucrada disminuya (compras) o aumente (ventas).
Inglesa	Cuando el oferente debe mejorar la mejor oferta del momento para poder publicar su propia oferta.
Estándar	Cuando el oferente sólo debe mejorar su propia oferta para poder publicar otra.
Selladas	Cuando los oferentes no pueden ver las ofertas de los demás. Puede regirse por las reglas tanto de la subasta estándar como de la inglesa
Multivariantes	Negociaciones basadas en el concepto de costo total. El oferente ingresa más de una variable para hallar, mediante un modelo, el monto de su oferta

El planeta ha cambiado sustancialmente gracias a las nuevas tecnologías de información. De hecho, todos los sectores se han visto influenciados por la consolidación de herramientas de comunicación como el Internet, el correo electrónico, las videoconferencias en tiempo real, etc.

En este sentido, es conveniente explorar nuevas formas de adquisición de insumos médico-quirúrgicos y medicamentos cuyo fin sea el de obtener la mejor relación beneficio-costos pues gran parte del éxito de la gestión del proceso de compras y suministros radica, en la capacidad de negociación que tiene la organización representada en el responsable del proceso. En otras palabras, (tal como se explicó anteriormente) parte de la rentabilidad del IC se basa en los términos de negociación que se adopten con los proveedores.

Dentro de las nuevas formas de negociación existe una variación que sobresale por su crecimiento y simplicidad: la llamada subasta electrónica, que es una negociación dinámica en línea, en la cual se hace, en tiempo real, gestión de compras para las empresas de la siguiente manera: los proveedores entran a una plataforma (similar a un website) con su nombre de usuario y contraseña, a iniciar el proceso de negociación mediante una puja en la cual cada uno presenta su mejor oferta y el otro observa el precio actual de la subasta pero no sabrá de quien son las ofertas, forzando, por las fuerzas del mercado a que el otro en tiempos cortos reaccione a plantar una mejor oferta. Este proceso de subasta electrónica es una forma novedosa de optimizar el resultado y el

proceso de las negociaciones de cualquier tipo de contrato con proveedores o contratistas (materias primas, bienes indirectos o servicios) con la ventaja de no requerir la presencia física de los interesados para efectuar el proceso.

Esta metodología le permitirá al IC alcanzar objetivos deseados en su proceso de gestión de compras:

- Obtener la mejor oferta que el mercado pueda generar, en términos de precio, servicio, tiempo de entrega, etc.
- Trasladar el poder de negociación del vendedor (fabricante, distribuidor, representante) al Instituto del Corazón.
- Tener acceso económico a un mayor número de proveedores. (Pueden entrar a competir organizaciones de todo el país.)
- Reducir los tiempos y costos de negociación con proveedores (de semanas a horas).
- Garantizar la transparencia en las transacciones de compras.

De hecho, este mecanismo intenta reducir la influencia de los factores exógenos que afectan el proceso. Las subastas electrónicas tienen condiciones específicas que garantizan un proceso libre de suspicacias porque todos los actores se convierten en auditores entre sí. Entre las características más frecuentes para garantizar los objetivos anteriores se destacan:

El precio de arranque, que es el precio establecido para arranque de la subasta y por encima el cual no habrá ofertas por parte de ningún proveedor. En el mismo sentido, las subastas electrónicas también poseen el llamado “Mínimo cambio” que consiste en el mínimo salto que debe bajar un oferente para superar a otro (no valdría la pena mejorar ofertas por cantidades irrisorias) y en casos específicos el IC podría imponer a su vez, el “precio de reserva” que los proveedores no conocen y que sirve para declarar desierta una subasta cuando no se cumplen las expectativas de ofertas del comprador. Como se explicó anteriormente, es el comprador quien decide las condiciones para su proceso de negociación buscando las mismas reglas para todos. Los proveedores obtienen grandes beneficios igualmente pues las subastas poseen características que permiten a todos negociar abiertamente como por ejemplo: la duración de la subasta puede tener la “auto

extensión” que consiste en programar la subasta para que si alguien propone una oferta en los últimos X minutos, ésta se alargue nuevamente X minutos (para evitar sabotajes de proveedores que ofrecen en el ultimo minuto), o el hecho de que todos los participantes del proceso pueden ver en tiempo real como va el precio y de acuerdo a su oferta actual que posición ocupan en la disputa (sin conocer la identidad de los otros competidores).

En Colombia muchas empresas han aplicado el concepto con resultados sorprendentes⁸³, se destacan estatales como Ecopetrol, químicas como BASF, de consumo masivo como Maizena, del sector editorial como Carvajal, servicios como Porvenir y en el sector salud el Hospital Universitario San Ignacio de Loyola de la ciudad de Bogotá también ha comprado a proveedores utilizando plataformas de subasta electrónica, este último ejemplo es muy valioso pues se puede realizar una visita de referenciación competitiva para evaluar el impacto que ha tenido en clínicas y hospitales. Por todas estas razones, y siguiendo las políticas de calidad de la FCV en el sentido de liderar la gestión del sector salud, que se encuentra una clara oportunidad de mejoramiento del proceso de compras y suministros del IC para comenzar a explorar la nueva metodología.

Pese a lo anterior, las compañías que han ejecutado esta modalidad de negociación también han encontrado algunas desventajas del esquema y se podrían resumir en las siguientes:

- a) Sólo aplica para mercados con varios proveedores (ciertos insumos médico-quirúrgicos como los “*balones de contrapulsación*” o las “*cánulas de cirugía extracorpórea*” o medicamentos como la “*inmunoglobulina pentaglobín*” solo se pueden comprar a través de negociaciones directas porque sólo hay un oferente en el mercado).
- b) El proceso es considerado impersonal y en algunos proveedores ha generado susceptibilidades.
- c) Se requieren equipos de cómputo de especificaciones, que sin ser de alto desempeño, si deben ser estar por encima del estándar del sector.

⁸³ Las empresas han aplicado han obtenido ahorros en las compras y contrataciones de aproximadamente entre el 5 y el 15% del valor del contrato negociado. Fuente: ServiceUno.

- d) Por su naturaleza en tiempo real online, la negociación puede fracasar si los sistemas de comunicación son inestables y presentan frecuentes desconexiones, especialmente para proveedores pequeños que participan en la puja.

En el caso específico de que el Instituto del Corazón desee explorar este nuevo mecanismo con el ánimo de obtener las ventajas anteriormente descritas, es procedente especificar ciertas condiciones de implementación que deben ser tenidas en cuenta por el responsable del PC-COM-01:

- a) **Definir el arrendador de la plataforma:** Por ser una metodología novedosa basada en tecnologías de información, se debe escoger un aliado estratégico que se encargará del diseño, montaje e implementación de la plataforma. Normalmente tiene un costo y es calculado como un porcentaje del ahorro obtenido por la compañía.
- b) **Estrategia de negociación:** Especificar el bien a negociar, definir toda la estrategia de subasta electrónica, lo que incluye las variables relevantes, tipo de subasta a utilizar (inversa o directa: generalmente en compras es inversa para los precios pero directa si gana el que más puntos obtenga), duración de la subasta (tiempo fijo, auto extensión, etc.), evaluación y validación de proveedores, etc.
- c) **Definir requerimientos de servicios:** Es la guía donde están consignados todos los detalles de la negociación y los requerimientos del que contrata la subasta. Esto incluye las especificaciones técnicas, de servicio, entregas, en otras palabras, el equivalente al pliego de condiciones de una licitación.
- d) **Entrenamiento de proveedores:** Se debe impartir un entrenamiento a los oferentes en el uso de la herramienta de subastas electrónicas y cualquier otra herramienta tecnológica que se use durante la negociación.
- e) **Análisis de resultados:** Una vez finalizado el proceso se debe efectuar un análisis (incluyendo retroalimentación de los participantes) por escrito en donde se reporte lo acontecido durante el proceso, estudiando a profundidad los resultados obtenidos y las conclusiones.

5.5.4 Mejoras Generales al Proceso de Auditoría Médica Interna y Diseño de Vías Clínicas PC-GERIC-01 y PC-GERIC-02: Para el caso de la auditoría interna de calidad efectuada a los procesos de diseño, validación, desarrollo y seguimiento de vías clínicas y auditoría médica interna, es conveniente proponer la fusión del mismo en búsqueda de un mayor control y flexibilización del Sistema de Gestión de la Calidad. El hecho relevante para proponer el cambio está basado en la responsabilidad de ambos procesos recae sobre la misma persona: el auditor médico interno. Adicionalmente, la gestión de ambos procesos está relacionada puesto que el cumplimiento a las vías clínicas facilitará el trabajo de la auditoría médica.

En el mismo sentido, las mejoras propuestas al nuevo proceso fusionado se refieren exclusivamente a las oportunidades detectadas en el ámbito administrativo o de gestión debido a la naturaleza del tema en el diseño como tal de la vía clínica o la emisión de juicios de valor sobre la pertinencia de las decisiones médicas.

Es útil mostrar la diferencia existente entre la auditoría médica y la auditoría clínica. El primer concepto se refiere al proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica, con base en el análisis crítico de la historia clínica cuya finalidad principal es controlar la calidad de la atención de salud. El segundo concepto se refiere al proceso de evaluación retrospectiva que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado, en cuanto a la estructura, proceso y resultado. Se puede decir que la auditoría clínica es mucho más amplia, porque busca diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantías de calidad, establecer los criterios de evaluación de los hospitales, diseñar los estándares de calidad y evaluar la eficiencia y eficacia de la administración hospitalaria. En cambio, la auditoría médica busca esencialmente, evaluar la calidad de las historias clínicas, la calidad de la atención de acuerdo a protocolos establecidos, y lograr el uso racional de los medicamentos.

La auditoría médica tiene igualmente, ciertas características: es objetiva, documental, planeada, confidencial, permanente, participativa, flexible y debe ser realizada por profesionales de amplio conocimiento y experiencia.

Objetiva: La auditoría médica debe corresponder a hechos reales contenidos en la historia clínica del caso sometido a su análisis.

Documentada: El análisis y evaluación que realiza la auditoría se refieren exclusivamente sobre documentos que proporcionan la información sobre la atención en salud, en consecuencia, se debe aplicar el método de análisis documental.

Planeada: Porque se persiguen unos objetivos y se prevén unos aspectos concretos a analizar, que obedecen a una política institucional y a un programa para ejecutar en el tiempo que requiere una asignación determinada de recursos.

Confidencial: Los resultados que se obtengan de la auditoría médica son reservados, únicamente podrán conocerlos el director de la organización, el médico y las personas directamente relacionados con el caso.

Permanente: La auditoría médica debe ser una actividad continua y parte integrante de los planes y programas institucionales.

Participativa: en el sentido de que en la discusión de los datos y los resultados deben hacer parte, por lo menos, las personas implicadas en el caso. Si fuere necesario, también podrían participar en este análisis y discusión los profesionales interdisciplinarios que se considere puedan aportar conocimientos y experiencia para un mejor estudio del caso. Además, el auditor puede asesorarse de especialistas en los diferentes puntos objeto de auditaje.

Dentro de las funciones del auditor médico interno del Instituto del Corazón se encuentran las señaladas en el I-DTH-2059:

- Plantear, organizar, dirigir y controlar las actividades y recursos del área de auditoría médica interna.
- Promover, implantar e impulsar una cultura de gestión de la calidad y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Promover políticas y normas relacionadas con la gestión de la calidad y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema de Seguridad Social de Salud.
- Coordinar las actividades para la evaluación de la calidad de los recursos.
- Velar por la acreditación de los servicios de la institución.
- Mantener y mejorar el sistema general de seguridad social en salud.
- Promover programas de capacitación en gestión de la calidad y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Planificar y controlar las actividades o mecanismos para la evaluación de la calidad de los servicios.
- Coordinar y controlar las actividades de monitoría del proceso de atención
- Mantener informado al personal sobre proyectos políticas y demás información suministrada por las directivas de la fundación.
- Realizar mensualmente reuniones de grupo primario.
- Preparar los planes de acción y presentar informes de gestión del área a cargo.
- Todas las demás actividades que se le asignen por la dirección ejecutiva.

Es conveniente entonces, proponer una ampliación de las funciones con el ánimo de enfocar la gestión hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Las nuevas funciones se describen a continuación:

- Coordinar las actividades para el diseño, costeo, implementación, seguimiento y planes de mejoramiento de vías clínicas y protocolos.
- Velar por el cumplimiento de los protocolos y vías clínicas, elevando la pertinencia médica.
- Promover políticas para la satisfacción del cliente interno.
- Velar por el cumplimiento de los deberes y derechos del cliente externo garantizando excelencia en el servicio prestado.
- Sugerir a FCV SOFT las modificaciones que se requieren hacer a los sistemas de información implementados para el área a su cargo con el fin de mejorar la eficiencia y seguridad del mismo.

Estas funciones llevan a la conclusión de que la auditoría médica debe ser realizada por pares, es decir por médicos que tengan un suficiente entrenamiento clínico como para detectar errores, faltas éticas o excesos de procedimientos. Adicionalmente, el auditor médico debe tener capacidad de negociación pues va a estar en contacto directo con otros auditores médicos de las aseguradoras. En este aspecto, el mejoramiento del proceso se enfrenta a una situación explicada en la introducción: la difícil relación entre IPS y EPS que se materializa en las auditorías concurrentes. Aunque la autonomía del médico especialista no es absoluta y puede cuestionarse, no puede el auditor externo cohonestar un excesivo ánimo de lucro, comprometiéndose a recibir porcentajes por un número predeterminado de glosas, que desvirtúan la esencia de la auditoría, que debe ir tras una mejor calidad y costo-efectividad. Por parte de la IPS no se deben hacer gastos innecesarios, pero tampoco se deben poner techos a los procedimientos, pues eso podría reducir la actuación del médico, lo que a su vez podría poner en riesgo la vida del paciente.

De acuerdo al diagnóstico hecho en la auditoría interna, la principal propuesta de mejoramiento del proceso de auditoría médica y diseño de vías clínicas está en el acercamiento con el proceso de facturación con el ánimo de evitar las glosas en las facturas. Como se mencionó anteriormente, no puede convertirse en práctica generalizada los pequeños errores en la facturación con el ánimo de obtener mayores recursos. De un adecuado trabajo en equipo depende el éxito de la gestión de ambos procesos. Sin embargo, la responsabilidad de la actuación recae en este caso, en el proceso de facturación pero los resultados miden la gestión del proceso de auditoría. Es un aspecto sensible que puede ser definido con base en las políticas establecidas por la dirección ejecutiva.

6. CONCLUSIONES

- Por medio de las auditorías internas de calidad –y sus actividades complementarias- efectuadas a los procesos de apoyo se logró elaborar un completo diagnóstico que evidenció los puntos críticos y las oportunidades de mejoramiento permitiendo a los responsables de cada proceso tener un punto de partida hacia el cumplimiento de las políticas de calidad.
- La evaluación con base en la percepción del cliente interno, utilizando la metodología contenida en la norma ISO 9004 brinda una valiosa información sobre el impacto del sistema de gestión de calidad dando a conocer fortalezas y debilidades de la organización para formular acciones específicas de mejoramiento.
- Los resultados obtenidos en la identificación de los costos de la No Calidad de los procesos de apoyo permitirán a la organización el inicio de un programa formal de seguimiento a dichos costos logrando en un futuro cuantificar financieramente el impacto del Sistema de Gestión de Calidad.
- Las mejoras realizadas a la disposición de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad permiten a los colaboradores un acceso más ágil dentro de una interfaz más amigable logrando facilitar el entendimiento del enfoque basado en procesos y el papel de cada proceso dentro del desempeño de la organización.
- La revalidación de los atributos de calidad en la prestación de los servicios y el diseño y construcción de los nuevos cuestionarios para el seguimiento de la percepción del cliente paciente, son una herramienta de gran utilidad por ser un proceso continuo de crecimiento y búsqueda, que fortalece la razón de ser de la institución y adicionalmente conlleva beneficios para los pacientes, y para los médicos y

enfermeras en el desarrollo de su ejercicio profesional alineando las estrategias hacia el objetivo básico del Sistema de Gestión de Calidad: exceder las expectativas de los clientes.

- Los nuevos indicadores propuestos para la gestión de los procesos auditados brindan mayor objetividad y permiten la obtención de información importante para el análisis, seguimiento y control de las actividades críticas, actuando como soporte para la toma de decisiones de los responsables y generando espacios dentro de los grupos primarios sobre la relevancia de lo que se mide.
- La metodología basada en el ciclo de mejoramiento Deming PHVA, se constituye en la columna conceptual de toda la estrategia para el logro de los objetivos estratégicos. Aparte de ser altamente beneficioso, es también estimulante poder explicar la aplicación de la misma a colaboradores que por su formación no necesariamente la conocen, logrando que hoy en día se maneje con propiedad; desplegando los conceptos en la gestión de la institución.
- La capacitación dada por la organización como auditor interno de calidad y el cumplimiento de las funciones asignadas permitieron participar en las mejoras al proceso de auditorías internas haciendo énfasis en la objetividad, la rigurosidad en el análisis, la aplicación del enfoque PHVA y una excelente preparación de la temática como factores claves de éxito.
- La participación activa en la gestión de una empresa en pleno crecimiento, líder en su sector, donde por convicción propia se cree en el direccionamiento estratégico y en la implementación de modelos de excelencia es una experiencia invaluable que ha hecho crecer personal y profesionalmente al autor de este proyecto. La coherencia conceptual entre la formación académica y el mundo empresarial y la perspectiva que se obtiene al comparar estas dos dimensiones brindan herramientas únicas para el desarrollo de la institución y del estudiante.

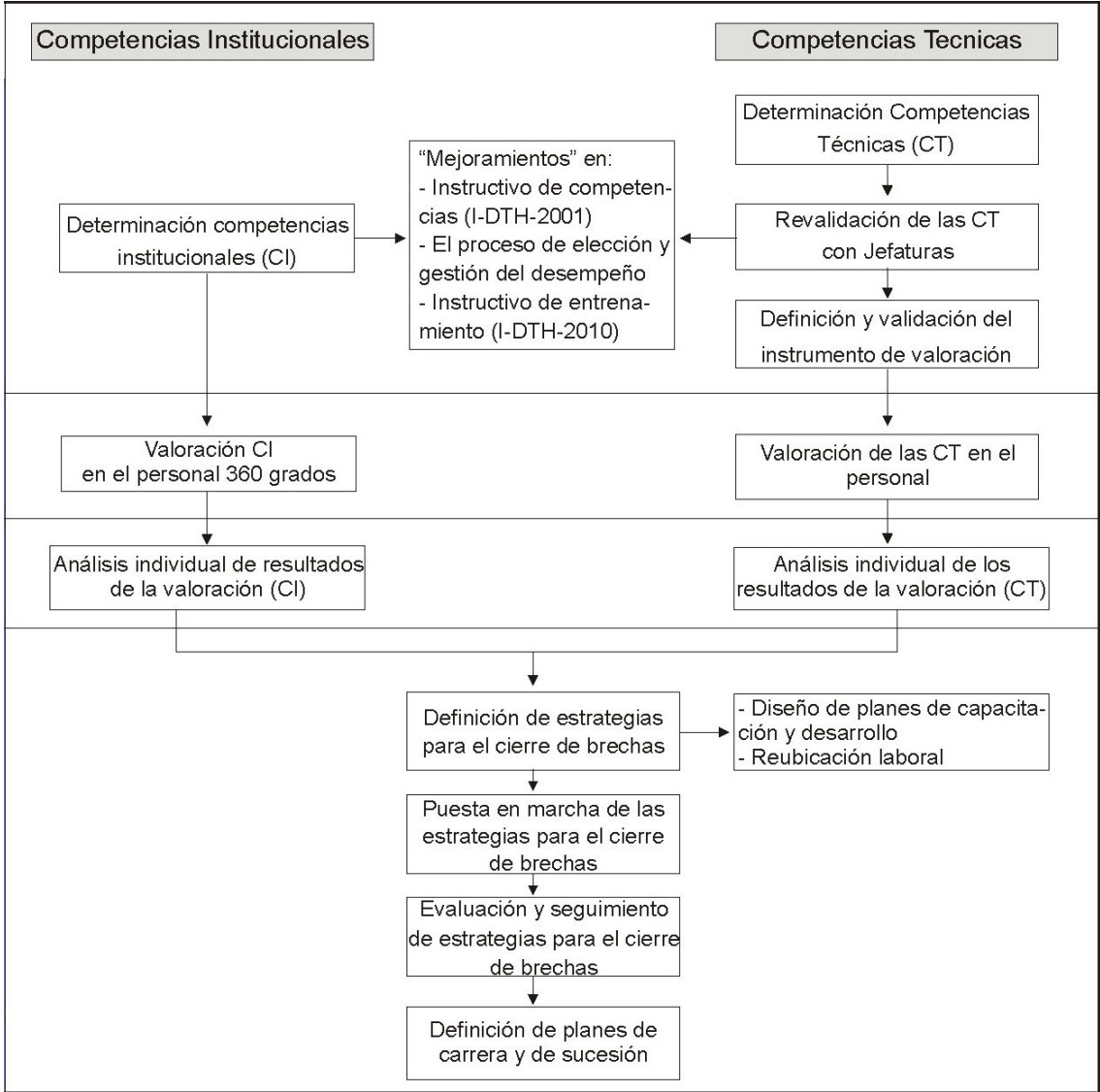
ANEXO 2 CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD FCV

CRONOGRAMA AUDITORÍAS INTERNAS PRIMER SEMESTRE 2004
FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE COLOMBIANO

El presente cronograma muestra el calendario de las auditorías internas de calidad de la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano, para el primer semestre del 2004.

Área	Enero					Febrero					Marzo					Abril					Mayo					Junio									
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Administración																																			
Atención al Cliente																																			
Atención al Paciente																																			
Atención al Personal																																			
Atención al Proveedor																																			
Atención al Sistema																																			
Atención al Usuario																																			
Atención al Voluntario																																			
Atención al Comité																																			
Atención al Comité de Ética																																			
Atención al Comité de Vigilancia																																			
Atención al Comité de Seguimiento																																			
Atención al Comité de Evaluación																																			
Atención al Comité de Control																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)																																			
Atención al Comité de Seguimiento y Control de la Calidad (Continúa)								</																											

ANEXO 3 MODELO DE GESTIÓN HUMANA POR COMPETENCIAS INSTITUTO DEL CORAZÓN



ANEXO 4 FORMATO DE ENCUESTA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN:

- El ejercicio motiva la autoevaluación del sistema, permitiendo cuantificar la evaluación y establecer metas de mejoramiento. Además brinda un espacio para la identificación de oportunidades de mejora.
- El ejercicio busca conocer la opinión de los colaboradores con respecto al impacto del Sistema de Calidad, siendo esta un insumo valioso para el mejoramiento de la calidad de nuestra institución.
- Tiene en cuenta el vínculo entre Calidad y Costos, evaluando la gestión por el Costo de la No Calidad y la concientización del personal por la optimización de recursos económicos y la gestión de los recursos financieros en términos de su planificación, asignación, control y seguimiento.
- Evalúa la gestión por la optimización de los recursos naturales.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas que inicialmente buscan medir la gestión de la oficina de calidad (preguntas sombreadas) de acuerdo a su propia experiencia y posteriormente una serie de preguntas que buscan medir la percepción personal sobre el Sistema de Calidad del Instituto del Corazón.

La evaluación corresponde a una escala ordinal donde **5** corresponde al máximo puntaje asignado al aspecto en evaluación por presentarse Alta evidencia del mismo en la organización y **1** corresponde al mínimo puntaje asignado por presentarse Baja evidencia del aspecto en la organización. Agradecemos el tiempo dedicado para responder esta encuesta, para nosotros su opinión es muy importante en la consolidación de una auténtica cultura de calidad al interior del Instituto del Corazón, cualquier inquietud no dude en preguntarle a su auditor interno.

Pregunta Abierta:

¿Cuáles considera usted que han sido tres beneficios del sistema de gestión de la calidad al interior de su proceso y/o en el Instituto del Corazón?

Numeral ISO 9004	Aspecto a Evaluar	1	2	3	4	5
5.5	Actitud de Apoyo por parte de la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad					
5.5	Calidad de las actividades académicas lideradas por la Oficina (entre las cuales están: Talleres PHVA, Planeación Estratégica, Manejo de Grupos Primarios...)					
4.2	Practicidad del Proceso para el control de cambios a la documentación					
4.2	Disponibilidad de los documentos y registros, para apoyar la operación eficaz y eficiente.					
8.4	Funcionalidad del Software de gerencia de Indicadores (Tablero de Mando)					
8.2	Calidad de las observaciones recibidas por la Auditoría Interna					
8.2	Cumplimiento al cronograma de auditorías Internas					
5.1	Liderazgo, compromiso y participación de la Alta Dirección el Sistema de Gestión Integral de Calidad					
5.2	Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes					
5.2	Gestión de la Alta Dirección en relación al desarrollo del conocimiento y mejora de las competencias del personal					

5.3	Compromiso del personal hacia el cumplimiento de las políticas de calidad					
5.4	Manera en que los objetivos de calidad traducen las políticas en metas medibles					
5.4	Compromiso del personal hacia el logro de los objetivos de calidad					
5.4	Gestión de los recursos necesarios para cumplir los objetivos, en términos de cantidad y oportunidad, por parte de la Alta Dirección					
5.5	Gestión de la comunicación de las responsabilidades al personal de la organización					
6.2	Promoción de la participación y el apoyo del personal hacia actividades de mejora					
6.2	Aseguramiento por parte de la Alta Dirección de que el nivel de competencia de cada individuo es el adecuado a las necesidades actuales y futuras					
6.3	Consideración por parte de la Alta Dirección, de los aspectos medioambientales asociados con la infraestructura					
6.4	Gestión por parte de la Alta Dirección, por la promoción de un ambiente laboral motivador y satisfactorio, que promueva el desarrollo del desempeño del personal en la organización					
6.5	Manejo interno de la información, de tal forma que esté disponible para la toma de decisiones basada en hechos y datos					
6.6 *	Promoción de alianzas de negocios con los proveedores					
6.6 *	Identificación de oportunidades de mejoramiento y el desarrollo de una estrategia conjunta con los proveedores					
6.7	Gestión por el uso óptimo de los recursos naturales					
6.8	Gestión por parte de la Alta Dirección de los recursos financieros para mantener el sistema efectivo y eficiente, en términos de su planificación, asignación, control y seguimiento					
6.8	Nivel de concientización del personal acerca del vínculo entre calidad y costos					
6.8	Control y seguimiento al Costo de la No Calidad					
7.1	Aplicación del enfoque basado en procesos y la interacción de los mismos, en pro de una operación eficaz y eficiente					
8.4	Análisis de los datos para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan el desempeño de la organización					
8.5	Utilización de las acciones correctivas para evaluar y eliminar los problemas registrados que afectan el desempeño de la organización					
8.5	Utilización de las acciones preventivas para la prevención de pérdidas, productos o servicios no conformes e inconformidades de las partes interesadas					
PUNTAJE PROMEDIO FINAL						

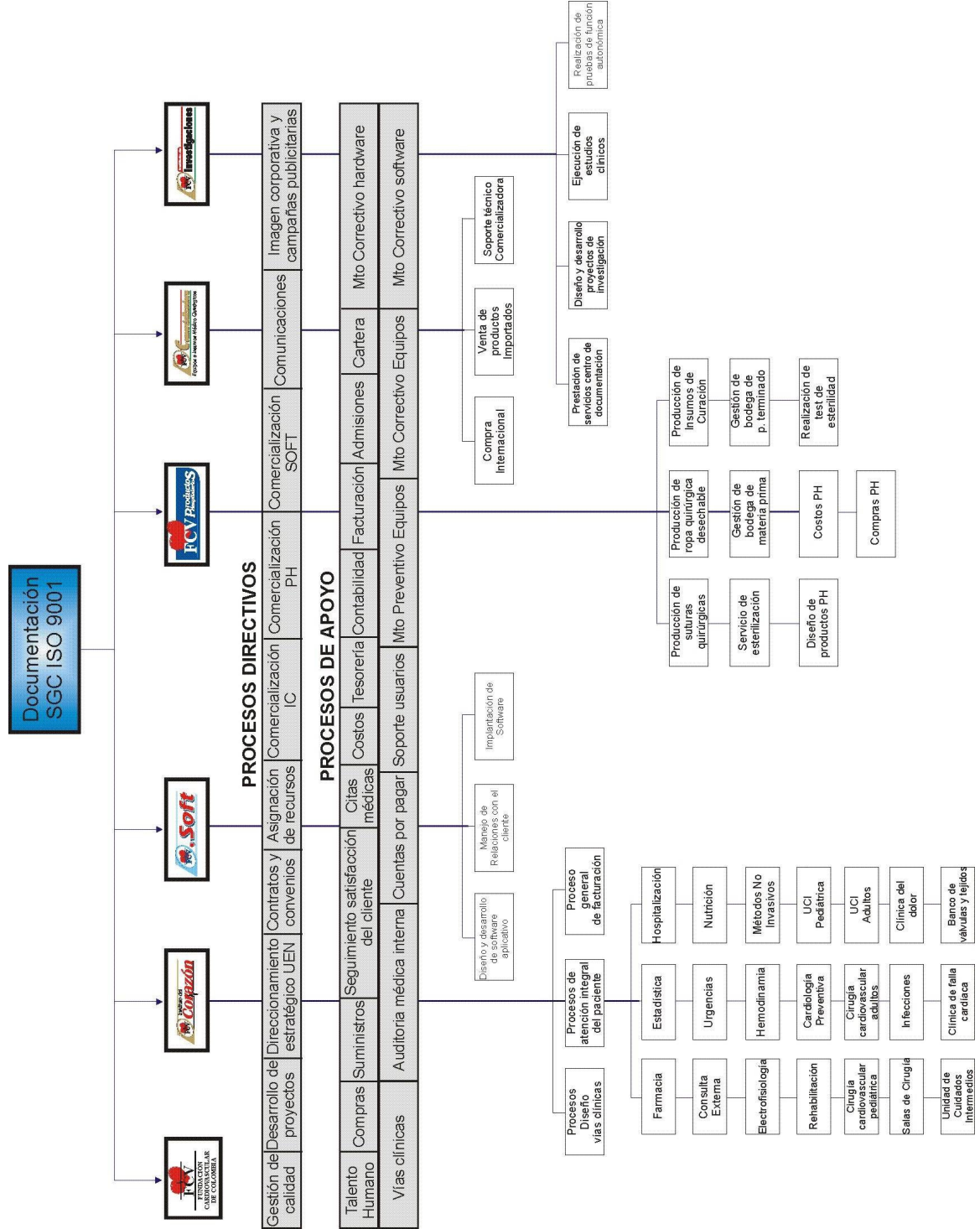
* Responder únicamente el personal de compras y suministros.

Muchas gracias por su Colaboración, cualquier comentario, no dude en colocarlo en el siguiente espacio:

ANEXO 5 LISTADO GENERAL DE PROCESOS FCV

Procesos de Apoyo IC	FCV. Productos Hospitalarios
PC-DTH-01: Proceso General de Desarrollo del Talento Humano	PC-PH-02 Producción de suturas quirúrgicas.
PC-SUM-01: Proceso general de suministros	PC-PH-03 Producción de paquetes de ropa quirúrgica desechable
PC-COM-01: Gestión integral de Compras de la FCV	PC-PH-04 Producción de Insumos de curación
PC-ATC-01: Seguimiento de la satisfacción del cliente	PC-PH-05 Servicio de Esterilización a nivel interno y externo
PC-ATC-02: Citas médicas	PC-PH-07 Gestión de Bodega de Materia Prima
PC-COST-01: Cálculo de costos procedimientos de la FCV	PC-PH-08 Gestión de la Bodega de Producto Terminado
PC-MTO-01: Mantenimiento preventivo general de equipos biomedicos, No biomedicos y planta física	PC-PH-09 Diseño de productos FCV PH.
PC-MTO-02: Mantenimiento correctivo general de equipos biomedicos, No biomedicos y planta física	PC-PH-11 Costos PH
PC-DES-01: Proceso de Tesorería de la FCV	PC-PH-12 Compras PH
PC-CONT-01: Proceso general de Contabilidad FCV	PC-LABEST-01 Realización de Test de Esterilidad
PC-CXP-01: Cuentas por pagar	Subtotal: 10
PC-FACT-01: Proceso general de facturación	FCV. Instituto de Investigaciones
PC-ADM-01: Proceso general de admisiones	PC-INVES-01: Diseño y Desarrollo de proyectos de Investigación
PC-CART-01: General de Cartera	PC-INVES-02: Ejecución de Estudios Clínicos
PC-GERIC-01: Diseño de Vías Clínicas	PC-INVES-03: Realización de pruebas de Función Autonómica
PC-GERIC-02: Auditoría Médica Interna	PC-INVES-05: Prestación de Servicios en el Centro de Documentación
PC-SOFT-03 Proceso Mantenimiento Correctivo de Hardware	Subtotal: 4
PC-SOFT-04 Proceso Mantenimiento Preventivo de Hardware	FCV. Soft Software Factory
PC-SOPUS-01: Soporte - Usuario en Software Aplicativo	PC-SOFT-01 Diseño y Desarrollo de Software Aplicativo
Subtotal: 19	PC-SOFT-02 Manejo de Relaciones con el cliente
Procesos Asistenciales IC	PC-SOFT-05 Implantación de Software
PC-FARM-01 Adquisición y Dispensación de Medicamentos	Subtotal: 3
PC-EST-01 Proceso General de Estadística	FCV. Comercializadora
PC-HOSP-01 Atención Integral del Paciente en el Servicio de Hospitalización	PC-COMERC-01 Compra internacional ultimo
PC-NTRCN-01 Proceso de Manejo Nutricional a pacientes de la Fundación Cardiovascular	PC-COMERC-02 Venta de productos Importados
PC-URG-01 Atención en el servicio de urgencias	PC-COMERC-03 General Soporte Técnico
PC-CEXT-01 Atención integral paciente en consulta externa	Subtotal: 3
PC-ELECT-01: Atención integral pacientes en electrofisiología adultos	Procesos Directivos
PC-CINVTV-01 Atención integral pacientes en hemodinamia	PC-GESCAL-01: Proceso de Gestión de la Calidad
PC-MDXNI-01 Atención integral paciente MDxNI	PC-PLANC-01: Desarrollo de Proyectos
PC-REHAB-01 Atención Integral Paciente Rehabilitación Cardíaca	PC-PLANC-02: Planeación y seguimiento del Direccionamiento estratégico de las UEN FCV
PC-RCV-01 Proceso Atención Integral Cardiología preventiva	PC-SAF-01: Proceso general de contratos y Convenios
PC-UCIPE-01: Atención integral del paciente en UCI-P	PC-SAF-02: Asignación de recursos, elaboración y control del presupuesto
PC-CVPDT-01: Administrativo quirúrgico para Cirugía cardiovascular pediátrica	PC-MERC-01: Comercialización y ventas - Instituto del Corazón
PC-CVADU-01 Administrativo quirúrgico pcte para Cx Cardio Adulto y Vascular Periférico	PC-MERC-02: Comercialización y ventas- Productos Hospitalarios
PC-UCIAD-01 Proceso Atención integral del paciente en Uci A	PC-MERC-03: Comercialización y ventas - FCV. Soft
PC-SCX-01 Atención Integral Paciente en Salas de Cirugía	PC-MERC-04: Coordinación de las Comunicaciones de la FCV
PC-INF-01: Vigilancia, seguimiento y detección de pacientes infectados (Departamento de Gestión Asistencial)	PC-MERC-05: Manejo de la imagen corporativa y campañas publicitarias de la F.C.V.
PC-CLINDOL-01 Atención Integral Paciente Clínica de Dolor	Subtotal: 10
PC-UCINT-01: Atención Integral Paciente UCIntermedia	
PC-CFC-01: Atención Integral Pcte Clínica de Falla Cardíaca	
PC-BVT-01: Atención general de gestión del Banco de Válvulas y Tejidos	
Subtotal: 21	
Gran Total: 70	

ANEXO 6 Diseño de la nueva estructura de la documentación





6 ANEXO 7 ENCUESTAS ACTUALES

7 ENCUESTA DE HOSPITALIZACIÓN (en hoja oficio)

Servicio: _____

Fecha: _____

Estimado paciente:

Nuestra Organización desea poder servirle cada día mejor. En búsqueda de este propósito, queremos identificar en que aspectos debemos mejorar, por lo cual le solicitamos dedicarnos cinco minutos de su valioso tiempo para responder la siguiente encuesta que permite calificar los servicios con los que tuvo contacto

1. El servicio de vigilancia:

- a. Le brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La información que le suministró para orientarle fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

2. En admisiones:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La orientación e información fue: Suficiente Aceptable Insuficiente Ninguna
- c. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- d. El trámite requerido para la admisión fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

Responda la pregunta 3 sólo si utilizó el servicio de Caja; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 4.

3. En caja:

- a. El trato que recibió fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- c. El trámite requerido para el pago fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

4. Personal de Enfermería:

- a. Brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. Ofreció una atención oportuna: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- c. Suministró información respecto a enfermedad y tratamiento: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

5. Personal Médico y Especialistas:

- a. Brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. Ofreció una atención oportuna: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca

- c. Suministró información respecto a enfermedad y tratamiento: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

6. Alimentación:

- a. Recibió información sobre la dieta: Muy completa Completa Incompleta Ninguna
- b. La comida recibida de acuerdo a la dieta fue Excelente Buena Regular Malo
- c. La variedad de la dieta es Muy variada Buena Poco variada Nada variada
- d. La cantidad suministrada de la dieta es Suficiente Aceptable Insuficiente Ninguna

Responda la pregunta 7 sólo si el paciente requirió el servicio de Lactario (teteros); de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 8

7. Lactario:

- a. El aseo del tetero es: Excelente Bueno Regular Malo
- b. La temperatura del tetero es: Adecuada Inadecuada
- c. El horario de distribución es: Adecuado Inadecuado

8. Habitación:

- a. El aseo es: Excelente Bueno Regular Malo
- b. El estado de la habitación es: Excelente Bueno Regular Malo

Responda las preguntas 9, 10, 11 y 12 sólo si fue **intervenido quirúrgicamente**; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 13.

9. Personal de Enfermería Cirugía:

- a. Brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés

10 Personal medico (Anestesia)

- a. La explicación suministrada por el Anestesiólogo respecto a la anestesia fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

11 Personal medico (cirugía)

- a. La información sobre el estado del paciente suministrada al acompañante fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

12 Clínica del dolor

- a. La información dada por este servicio respecto a como manejar el dolor fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

Responda la pregunta 13 sólo si estuvo hospitalizado en la Unidad de Cuidado

Intensivo; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 14.

13. Unidad de Cuidado Intensivo:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La información sobre el estado y evolución del paciente suministrada al acompañante fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

Responda la pregunta 14 sólo si utilizó el servicio de Liquidación; de lo contrario,

por favor pase a la pregunta número 15.

14. Liquidación de la cuenta:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- c. El trámite requerido para la cuenta fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

15. Actividad educativa

- a. El lenguaje utilizado por la persona que le dio la actividad educativa fue claro Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- b. El tema fue motivador y cree que los conocimientos recibidos lo podrán aplicar en su vida: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- c. La actividad educativa cumplió sus expectativas Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca

16. En general el servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Edad (años): 15-29 30-44 45-60 más de 60

Barrio: _____ **Ocupación:**

Entidad (Aseguradora/particular): _____



ENCUESTA DE URGENCIAS

Servicio: _____

Fecha: _____

Estimado paciente:

Nuestra Organización desea poder servirle cada día mejor. En búsqueda de este propósito, queremos identificar en que aspectos debemos mejorar, por lo cual le solicitamos dedicarnos cinco minutos de su valioso tiempo para responder la siguiente encuesta que permite calificar los servicios con los que tuvo contacto.

1. El Servicio de Vigilancia:

- a. Le brindó un trato: Muy cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La información que le suministró para orientarle fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

2. En el servicio de Urgencias:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La orientación e información fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna
- c. El trámite requerido para su atención fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

Responda la pregunta 3 sólo si utilizó el servicio de Caja; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 4.

3. En caja:

- a. El trato que recibió fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- c. El trámite requerido para el pago fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

4. Camilleros:

- a. El trato del camillero fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La atención del camillero fue: Rápida Normal Demorada Muy Demorada

5. Sala de Espera:

- a. El ambiente de la sala es: Muy Agradable Agradable Poco agrad. Desagrad.
- b. El tiempo transcurrido entre su llegada al servicio y la atención fue: Corto Normal Largo Muy largo

6. Personal de Enfermería:

- a. El trato ofrecido fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo

- a. Ofreció una atención oportuna: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- 7. Personal Médico y Especialistas:**
- b. El trato ofrecido fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- c. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo
- d. Ofreció una atención oportuna: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- e. Suministró información respecto a enfermedad y tratamiento: Muy completa Completa Incompleta Ninguna
- 8.** El acompañante recibió **información** sobre el paciente: Muy completa Completa Incompleta Ninguna
- 9.** En general el servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Edad (años): 15-29 30-44 45-60 más de 60

Barrio: _____ **Ocupación:** _____

Entidad (Aseguradora/particular): _____



ENCUESTA DE CONSULTA EXTERNA

Servicio: _____

Fecha: _____

Estimado paciente:

Nuestra Organización desea poder servirle cada día mejor. En búsqueda de este propósito, queremos identificar en que aspectos debemos mejorar, por lo cual le solicitamos dedicarnos cinco minutos de su valioso tiempo para responder la siguiente encuesta que permite calificar los servicios con los que tuvo contacto

1. Solicitud de la Cita:

- a. Hubo disponibilidad de línea telefónica: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- b. La persona de citas le brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- c. Hay disponibilidad de citas: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- d. La información que recibe acerca de los documentos que debe traer para su atención fue: Muy completa completa Incompleta Ninguna

2. El servicio de vigilancia:

- a. Le brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La información que le suministró para orientarle fue: Muy completa completa Incompleta Ninguna

3. En recepción de Consulta Externa:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La orientación e información fue: Muy completa completa Incompleta Ninguna
- c. El tiempo de espera de la hora asignada respecto a la hora de ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- d. El trámite requerido para su atención fue: Sencillo Normal Complicado Muykompl.

Responda la pregunta 4 sólo si utilizó el servicio de Caja; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 5.

4. En caja:

- a. El trato que recibió fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- c. El trámite requerido para el pago fue: Sencillo Normal Complicado Muykompl.

5. Sala de Espera:

a. El ambiente de la sala es: Muy Agradable Agradable Agradable Poco agradable Desagradable

6. Personal de Enfermería:

a. El trato brindado fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
b. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo
c. Le ofreció una atención oportuna: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

7. Personal Médico y Especialistas:

a. El trato brindado fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
b. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo
c. Suministró información respecto a Enfermedad y tratamiento: Muy completa Completa Incompleta Ninguna
8. En general el servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Edad (años): 15-29 30-44 45-60 más de 60

Barrio: _____ Ocupación: _____

Entidad (Aseguradora/particular): _____



ENCUESTA DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Servicio: _____

Fecha: _____

Estimado paciente:

Nuestra Organización desea poder servirle cada día mejor. En búsqueda de este propósito, queremos identificar en que aspectos debemos mejorar, por lo cual le solicitamos dedicarnos cinco minutos de su valioso tiempo para responder la siguiente encuesta que permite calificar los servicios con los que tuvo contacto

1. Solicitud de la Cita:

- a. Hubo disponibilidad de línea telefónica: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- b. La persona de citas le brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- c. Hay disponibilidad de citas: Siempre Casi Siempre Casi nunca Nunca
- d. La información que recibe acerca de los documentos que debe traer para su atención y la preparación para su examen fue: Muy completa Completa Incompleta Ninguna

2. El servicio de vigilancia:

- a. Le brindó un trato: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La información que le suministró para Orientarle fue: Muy completa Completa incompleta Ninguna

3. En recepción de Ayudas Diagnósticas:

- a. El trato del personal del servicio fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. La orientación e información fue: Muy completa Completa incompleta Ninguna
- c. El tiempo de espera de la hora asignada respecto a la hora de ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- d. El trámite requerido para su atención fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

Responda la pregunta 4 sólo si utilizó el servicio de Caja; de lo contrario, por favor pase a la pregunta número 5.

4. En caja:

- a. El trato que recibió fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
- b. El tiempo de espera para ser atendido fue: Corto Normal Largo Muy largo
- c. El trámite requerido para el pago fue: Sencillo Normal Complicado Muy compl.

5. Sala de Espera:

- a. El ambiente de la sala es: Muy Agradable Agradable Poco agrad. Desagrad.

6. Personal de Enfermería:

- a. El trato brindado fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
b. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo
c. Le ofreció una atención oportuna: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

7. Personal Médico y Especialistas:

- a. El trato brindado fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
b. Le ofreció una atención oportuna: Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

8. Personal Médico y Especialistas:

- a. El trato brindado fue: Muy Cortés Cortés Poco Cortés Descortés
b. El servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo
c. Suministró información respecto a Enfermedad y tratamiento: Muy completa Completa incompleta Ninguna
9. En general el servicio recibido fue: Excelente Bueno Regular Malo

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Edad (años): 15-29 30-44 45-60 más de 60

Barrio: _____ Ocupación: _____

Entidad (Aseguradora/particular): _____



8 ANEXO 8

9 ENCUESTAS GRUPO FOCO

10

1. Mencione en orden de importancia cinco aspectos a tener en cuenta en el momento de escoger una IPS para el cuidado de su salud:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

2. Mencione en orden de importancia cuatro aspectos que espera usted de la asignación de citas en su IPS:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

3. Mencione en orden de importancia cuatro aspectos que espera usted de la atención médica:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

4. Mencione en orden de importancia cuatro aspectos que espera usted de la atención de enfermería:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Fundación Cardiovascular de Colombia
Departamento de Atención al Cliente



5. Mencione en orden de importancia cuatro aspectos que espera del servicio de admisiones:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

6. Mencione en orden de importancia cuatro aspectos que espera del servicio de liquidación:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

7. Mencione cuales son los principales inconvenientes que ha encontrado en las clínicas y/o hospitales que ha visitado?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

Muchas Gracias por su opinión!

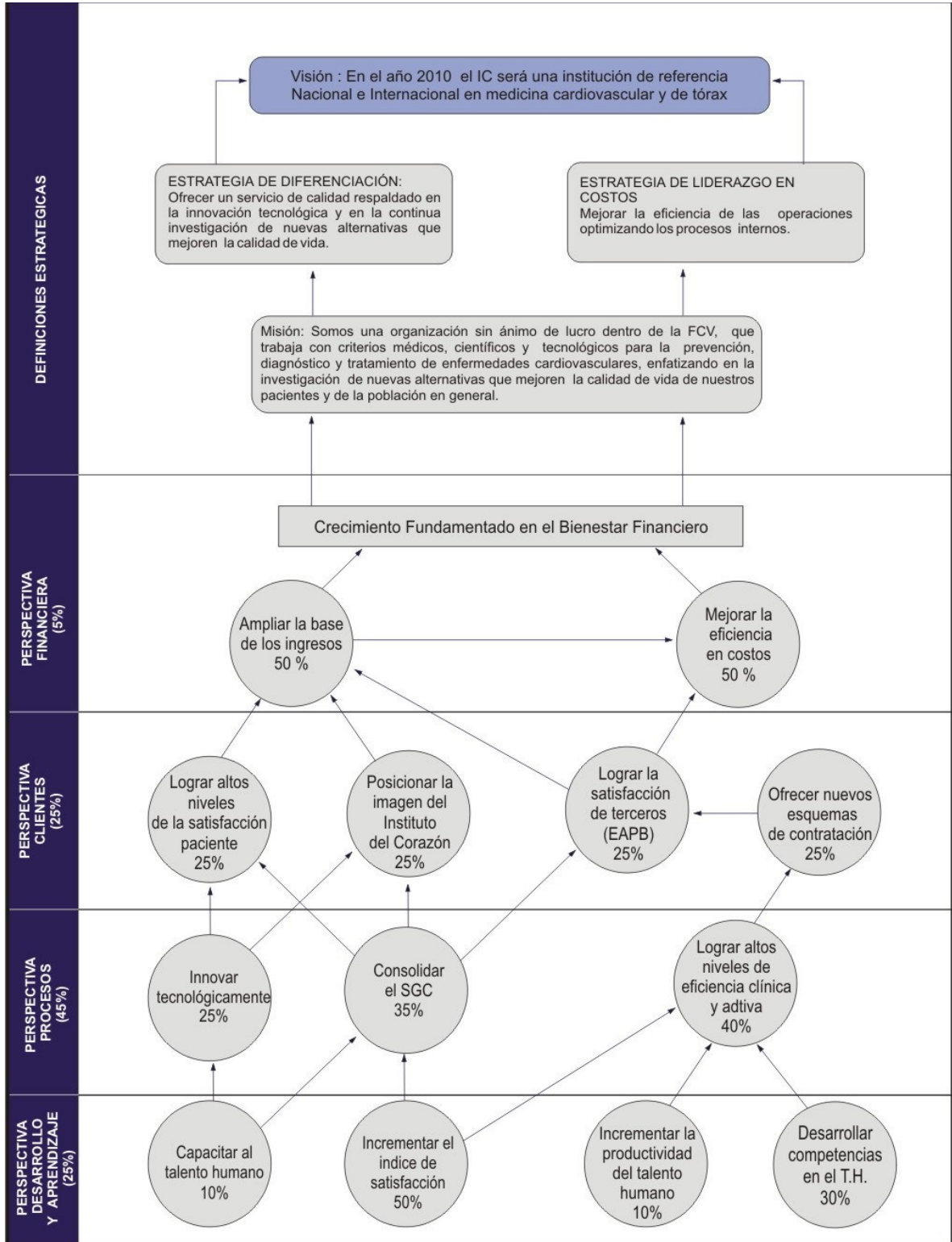
Nombre: _____

Fundación Cardiovascular de Colombia
Departamento de Atención al Cliente

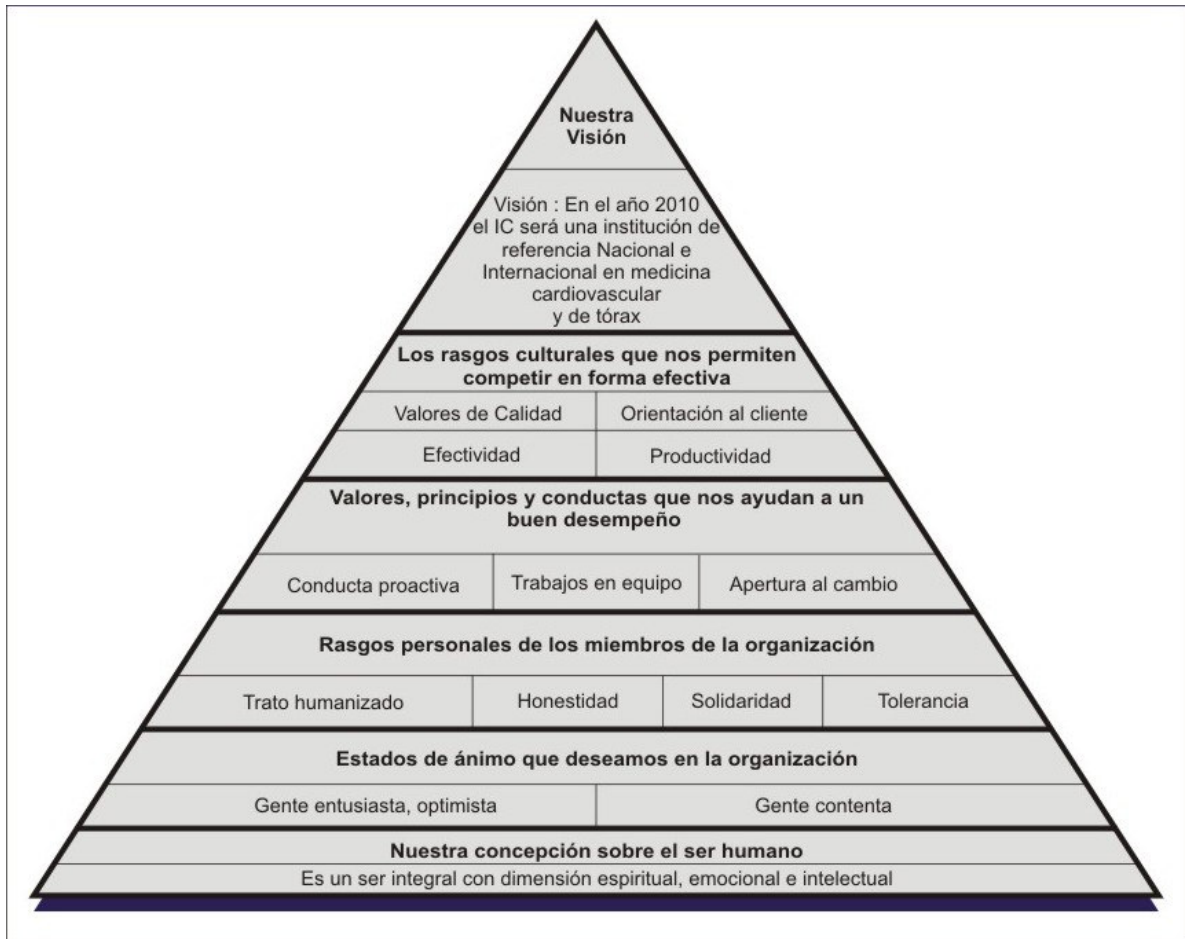
Anexo 9 HOJA DE VIDA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS FCV

Nombre del Equipo:				Código de Inventario	
Fecha de Entrada FCV:					
Voltaje:	Potencia:	Fases:	Ciclos:		
También llamado:					
Ubicación:					
Definición:					
Accesorios del equipo:					
Requerimientos de Instalación:					
Seguridad Eléctrica:			Preparación para transporte y Almacenamiento:		
Pruebas de Correcto Funcionamiento:					
Rutina de Mantenimiento:					Frecuencia:
Descripción de actividades de Mantenimiento Correctivo:					Fecha & # OT

ANEXO 10 MAPA ESTRATÉGICO INSTITUTO DEL CORAZÓN



ANEXO 11 MAPA CULTURAL INSTITUTO DEL CORAZÓN



**ANEXO 12 EVALUACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE PACIENTE
SERVICIO MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS**

Introducción sugerida: Buenos días/tardes, en estos momentos estamos evaluando el nivel de satisfacción de nuestros pacientes, su aporte es muy importante para nuestro mejoramiento, solo requerimos diez minutos de su valioso tiempo.

Por favor califique los siguientes afirmaciones que miden los atributos de calidad señalando con X el valor que considere mide su satisfacción, siendo 5 el valor mas cercano a la afirmación y 1 el valor lejano a la afirmación.

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
1. SOLICITUD DE LA CITA					
La línea telefónica se encuentra disponible cada vez que se requiere la comunicación con el servicio.					
El trato brindado por la persona que recepciona las llamadas es cordial, agradable.					
La cita se asigna en el tiempo oportuno.					
La persona que asigna la cita le ofrece explicación clara sobre la preparación para su examen.					
La persona que asigna la cita ofrece información completa sobre todos los documentos que debe presentar para el día del examen.					
2. RECEPCION SEGUNDO PISO					
La persona encargada de la recepción lo saluda y recibe con amabilidad y cordialidad.					
La secretaria facilita la realización de los trámites, buscando permanentemente agilizar el proceso de atención.					
3. ATENCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA					
El personal de enfermería es agradable y amistoso con usted y su familia.					
El personal de enfermería se presenta al paciente y le explica todo el procedimiento a realizar.					
La enfermera ayuda al paciente a expresarse, escuchando atentamente sus inquietudes.					
4. ATENCION DEL PERSONAL DEL MEDICO					
El médico establece y mantiene una relación muy cálida y humana con los pacientes.					
El médico acude oportunamente a practicarle su examen.					
El médico le dice al paciente en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca de su estado.					

Si necesitara una nueva atención, sin dudar lo regresaría donde el médico que lo atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar.					
---	--	--	--	--	--

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
--------------------------------	---	---	---	---	---

5. INSTALACIONES					
Las instalaciones del servicio de Métodos Diagnósticos no Invasivos son amplias y cómodas.					
Los equipos utilizados se encuentran en un buen estado y funcionan todo el tiempo que se requiera.					
El ambiente del servicio de MDNI es agradable, siempre se encuentra aseado y organizado					

Tiene alguna sugerencia para mejorar nuestro servicio?

SI ____ NO ____ Cuál?

Nombre de paciente _____ Sexo Masculino ____ Femenino ____

Edad 15-29 ____ 30-44 ____ 45-60 ____ más de 60 ____ Barrio _____

_____ Ocupación _____ Entidad _____

aseguradora _____

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 12 EVALUACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE PACIENTE - CONSULTA EXTERNA

Introducción sugerida: Buenos días/tardes, en estos momentos estamos evaluando el nivel de satisfacción de nuestros pacientes, su aporte es muy importante para nuestro mejoramiento, solo requerimos diez minutos de su valioso tiempo.

Por favor califique los siguientes afirmaciones que miden los atributos de calidad señalando con X el valor que considere mide su satisfacción, siendo 5 el valor mas cercano a la afirmación y 1 el valor lejano a la afirmación.

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
--------------------------------	---	---	---	---	---

1. RECEPCIÓN CONSULTA EXTERNA

La persona encargada de la recepción saluda con amabilidad y cordialidad brindando una atención inmediata .					
La persona encargada de la recepción informa en lenguaje comprensible el trámite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.					
2. ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA					
El personal de enfermería es agradable y amistoso con usted y su familia.					
La auxiliar de enfermería se presenta y le explica todo el procedimiento a realizar.					
El técnico de electrocardiografía explica el procedimiento antes de su realización.					
El técnico de electrocardiografía procura guardar su privacidad.					
Al finalizar la consulta el personal de enfermería le ofrece información clara y completa sobre la realización de los trámites a seguir según ordenes médicas.					
3. ATENCIÓN DEL MÉDICO					
El médico acude oportunamente a atender su consulta.					
Durante la consulta el médico le explica en lenguaje claro y comprensible lo relacionado con su enfermedad y tratamiento a seguir.					
La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad					
Al finalizar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes y para seguir las indicaciones que le dio el especialista.					
Si necesitara una nueva atención, sin dudar lo regresaría donde el médico que lo atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar.					

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

4. INSTALACIONES					
Las instalaciones del servicio de consulta externa son amplias y cómodas.					
Los equipos utilizados se encuentran en un buen estado y funcionan todo el tiempo que se requiera.					
El ambiente del servicio de consulta externa es agradable, siempre se encuentra aseado y organizado.					

encuentra aseado y organizado					
-------------------------------	--	--	--	--	--

Tiene alguna sugerencia para mejorar nuestro servicio?

SI ____ NO ____ Cuál?

Nombre de paciente _____ Sexo Masculino ____ Femenino ____

Edad 15-29 ____ 30-44 ____ 45-60 ____ más de 60 ____ Barrio _____

_____ Ocupación _____ Entidad _____

aseguradora _____

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 12 EVALUACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE PACIENTE - HOSPITALIZACIÓN

Introducción sugerida: Buenos días/tardes, en estos momentos estamos evaluando el nivel de satisfacción de nuestros pacientes, su aporte es muy importante para nuestro mejoramiento, solo requerimos diez minutos de su valioso tiempo.

Por favor califique los siguientes afirmaciones que miden los atributos de calidad señalando con X el valor que considere mide su satisfacción, siendo 5 el valor mas cercano a la afirmación y 1 el valor lejano a la afirmación.

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
--------------------------------	---	---	---	---	---

1. ADMISIONES					
La secretaria le informa a los familiares del paciente en lenguaje comprensible el tramite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.					
La secretaria facilita la realización de los tramites, buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de admisión del paciente.					
La secretaria establece y mantiene una relación muy cálida con el paciente y los familiares.					
La atención en caja es rápida					
2. PISOS					
La enfermera visita frecuentemente al paciente					
La enfermera es receptiva ante las necesidades del paciente , planea y actua en consecuencia.					
La enfermera muestra interes en el estado del paciente durante toda su permanencia en Hospitalización					

permanencia en Hospitalización.					
El auxiliar de enfermería se ofrece a hacer pequeñas cosas por el paciente, por ejemplo, acompañarlo al baño, cerrar las cortinas, darle los alimentos.					
El auxiliar de enfermería responde rápidamente al llamado del paciente.					
El auxiliar de enfermería procura medidas básicas de confort tales como control del ruido, privacidad del paciente, sábanas adecuadas entre otros.					
El personal de enfermería toma conciencia de que la noche es a menudo el tiempo más difícil del paciente y lo visita a la habitación.					
El personal de enfermería es agradable y amistoso con los familiares del paciente y los más allegados.					
El personal de enfermería se presenta al paciente y le explica todo el procedimiento a realizar.					
El personal de enfermería se asegura que los familiares sepan como cuidar al paciente cuando se encuentre en casa.					
El personal de enfermería con delicadeza y seguridad administra los medicamentos y utiliza los equipos del servicio.					
El médico tratante diariamente le realiza la visita de seguimiento al paciente.					

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
El médico atiende oportunamente al llamado del servicio para la atención del paciente.					
El médico le dice al paciente y/o familiares en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca acerca de la enfermedad y tratamiento.					
El médico establece y mantiene una relación muy cálida y humana con los pacientes, familiares y los demás allegados.					
3. ALIMENTACION					
La nutricionista expresa en un lenguaje comprensible la dieta a seguir asegurándose de aclarar todas las dudas presentadas.					
La alimentación recibida en hospitalización es de buena presentación, agradable a los ojos del paciente.					
La alimentación es variada.					
La cantidad de alimentos servidos son suficientes para el bienestar del paciente.					

La nutricionista es receptiva a los gustos del paciente, planea y actúa en consecuencia					
4. INSTALACIONES					
La habitación permanece limpia					
La habitación es confortable					
La habitación es acogedora y agradable para permanecer recibiendo los cuidados de una Institución de Salud.					
5. LIQUIDACION DE LA CUENTA					
El personal de liquidación facilita la realización de los trámites, buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de liquidación.					
El personal de liquidación establece y mantiene una relación muy cálida con los familiares y allegados del paciente.					
El liquidación de la cuenta se realiza en forma ágil.					

Tiene alguna sugerencia para mejorar nuestro servicio?

NO _____

SI _____ Cuál?

Nombre de paciente _____ Sexo Masculino ____ Femenino

Edad 15-29 ____ 30-44 ____ 45-60 ____ más de 60 ____ Ocupación

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 12 EVALUACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE PACIENTE - URGENCIAS

Introducción sugerida: Buenos días/tardes, en estos momentos estamos evaluando el nivel de satisfacción de nuestros pacientes, su aporte es muy importante para nuestro mejoramiento, solo requerimos diez minutos de su valioso tiempo.

Por favor califique los siguientes afirmaciones que miden los atributos de calidad señalando con X el valor que considere mide su satisfacción, siendo 5 el valor mas cercano a la afirmación y 1 el valor lejano a la afirmación.

ATRIBUTOS DE CALIDAD A EVALUAR	5	4	3	2	1
1. RECEPCIÓN URGENCIAS					
La recepción del paciente por parte del servicio de Urgencias, es inmediata, todo el equipo realiza sincronizadamente su trabajo,					

entendiendo el valor de los minutos en estos casos de emergencia.					
El traslado del paciente por parte del camillero se realiza de una forma cuidadosa, velando siempre por ofrecerle medidas básicas de seguridad.					
El personal de enfermería de una forma inmediata recibe al paciente y es receptivo ante sus necesidades planeando y actuando en consecuencia, por ejemplo, toma los signos vitales, organiza los equipos.					
Durante la atención en Urgencias, la secretaria establece y mantiene una relación muy cálida con los familiares y allegados del paciente.					
La secretaria le informa a los familiares del paciente en lenguaje comprensible el tramite que se requiere adelantar para formalizar la prestación del servicio.					
La secretaria facilita la realización de los tramites, buscando permanentemente ofrecer alternativas administrativas razonables para cumplir con el proceso de admisión del paciente.					
2. ATENCIÓN EN URGENCIAS: ENFERMERÍA-MÉDICOS					
El personal de enfermería durante la estancia del paciente en Urgencias procura medidas básicas de confort tales como control del ruido, privacidad del paciente.					
El personal de enfermería con delicadeza y seguridad administra los medicamentos y utiliza los equipos del servicio.					
El médico atiende oportunamente al llamado del servicio para la atención de la Urgencia.					
El médico le dice al paciente y/o familiares en lenguaje comprensible lo que es importante que conozca acerca del evento presentado.					
El médico establece y mantiene una relación muy cálida y humana con los pacientes, familiares y los demás allegados.					
3. INSTALACIONES URGENCIAS					
Las instalaciones del servicio de Urgencias ofrecen comodidad para la prestación del servicio.					
El ambiente del servicio de Urgencias es agradable, se encuentra aseado y organizado					

Tiene alguna sugerencia para mejorar nuestro servicio?

NO _____

SI _____ Cuál? _____

Nombre de paciente _____ Sexo Masculino _____ Femenino _____

Edad 15-29 _____ 30-44 _____ 45-60 _____ más de 60 _____ Ocupación _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN