

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PARA GESTIONAR BIENESTAR IPS SEGÚN LOS
LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008**

NIDIA OSMA SANDOVAL

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO - MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2009**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PARA GESTIONAR BIENESTAR IPS SEGÚN LOS
LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008**

NIDIA OSMA SANDOVAL

Para Optar el Título de Ingeniera Industrial

DIRECTOR DE PROYECTO

ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ

INGENIERA INDUSTRIAL

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO - MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2009**

Dedico este trabajo a Dios mi Señor y Redentor, que todo lo puede y todo lo perdona, a las personas que me han dado su apoyo incondicional y su afecto en lo corrido de mi vida, mi mamá, mi papá, mi hijo José Ángel, mi esposo, mis hermanas, mis amigas.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Fabio Rene Rincón Navarro, por abrir las puertas para realizar mi práctica empresarial en tan importante empresa, y por brindarme la oportunidad de permanecer en ella ejerciendo un cargo como profesional aún sin haber obtenido el título al cual hoy aspiro.

De manera muy especial a la Ingeniera Elidia Esther Galviz Muñoz por haber aceptado ser mi directora de proyecto, por haberme guiado cuando no sabía que paso seguir en ciertas situaciones, por su asesoría técnica en el ejercicio de mi práctica, por su comprensión, su paciencia e incondicional apoyo.

Al Doctor Ricardo Correa y su empresa Procalidad Consultores Ltda, por su entrega de conocimientos, orientación, capacitación en la norma NTC ISO 9000, 9001, 9004 y 19011.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO | 2 |
| 1.1 OBJETIVO GENERAL | 2 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 2 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 4 |
| 3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD | 4 |
| 3.2. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9001 | 7 |
| 3.2.1. ISO 9000:2005 | 7 |
| 3.2.2. ISO 9001:2008 | 8 |
| 3.2.3. ISO 9004:2000 | 8 |
| 3.2.4. ISO 19011 | 8 |
| 3.3. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 8 |
| 3.3.1 Principios de Gestión de la Calidad. | 8 |
| 3.3.2. Enfoque Basado en Procesos. | 10 |
| 3.3.3 Ciclo PHVA. | 11 |
| 3.3.4. Condiciones y características de un sistema. | 12 |
| 3.4. ESTRATEGIA DE LAS 5 ESES | 13 |
| 3.5. PRINCIPALES BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 15 |
| 3.6. ORGANISMOS DE CERTIFICACIÓN | 16 |
| 4. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN | 18 |
| 4.1. RESEÑA HISTÓRICA | 18 |
| 4.2. MISIÓN CORPORATIVA | 19 |
| 4.3 VISIÓN CORPORATIVA | 19 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL | 20 |
| 4.5. TALENTO HUMANO | 20 |
| 4.6. EQUIPO | 21 |
| 4.6.1. Equipos Asistenciales IPS Odontológica Cañaveral: | 21 |
| 4.6.2. Equipo de Apoyo IPS odontológica cañaveral | 22 |
| 4.6.3. Equipos Pequeños Procedimientos | 22 |
| 4.6.4. Equipos Asistenciales Médico Cañaveral | 22 |
| 4.6.5. Equipos de Apoyo IPS Médico Cañaveral | 23 |
| 4.7. INSTALACIONES | 23 |
| 4.8. NORMATIVIDAD | 25 |
| 4.9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS | 27 |
| 4.10. PROVEEDORES | 29 |
| 4.11. DESCRIPCIÓN DE LAS OPERACIONES | 31 |
| 5. DIAGNÓSTICO EMPRESARIAL | 34 |
| 5.1. NUMERALES NTC ISO 9001:2008 Vs SITUACION ACTUAL | 34 |
| 5.1.1. Hallazgos del cumplimiento de la norma. | 35 |
| 5.2. INSPECCIÓN CONFORMIDAD 5´S | 37 |
| 5.3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO | 40 |
| 5.4. MATRIZ DOFA | 43 |
| 6. PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL S.G.C. | 46 |
| 6.1. FASE DE “PLANEACIÓN” DEL PROYECTO | 47 |
| 6.2. FASE DE ”HACER” DEL PROYECTO | 48 |
| 6.3. FASE DE “VERIFICACIÓN” DEL PROYECTO | 48 |
| 6.4. FASE DE “ACTUAR” DEL PROYECTO | 49 |
| 7. TÉCNICAS UTILIZADAS | 50 |
| 7.1. DIAGRAMA DE FLUJO | 50 |
| 7.2. DIAGRAMA CAUSA - EFECTO | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 7.3. LLUVIA DE IDEAS | 53 |
| 7.4. METODOLOGÍA 5W 1H | 54 |
| 8. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL | 56 |
| 8.1. CAPACITACIÓN DE LA AUTORA | 56 |
| 8.2. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL DE GESTIONARBIENESTAR | 57 |
| 8.3. AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD | 61 |
| 8.4. RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN | 62 |
| 9. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | 64 |
| 9.1 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD, DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y COMPROMISO DE LA EMPRESA ANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 66 |
| 9.2 DEFINICIÓN DEL ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA | 68 |
| 9.3. POLITICA DE CALIDAD | 69 |
| <i>B. EXPECTATIVAS DE LA EMPRESA</i> | 69 |
| 9.4. OBJETIVOS DE CALIDAD | 70 |
| 9.5. INDICADORES DE GESTIÓN | 74 |
| 9.6. REVISION Y CAMBIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 75 |
| 10. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS | 77 |
| 10.1. MAPA DE PROCESOS | 79 |
| 10.2. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS | 80 |
| 11. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 83 |
| 11.1. DOCUMENTACIÓN EXIGIDA POR LA NORMA NTC ISO 9001:2008 Y REQUERIDA POR LA EMPRESA | 85 |
| 12. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 91 |

| | |
|---|------------|
| 13. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PLAN DE MEJORA | 96 |
| 13.1 EVALUACION DE LAS 5 ESES: | 96 |
| 13.2 EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | 97 |
| 13.1. AUDITORÍAS INTERNAS | 99 |
| 13.2. PLANES DE ACCIÓN DE MEJORA | 104 |
| 14. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 106 |
| 15. PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN | 107 |
| 16. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS | 108 |
| CONCLUSIONES | 110 |
| RECOMENDACIONES | 111 |
| BIBLIOGRAFÍA | 113 |

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|------|
| FIGURA 1: MODELO DE UN S.G.C. BASADO EN PROCESOS | 10 |
| FIGURA 2: CICLO PHVA | 11 |
| FIGURA 3: SELLOS DE CERTIFICACIÓN ISO 9001 | 17 |
| FIGURA 4: ORGANIGRAMA GESTIONARBIENESTAR IPS | 20 |
| FIGURA 5: SECUENCIA SERVICIO MÉDICO CON LABORATORIO CLÍNICO | 32 |
| FIGURA 6: ESQUEMA DE DIAGRAMA DE FLUJO | 51 |
| FIGURA 7: DIAGRAMA ISHIKAWA | 51 |
| FIGURA 8: PERSONAJES DE SENSIBILIZACIÓN | 61 |
| FIGURA 9: PASOS PARA CAMBIOS EN EL S.G.C. | 76 |
| FIGURA 10: MATRÍZ PROCESOS VS REQUISITOS NORMA | 77 |
| FIGURA 11: CONTINUACIÓN MATRÍZ PROCESOS VS REQUISITOS NORMA | 78 |
| FIGURA 12: MAPA DE PROCESOS GESTIONARBIENESTAR IPS | 80 |
| FIGURA 13: ESQUEMA CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO | 81 |
| FIGURA 14: TIPO DE DOCUMENTO | 84 |
| FIGURA 15: INICIALES DEL PROCESO O SUBPROCESO | 84 |
| FIGURA 16: MATRÍZ DOCUMENTOS S.G.C. | 88 |
| FIGURA 17: CONTINUACIÓN MATRÍZ DOCUMENTOS S.G.C. | 89 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| TABLA 1: EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD | 4 |
| TABLA 2: ENTES CERTIFICADORES MÁS CONOCIDOS | 17 |
| TABLA 3: GENERALIDADES GESTIONARBIENESTAR IPS | 18 |
| TABLA 4: PROVEEDORES Y TIPO DE SUMINISTRO | 29 |
| TABLA 5: CRITERIOS DE CALIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LA NORMA | 35 |
| TABLA 6: METODOLOGÍA 5W1H | 54 |
| TABLA 7: PLANIFICACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 65 |
| TABLA 8: MATRÍZ POLÍTICA DE CALIDAD | 69 |
| TABLA 9: APLICACIÓN PRINCIPIOS DE CALIDAD EN GESTIONARBIENESTAR IPS | 93 |

LISTA DE FOTOS

| | Pág. |
|--|------|
| FOTO 1: ENTRADA IPS CAÑAVERAL SEDE MÉDICA | 18 |
| FOTO 2: INSPECCIÓN INICIAL CUMPLIMIENTO CULTURA 5´S | 38 |
| FOTO 3: CAPACITACIONES POR SECCIONES | 59 |
| FOTO 4: CAPACITACIONES GRUPALES | 59 |
| FOTO 5: CAPACITACIÓN RESPONSABLES DE PROCESOS | 59 |
| FOTO 6: EVALUACIONES DE LAS CAPACITACIONES | 62 |
| FOTO 7: ENTREGA CERTIFICADOS CAPACITACIONES PROCALIDAD | 63 |
| FOTO 8: REUNIONES COMITÉ DE CALIDAD | 68 |
| FOTO 9: REUNIONES CON EL CONSULTOR RICARDO CORREA | 85 |
| FOTO 10: RESULTADO CULTURA DE LAS 5´S | 96 |
| FOTO 11: COMPROMISO DEL PERSONAL CON EL S.G.C. | 98 |
| FOTO 12: AUDITORÍA INTERNA | 104 |

LISTA DE ANEXOS

- Anexo No. 01: Estado de avance del proyecto ISO 9001 7 de Enero de 2009
- Anexo No. 02: Plantilla para encuesta de satisfacción inicial
- Anexo No. 03: Informe de resultado de la encuesta de satisfacción del usuario
- Anexo No. 04: Cronograma Fase "HACER" del proyecto
- Anexo No. 05: Plan de formación I Semestre 2009
- Anexo No. 06: Diapositivas fase tres
- Anexo No. 07: Tips de calidad capítulo uno
- Anexo No. 08: Folleto de calidad
- Anexo No. 09: Fondo de pantalla
- Anexo No. 10: Evaluación sopa de letras
- Anexo No. 11: Evaluación apareamiento
- Anexo No. 12: Evaluación casos reales
- Anexo No. 13: Instructivo revisión por la Dirección
- Anexo No. 14: Formato Informe revisión por la Dirección
- Anexo No. 15: Formato revisión de implicaciones al Sistema de Gestión de la Calidad por planificación e implementación de cambios.
- Anexo No. 16: Manual de calidad
- Anexo No. 17: Medición de indicadores
- Anexo No. 18: Informe respuestas encuestas satisfacción por servicio a junio de 2009
- Anexo No. 19: Informe de Auditoría No. 01
- Anexo No. 20: Informe de Auditoría No. 02
- Anexo No. 21: Registros Solicitud acciones correctivas Auditoría No. 01
- Anexo No. 22: Registros Solicitud acciones correctivas Auditoría No. 02
- Anexo No. 23: Registro Revisión por la Dirección
- Anexo No. 24: Constancia SGS
- Anexo No. 25: Formulario SGS solicitud auditoría de certificación.

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA GESTIONARBIENESTAR IPS SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008.*

AUTORA: NIDIA OSMA SANDOVAL**

PALABRAS CLAVES: Sector Salud, Sistemas de Gestión de Calidad, enfoque basado en procesos, estructura documental, implementación, política de calidad, objetivos de calidad.

DESCRIPCIÓN:

GESTIONARBIENESTAR IPS, con el ánimo de implementar un sistema para dirigir y coordinar la calidad en su Sede Cañaveral, para sus servicios asistenciales de medicina, odontología, laboratorio clínico, nutrición, psicología, promoción y prevención, pequeños procedimientos (curaciones, inyectología, entre otros), se consideraron los fundamentos proporcionados para este tipo de sistemas por las normas ISO 9000, ISO 9001 e ISO 9004.

La ejecución del proyecto se describe en 12 capítulos de este libro, partiendo con el diagnóstico empresarial, éste se hizo teniendo en cuenta los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008, la conformidad con la cultura de 5 eses, percepción del usuario con relación a la calidad y la matriz DOFA (capítulo 5), hasta obtener todos los pasos necesarios para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, evaluados en el cumplimiento de los objetivos propuestos (capítulo 16). La metodología en que se basó el proyecto fue en el concepto de un Sistema, "Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan", como pilar fundamental el trabajo en equipo, manteniendo un enfoque en la calidad humana desde cada puesto de trabajo, cultura de 5 eses como estrategia de calidad, utilización de estadística como herramienta base para el análisis de procesos y satisfacción del cliente, compromiso de la dirección extendido a todos los niveles jerárquicos, utilización de indicadores como herramienta identificadora de puntos de mejora, entre otros.

Como resultado del trabajo de grado se obtiene un Sistema de Gestión de la Calidad completamente definido acorde a las necesidades de la organización.

* Trabajo de Grado modalidad práctica empresarial.

** Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas. Programa de Ingeniería Industrial.
Ing. Elidia Esther Galviz Muñoz.



GERARDO AUGUSTO ARIAS NAVARRO

Official Translator and Interpreter

Resolution 1732 issued by the Colombian Ministry of Justice in 1994

Address: Carrera 29 No. 44-62 Apto. 202 - Phone: 6434084 - Mobile: 310 5626161

E-mail: traductoroficialbucara@yahoo.com - Bucaramanga, COLOMBIA

ABSTRACT

TITLE: Design, Documentation, Implementation and Evaluation of a Quality Management System for the Health Provider Institution *Gestionar bienestar* according to the Colombian Technical Regulation NTC ISO 9001:2008.

AUTHOR: Nidia Osma Sandoval

KEYWORDS: The Health Sector; Quality Management Systems; Process – based Approach; Document Structure; Implementation; Quality Policy; Quality Objectives.

DESCRIPTION. The Health Provider Institution *Gestionar bienestar* considered all the foundations provided by the quality management system Technical Regulations ISO 9000, ISO 9001, and ISO 9004 in order to implement a system aiming at the completion of quality – oriented and coordination tasks at the *Cañavera* branch. The ultimate goal was the provision of quality care services in the fields of Medicine, Dentistry, Clinical Laboratory, Nutrition, Psychology, Health Promotion and Prevention, and Small Procedures (healing, and application of injections).

The execution of this project is described in the twelve (12) chapters of this book, starting from the institutional diagnosis. This step was completed based on the Colombian Technical Regulation NTC ISO 9001:2008, the conformity to the 5-S policy, perception of quality by users, and the SWOT matrix, that is, Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (Chapter 5) to attain all the necessary steps for the implementation of a quality management system, evaluated in terms of the fulfillment of the objectives (Chapter 16). The methodology on which this project is based is the concept of a system or "set of mutually related or interacting elements". Team work is considered the cornerstone of the system, focusing on the human quality produced from each post, the 5-S culture as a quality strategy, use of statistics as a basic tool for process analysis and customer satisfaction, commitment of direction embodying all hierarchical levels, use of indicators as identifying tool of improvement areas, among others.

As a result of the graduation work, a completely defined quality management system is obtained, tailored according to the organizational needs.

* Graduation work in the form of a Business Practical Training

** Faculty of Physical and Mechanical Engineering. The Industrial Engineering Program.
Engineer Elidia Esther Galviz Muñoz.


GERARDO ARIAS
Traductor e Intérprete Oficial
Resolución No. 1732 Minjusticia 1994

INTRODUCCIÓN

La Gestión de la Calidad en la industria tanto de productos como de servicios se ha reconocido como una herramienta clave para la consecución de nuevos mercados y clientes, y para la estandarización de procesos. En el diseño, documentación e implementación de este tipo de sistemas, el ingeniero industrial juega un papel sobresaliente.

Sobre el particular, vale la pena resaltar la norma internacional ISO 9001:2008 adaptada por el ICONTEC para Colombia. La gestión e implementación de la norma ayuda bajo sus lineamientos, a mejorar las operaciones de la industria en función de la satisfacción de sus clientes, cumpliendo sus requisitos y necesidades.

Este libro recopila las actividades realizadas por la autora en GESTIONARBIENESTAR IPS, en el Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, basado en Herramientas de la Ingeniería Industrial, y el cumplimiento de los numerales de la NTC ISO 9001:2008.

Finalizando ésta introducción, invito a meditar al lector en el concepto que Alvaro Cardozo Correa, Consultor Organizacional, menciona en charla sobre Enfoque Sistémico para la Gestión de Procesos con Mentalidad Estratégica. “Todas las Organizaciones buscan ser eficientes y eficaces con productos y servicios de calidad, orientadas al cliente, ... entonces, ¿Por qué existen tantas organizaciones ineficientes, rígidas, con quejas, accidentes, demandas, personal incapacitado? En la mayoría de las organizaciones los procesos están fragmentados, son invisibles, no tienen nombre y no son gestionados, y ... no reconocen que la gestión de los procesos es una buena práctica para crear valor”.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, Documentar, Implementar y Evaluar el Sistema de Gestión de Calidad para Gestionar bienestar IPS según los lineamientos de la norma ISO 9001:2008.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades existentes.
- Sensibilizar y capacitar a todo el personal que labora en GESTIONARBIENESTAR en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Calidad.
- Identificar y documentar los procesos desarrollados en GESTIONARBIENESTAR, que permitan dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en GESTIONARBIENESTAR, basado en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.
- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías.
- Inscribir a la empresa ante un ente certificador y demostrar el inicio del proceso de certificación, mediante copia del documento que se emita.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gestionar bienestar por ser una Institución Prestadora de Salud, está regida bajo leyes, decretos, resoluciones y circulares reglamentarias (ver numeral 4.8 del presente libro) que buscan mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, los cuales son de gran importancia en la IPS, para ser competitiva en el mercado, y lograr con ello la habilitación de sus servicios por parte de la Secretaría de Salud de Santander.

Gestionar bienestar, tiene como principal cliente COOMEVA EPS (Entidad Promotora de Salud), a la cual presta sus servicios de salud y quien le ha recomendado la implementación y certificación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008. Adicionalmente, la Dirección ha querido dicha implementación, ya que un Sistema de Gestión de la Calidad permite estandarizar los servicios y hacer seguimiento, medición y mejoramiento continuo a todos los procesos, logrando disminuir los errores en el trabajo y como consecuencia de esto, disminuir los costos y la inconformidad de los usuarios. Considerando también que la norma NTC ISO 9001:2008 establece una estructura que sigue un enfoque basado en procesos, el cual se ajusta a la forma en que la mayoría de empresas funciona, y contribuye a alcanzar los objetivos y cumplir con los requisitos de los clientes, permitiendo evaluar la forma como se hacen las cosas y las razones por las cuales se hacen, lo cual sería favorable para Gestionar bienestar IPS ya que actualmente se rigen por algunos parámetros que exige la EPS, y no por parámetros que resulten del análisis de sus propios procesos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

Tabla 1: Evolución de la Calidad

| ÉPOCA | ASPECTO RELEVANTE | RESULTADO |
|--------------------------------------|--|--|
| Artesanal | Los objetivos seguidos por el artesano eran, por lo tanto, satisfacer el orgullo personal (su prestigio) y satisfacer al comprador. | El producto era una obra de arte. La calidad suponía hacer las cosas bien a cualquier costo. Trabaja con una metodología basada en su experiencia profesional. |
| Industrialización | El objetivo de este modo de fabricación era el de satisfacer la demanda de bienes (generalmente escasos) y el aumento de beneficios. | El concepto de calidad fue sustituido por el de producción (hacer muchas cosas, no importa con qué calidad). |
| 1930 Control Estadístico del Proceso | El cliente comienza a exigir más calidad. En esta época se hace el Control de Calidad, en el sentido de inspección de las características de un producto y satisfacer las necesidades técnicas y de producción. | La calidad se identifica con la ausencia de defectos. 1937. El término inspector de Control de Calidad aparece por primera vez en la industria WESTERN ELECTRIC COMPANY. |
| II Guerra Mundial | El objetivo era garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en cantidad y momento precisos. El concepto de calidad equivalía a asegurar la eficacia del armamento (sin importar el costo) con la mayor y más rápida producción (eficacia + plazo = calidad). Los Estados Unidos fabrican materiales como apoyo a los aliados europeos. | Crearon mundiales básicos de calidad para la armada (MILITAR STANDAR) desarrollados por HAROLD DOGGE y HARRY ROMING y MARY TORREY. Se utilizan las tablas de muestreo DODGE-ROMING en la fabricación de pertrechos de guerra |

| ÉPOCA | ASPECTO RELEVANTE | RESULTADO |
|-------------------------------------|--|---|
| 1940 | Deming, desarrolló el Control Estadístico de la Calidad. | Demostró que los controles estadísticos podrían ser utilizados tanto en operaciones de oficina como en las industriales. |
| Posguerra | El objetivo de esta filosofía de trabajo era minimizar los costos a través de la calidad, satisfacer a los clientes y aumentar la competitividad de estas empresas. | En Japón el concepto de calidad equivalía a "hacer las cosas bien a la primera". Kaoru Ishikawa establece el respeto a la humanidad como filosofía y establece su método de solución de problemas conocido como "diagrama de causa - efecto" |
| 1950 Aseguramiento de la Calidad | Las actividades se realizan por personas especializadas en pequeñas tareas. De este modo nace el trabajo en cadena, el trabajo pasa de ser organizado por un artesano industrial a ser planificado por los ingenieros. | Se analiza el trabajo y se descompone en actividades sencillas. Como consecuencia disminuye el periodo de aprendizaje y aumenta la productividad. Esto supone un aumento de la competitividad. Como efectos "secundarios" aparece un descenso de la calidad por apatía, descuido, mala coordinación entre distintas funciones, etc. |
| 1954 | Juran visitó por primera vez el Japón y orientó el Control Estadístico de la Calidad a la necesidad de que se convierta en un instrumento de la alta dirección. | Juran señaló que el control estadístico de la calidad tiene un límite y que es necesario que el mismo se convierta en un instrumento de la Alta Dirección, y dijo que "para obtener calidad es necesario que todos participen desde el principio. Si sólo se hiciera como inspecciones de la calidad, estuviéramos solamente impidiendo que salgan productos defectuosos y no |

| ÉPOCA | ASPECTO RELEVANTE | RESULTADO |
|--------------------------|--|---|
| | | que se produzcan defectos”. 1960 aparece el concepto “Cero Defectos” iniciando por PHILIP CROSBY. |
| 1960 – 1990 | El cliente busca otras cosas o, aunque el producto cumpla las especificaciones del diseño, no es aceptado por el mercado. | El concepto de calidad se mide mediante el grado de satisfacción de las necesidades del cliente. Los objetivos, por lo tanto, serán satisfacer al cliente, mantener la calidad, reducción de los costos y mejorar la competitividad de la empresa. |
| | El resultado de la actividad de la empresa sea el que se pretende y no una sorpresa. | Surge la mejora continua, herramienta utilizada de diferentes maneras en cada empresa según sus necesidades y métodos de trabajo. La mejora continua está basada en una serie de pequeñas mejoras que van haciendo avanzar poco a poco a la empresa en diferentes aspectos. |
| 1990 Calidad Total | Las empresas se comprometen más en materia de calidad. | Supone integrar el concepto de calidad en todas las fases del proceso y a todos los departamentos que tienen alguna influencia en la calidad final del proceso y/o servicio prestado al cliente. |
| | Feigenbaum define que “un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de la calidad, realizados por los diversos grupos de la organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos | Se introduce el Concepto de Control Total de la Calidad (CTC). |

| ÉPOCA | ASPECTO RELEVANTE | RESULTADO |
|-----------|---|---|
| | y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes”. | |
| | Crosby, desarrolla toda una teoría basada fundamentalmente en que lo que cuesta dinero son las cosas que no tienen calidad, de todas las acciones que resaltan de no hacer las cosas bien desde la primera vez, de ahí su tesis de la prevención. | Se introduce el Concepto de Acciones Preventivas. |
| SIGLO XXI | Taguchi define la calidad como el grado de pérdida para la sociedad. El objetivo, por lo tanto es buscar el método de producción que supone un coste mínimo para la sociedad. | Entran otro tipo de consideraciones, como pueden ser las relaciones con el medio ambiente, la satisfacción de los trabajadores, etc. |
| | En un futuro el concepto de calidad se identificará con la satisfacción por el trabajo bien hecho. | Buscar la satisfacción interna (empresa), la satisfacción externa (cliente y sociedad en general), y una alta competitividad en un mercado en el que la calidad se considerará como un derecho. |

Fuente: Autora del Proyecto

3.2. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9001

3.2.1. ISO 9000:2005

Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario: La norma ISO 9000 describe los fundamentos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y especifica la terminología para los mismos.

3.2.2. ISO 9001:2008

Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos: La norma ISO 9001 especifica los requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

3.2.3. ISO 9004:2000

Directrices para la Mejora del Desempeño: La norma ISO 9004 proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

3.2.4. ISO 19011

Directrices para la Auditoría Ambiental y de la Calidad: La norma ISO 19011 proporciona orientación relativa a las auditorías de Sistemas de Gestión de la Calidad y de Gestión Ambiental.

3.3. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.3.1 Principios de Gestión de la Calidad.

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se han identificados ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser

utilizados por la Alta Dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño, los cuales se encuentran descritos en la NTC ISO 9000:2005, ellos son:

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

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

- 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 un proceso.

- e) **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.

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

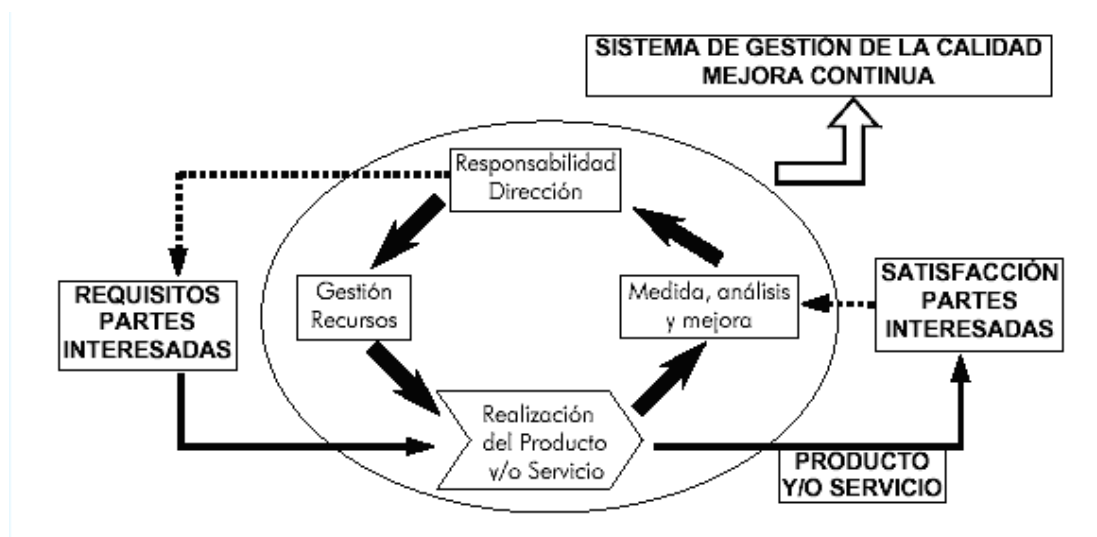
g) **Enfoque Basado en Hechos para la Toma de Decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

h) **Relaciones Mutuamente Beneficiosas con el Proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

3.3.2. Enfoque Basado en Procesos.

La estructura actual de la norma ISO 9001:2008 adopta un enfoque basado en procesos, cuya principal ventaja es “el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema del procesos, así como sobre su combinación e interacción”¹

Figura 1: Modelo de un S.G.C. basado en procesos



Fuente: ISO 9001 NORMA DE CALIDAD
< http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html>

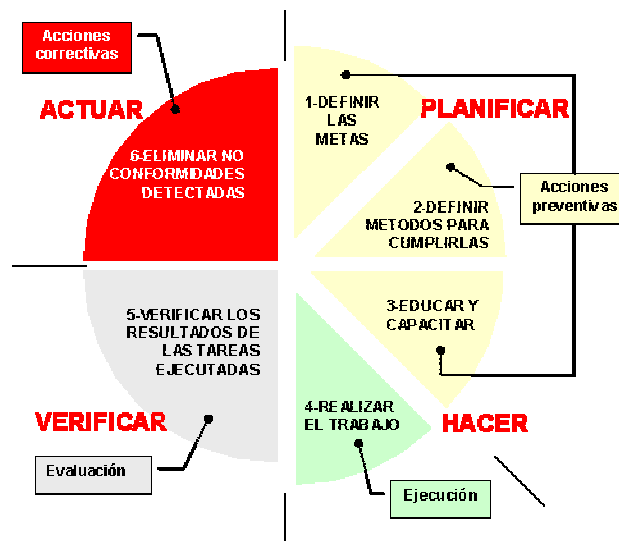
¹ NTC ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Op.cit

3.3.3 Ciclo PHVA.

“El concepto de P-H-V-A es algo que está presente en todas las áreas, (profesional y personal), y se utiliza continuamente, tanto formalmente como de manera informal, consciente o subconscientemente, en todo lo que hacemos, cada actividad, no importa lo simple o compleja que sea, se enmarca en este ciclo interminable.”²

Las normas ISO 9000 basan en el Ciclo PHVA su esquema de la Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

Figura 2: Ciclo PHVA



Fuente. CICLO PHVA <<http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>>

La Nota en el apartado 0.2 de la norma ISO 9001:2008 explica que el Ciclo PHVA aplica a los procesos tal como sigue:

² CARDOZO CORREA, Alvaro. Consultoría Organizacional – Material Didáctico. Enfoque Sistémico para la Gestión de Procesos con Mentalidad Estratégica. UNAB, Extensión Universitaria. Octubre 2005, Bucaramanga

- **“Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos”.³

Los pasos del Ciclo PHVA requieren recopilar y analizar una cantidad sustancial de datos. Para cumplir el objetivo de mejora deben realizarse correctamente las mediciones necesarias y alcanzar consenso tanto en la definición de los objetivos/problemas como de los indicadores apropiados. Para ello se dispone de una serie de herramientas para desarrollar esta tarea, son las llamadas “Herramientas de la Calidad” y la mayoría se basa en técnicas estadísticas sencillas.

3.3.4. Condiciones y características de un sistema.

Condiciones básicas de un sistema:⁴

- Un conjunto de elementos.
- Una estructura del sistema u orden interno.
- Un plan común para obtener un objetivo.
- Hay una transformación o procesamiento.
- Utiliza inputs o insumos y produce outputs o productos.
- Dotado de una regulación o control interno.

³ NTC ISO 9001:2008. Sistemas de gestión de la Calidad. Op.cit.

⁴ CARDOZO CORREA, Alvaro. Consultoría Organizacional – Material Didáctico. Enfoque Sistémico para la Gestión de Procesos con Mentalidad Estratégica. UNAB, Extensión Universitaria. Octubre 2005, Bucaramanga

- Es dinámico, pues presenta estados o situaciones en el tiempo.

Características de un sistema:

- Importancia de las relaciones entre los componentes.
- Interdependencia de las partes.
- Interés más por el todo que por las partes.
- No concibe la posibilidad de explicar un elemento si no es en su relación con el todo.
- Recibe del exterior entradas (inputs) en forma, por ejemplo, de información, o de recursos físicos, o de energía.
- Las entradas son sometidas a procesos de transformación de los cuales se obtienen unos resultados o salidas (outputs).
- Se dice que hay retroalimentación (feed-back). Esta es necesaria para que el sistema pueda ejercer control de sus propios procesos.
- Búsqueda de equilibrio gracias a la existencia de mecanismos de autorregulación.

3.4. ESTRATEGIA DE LAS 5 ESES

Las 5´S son herramientas de mejora que se centran en la eliminación de pérdidas. Una pérdida es una ganancia potencial, así que la filosofía de las 5´S se centra en el trabajo efectivo, lo simplifica y reduce las pérdidas al mismo tiempo que mejora la calidad y la seguridad

Las 5´S son iniciales de cinco palabras japonesas:

- SEIRI: Clasificar, desechar lo que no se necesita.
- SEITON: Ordenar un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.

- SEISO: Limpiar el sitio de trabajo y los equipos y prevenir la suciedad y el desorden.
- SEIKETSU: Estandarizar, preservar altos niveles de organización, orden y limpieza.
- SHITSUKE: Disciplina, crear hábitos basados en las 4´S Anteriores.

Beneficio de las 5´S: La implementación de una estrategia de 5´S es importante en diferentes áreas, por ejemplo, permite eliminar despilfarros y por otro lado permite mejorar las condiciones de seguridad industrial, beneficiando así a la empresa y sus empleados.

Algunos de los beneficios que genera la estrategia de las 5´S son:

- Mayores niveles de seguridad que redundan en una mayor motivación de los empleados.
- Reducción en las pérdidas y mermas por producciones con defectos.
- Mayor calidad.
- Tiempos de respuesta más cortos.
- Aumenta la vida útil de los equipos.
- Genera cultura organizacional.
- Acerca a la compañía a la implantación de modelos de calidad total y aseguramiento de la calidad.
- Una empresa que aplique las 5´S :
 - Produce con menos defectos.
 - Cumple mejor los plazos de entrega.
 - Es más segura.
 - Es más productiva.
 - Realiza mejor las labores de mantenimiento.
 - Es más motivante para el trabajador.
 - Aumenta sus niveles de crecimiento.

3.5. PRINCIPALES BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Enmarcar a la organización dentro del concepto de efectividad (eficacia + eficiencia).

EFICACIA:

- Lograr la misión.
- Lograr los resultados planificados para cada proceso.
- Lograr los objetivos del negocio.

EFICIENCIA

- Lograr la rentabilidad de la organización.
 - Disminuir costos, mediante el control de operaciones.
 - Optimización de los recursos.
 - Implementación de mejoras en cada proceso.
- Permite visualizar actividades que se pueden mejorar para hacerlas más eficientes.
 - Mejora la productividad.
 - Estar a la vanguardia de los negocios, prestando un mejor servicio y obteniendo la fidelidad del usuario.
 - Actividades de la organización documentadas, que relacione la comunicación del propósito y la coherencia de la acción.
 - El uso de técnicas estadísticas permiten interpretar las características de un proceso.
 - Cuantificar las competencias mediante la medición del querer, el hacer y el poder de un funcionario.
 - Establecer objetivos de calidad que sean medibles, mantenibles, aplicables, alcanzables para la organización.
 - Disminución de los costos, por fallas internas (menores tarifas de reproceso, rechazo, etc) y fallas externas (devoluciones clientes) e incremento de la competitividad.

- Establecer Planes de Control de Procesos y determinación de objetivos cuantificables y medibles.
- Al documentar los procesos se tienen indicadores que permitan medir la gestión, realizar el ciclo P-H-V-A, y buscar constantemente estrategias de mejora.
- Desarrollar en la Organización personal que posean conocimientos, y destrezas en diferentes aspectos, para realizar de manera más estructurada y consistente el trabajo, se hace deseable conformar un grupo en el cual se complementen las ideas, los procedimientos, las acciones y los resultados. (Comité de Calidad).

3.6. ORGANISMOS DE CERTIFICACIÓN

“El distintivo de Empresa Certificada ISO 9001 se observa hoy en multitud de situaciones: envases de productos, catálogos comerciales, flotas de transporte, oficinas bancarias, etc. Aunque el aspecto de este distintivo varía según la entidad certificadora que lo expide, el significado es el mismo. La empresa autorizada a exhibir el distintivo de “empresa certificada” ha superado con éxito un examen llamado “auditoría” por parte de un organismo independiente denominado ente certificador”⁵.

Entre los organismos que se encuentran acreditados mediante resolución de la Superintendencia de Industria y Comercio Colombiana como organismo de certificación para Sistema de Gestión de la Calidad basados en los requerimientos de la NTC ISO 9001:2008 son los siguientes:

⁵ GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN INTEGRAL S.A., Santiago Palom Rico. ISO 9000 versión 2000. Una visión global para toda la empresa. Barcelona - España. 2001

Tabla 2: Entes Certificadores más conocidos

| ENTE CERTIFICADOR | SELLO |
|---|---|
| Grupo SGS, Société Générale de Surveillance |  |
| Bureau Veritas Certification |  |
| Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) |  |

Otros sellos de compañías de certificación en ISO 9001.

Figura 3: Sellos de Certificación ISO 9001



Fuente: ISO 9001 NORMA DE CALIDAD
 < http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html >

4. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Foto 1: Entrada IPS Cañaverl Sede Médica



Fuente: Autora del Proyecto

Tabla 3: Generalidades Gestionarbienestar IPS

| | |
|--|---|
| NOMBRE | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS INTEGRALES GESTIONARBIENESTAR |
| SIGLA | GESTIONARBIENESTAR |
| NIT | 900.101.736-0 |
| DIRECCIÓN | CARRERA 24 No. 30 – 19 CAÑAVERL |
| TELEFONO | 6781823 |
| GERENTE GENERAL | FABIAN RENE RINCON |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD |
| OBJETO SOCIAL | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN TODAS LAS ÁREAS CONCERNIENTES A LA SALUD SIN LIMITACIÓN |
| REGISTRO CAMARA DE COMERCIO | 05-506759-21 del 2006/08/26 |
| FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA | 22 de Agosto de 2006 |

Fuente: Autora del Proyecto

4.1. RESEÑA HISTÓRICA

La Cooperativa Multiactiva de Servicios Integrales Gestionarbienestar se conformó el 17 de julio de 2006, en la ciudad de Bucaramanga.

Actualmente cuenta con más de 60.000 usuarios dentro de los cuales se destacan empresas del sector Palmicultor, tales como: Palmas Bucarelia, Indupalma; Palmas de Monterrey, Palmas del Cesar y sus respectivas cooperativas de trabajo asociado.

Con el ánimo de mejorar el acceso geográfico, y brindar una mayor comodidad a nuestros usuarios, Gestionarbienestar cuenta con sedes de atención en los municipios de Piedecuesta, Floridablanca, San Alberto, Barrancabermeja, Puerto Wilches y el corregimiento de Puente Sogamoso, dando así a los usuarios la facilidad de ser atendidos en cualquiera de las sedes sin tener una única zonificación, abarcando de esta forma, gran parte del Magdalena Medio.

4.2. MISIÓN CORPORATIVA

Gestionarbienestar es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer y segundo nivel de complejidad, que se conformó con el propósito de prestar servicios de salud integral de alta calidad, oportuna, segura, pertinente y continua. Para ello cuentan con el mejor equipo profesional con calidez humana, tecnología de punta y una adecuada infraestructura física para satisfacer las necesidades de sus usuarios.

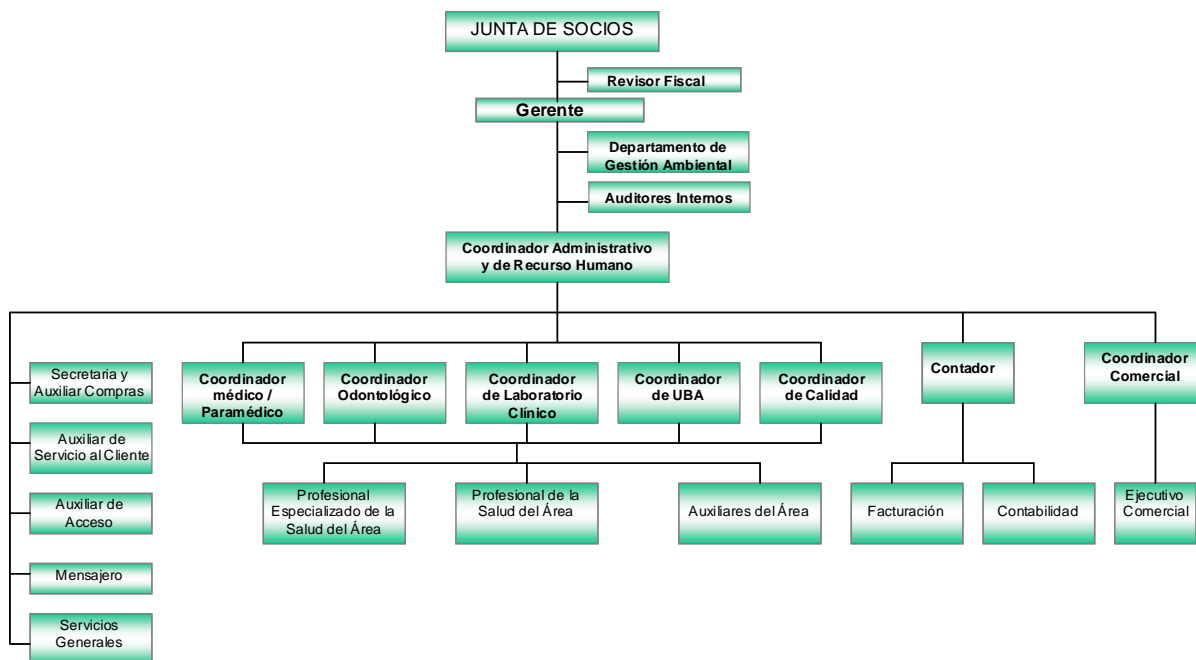
4.3 VISIÓN CORPORATIVA

Gestionarbienestar tiene la proyección de convertirse en la mejor y la más eficiente alternativa en el ramo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, líder en calidad de atención a nivel regional, que satisfaga las necesidades y expectativas de sus usuarios, así mismo ser altamente reconocida por la integridad, oportunidad, calidad y accesibilidad en la

prestación de sus servicios, logrando una transformación completa en la forma de manejar la salud apoyados siempre en gente idónea con profundo sentido humano y ético.

4.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 4: Organigrama Gestionarbienestar IPS



FUENTE: Coordinador Administrativo

4.5. TALENTO HUMANO

La IPS CAÑAVERAL de Gestionarbienestar cuenta con un total de 62 personas, distribuidas así:

Área Odontológica IPS CAÑAVERAL

| | |
|--------------------------|---|
| Auxiliares Odontológicas | 3 |
| Odontólogos | 7 |

| | |
|--------------------|---|
| Odontopediatría | 1 |
| Auxiliar Recepción | 2 |

Área Médica IPS CAÑAVERAL

| | |
|--|----|
| Médicos Generales: | 8 |
| Médicos Promoción y Prevención: | 3 |
| Nutricionista: | 1 |
| Psicólogo : | 1 |
| Enfermeras: | 3 |
| Auxiliar de Enfermería: | 3 |
| Servicio al Cliente (Call Center y Recepción): | 10 |
| Servicios Generales: | 3 |
| Bacteriólogos: | 4 |
| Auxiliares de Bacteriología: | 5 |
| Área Administrativa: | 8 |

4.6. EQUIPO

Para la prestación de sus servicios la IPS cuenta con los siguientes equipos:

4.6.1. Equipos Asistenciales IPS Odontológica Cañaverál:

- Unidades Odontológicas
- Piezas de alta Velocidad
- Contra ángulos
- Equipo de Rayos X
- Compresores
- Instrumental de Operatoria
- Lámparas de Fotocurado
- Micromotores
- Amalgamadores
- Scaler
- Instrumental Básico
- Instrumental de Cirugía

- Instrumental de Periodoncia
- Autoclave

4.6.2. Equipo de Apoyo IPS odontológica cañaveral

El servicio de odontología cuenta con seis (6) computadores, cuatro (4) instalados en los consultorios y dos (2) en la recepción, además de una (1) impresora; y un (1) dosímetro.

4.6.3. Equipos Pequeños Procedimientos

Se cuenta con:

- Equipo de Onicectomía
- Antisépticos y Antibióticos
- Suero Fisiológico o Agua Estéril
- Guantes Estériles y Limpios
- Jeringas y Aguja Hipodérmica
- Carro de curaciones con material e instrumentos estériles
- Tijeras
- Apósitos
- Mechales de gasas
- Gasas
- Bandeja

4.6.4. Equipos Asistenciales Médico Cañaveral

Los equipos asistenciales utilizados durante las actividades de medicina incluyen:

- Tensiómetros
- Otoscopios
- Básculas
- Pesabebe
- Tabla de Snell
- Dopler
- Fonendoscopio
- Equipo de Órganos
- Infantómetro
- Tabla de Medición
- Tensiómetro Pediátrico
- Nevera

- Termómetro Digital

4.6.5. Equipos de Apoyo IPS Médico Cañaverál

El servicio de Promoción y Prevención cuenta con seis (6) computadores y dos (2) impresoras, instalados en los consultorios de enfermería (2), consultorios de promoción y prevención (3), riesgo cardiovascular (1).

El servicio de medicina cuenta con doce (12) computadores instalados en los consultorios, además cada uno cuenta con camilla; y (1) impresora en recepción.

4.7. INSTALACIONES

Servicio de Promoción y Prevención: Cuenta en la sede Médica Cañaverál con seis (6) consultorios para la realización de sus actividades, uno en el primer piso, tres en el segundo piso y dos en el tercer piso. Y en la sede Odontológica posee dos (2) consultorios, uno para vacunación y otro para la toma de citologías.

Servicio de Medicina: Cuenta con doce (12) consultorios para la realización de sus actividades, ubicados en las instalaciones de la sede Médica Cañaverál así:

7 Consulta Externa.

2 Consulta Especializada.

3 Promoción y Prevención.

Cada consultorio cuenta con la siguiente dotación: camilla, lámpara cuello de cisne, mesas de mayo, escritorio y equipo de cómputo.

La Sede Médica cuenta con un auditorio que permite la realización de reuniones grupales y actividades educativas de promoción y prevención.

Además cuenta con:

- Sala de Charlas.
- Consultorio de Nutrición.
- Consultorio de Psicología.
- Archivo de Historias Clínicas Médicas.
- Salas de Espera con baños: Hombres y Mujeres.
- Sala de Procedimientos Menores.
- Plataforma (recepción).

Servicio de Odontología: Cuenta con ocho (8) consultorios para la realización de sus actividades, ubicados en las instalaciones de la IPS Odontológica Cañaveral, así:

5 Consulta Externa

2 Laboratorio Clínico

1 Toma Muestras Laboratorio

Además cuenta con:

- Sala de Charlas.
- Archivo de Historias Clínicas Odontológicas.
- Salas de Espera con baños: Hombres y Mujeres.
- Área de Esterilización.
- Cuarto de Rayos X.

4.8. *NORMATIVIDAD*

Toda entidad prestadora de servicios de salud en lo concerniente con la calidad de los servicios está regulada por:

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad en Salud, fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes así:

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
- Sistema Único de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad.

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

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica, que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que

amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.⁶

Otras normas que rigen la prestación de servicios y la calidad en salud, se encuentran las siguientes:

- Ley 100 de 1993 (ley estatutaria).
- Decreto 1011 de / 2006 ((Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud del sistema general de seguridad social en Salud: Sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad; Sistema único de acreditación y Sistema de información).
- Ley 35 De 1989 (Código de ética del odontólogo).
- Ley 1122 de 2007 (Modifica la ley 100).
- Resolución 5261 de 1994 (POS).
- Resolución 1995 de 1999 (Historia clínica).
- Resolución 0412 de 2000 (Promoción y prevención).
- Resolución 03384 de 2000 (Modifica la Res. 412).
- Resolución 2183 de 2004 (Manual de buenas prácticas de esterilización).
- Resolución 1043 de 2006 (Reglamenta la habilitación y la auditoria para el mejoramiento de la salud).
- Resolución 1446 de 2006 (Define El Sistema De Información Y Se Adoptan Los Indicadores De Monitoreo Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad).
- Circular 30 de 2006 (Indicadores).
- Res. 2346/2007 (Historia médica ocupacional).

⁶ Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [En línea]Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, 2007. <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx> (Consulta: 17 de enero de 2009)

- Protocolos y Guías de manejo entregados por las entidades contratantes.

4.9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

GestonarBienestar IPS, mantiene tres tipos de clientes:

- EPS
- PARTICULARES
- CORPORATIVOS

El cliente más importante es COOMEVA EPS.

La empresa presta los servicios de:

Área Médica:

- Consulta Médica Oportuna.
- Consulta Médica Especializada.
- Consulta Médica Externa.
- Consulta Médica Domiciliaria.
- Consulta de Nutrición.
- Consulta de Psicología.
- Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico.
- Optometría.
- Terapia Física y Respiratoria.
- Imagenología.

Área Odontológica:

- Odontología General.

- Periodoncia.
- Cirugía Maxilofacial.
- Rehabilitación Oral.
- Endodoncia.
- Odontopediatría.
- Ortodoncia.
- Blanqueamiento.
- Estética Dental.

Área Laboratorio Clínico

- Hematología.
- Química Clínica.
- Parasitología.
- Hormonas.
- Inmunología.
- Uroanálisis.
- Parasitología.
- Microbiología.

Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Enfermedades de Interés en Salud Pública:

- Vacunación.
- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Detección Temprana de Alteraciones del Joven.
- Planificación Familiar.
- Control Prenatal.
- Tamizaje para Detección Cáncer de Cerviz o Cuello Uterino.
- Riesgo Cardiovascular.
 - Hipertensión.

- Diabetes.
- Dislipidemia.
- Hipotiroidismo.
- Detección Temprana de Cáncer de Mama.
- Atención del Post Parto y del Recién Nacido.
- Detección Temprana de Alteraciones de Adulto Mayor.
- Detección Temprana de Alteraciones de Agudeza Visual.

Procedimientos de Baja Complejidad o Pequeños Procedimientos:

- Retiro de Puntos.
- Curaciones.
- Inyectología.
- Cirugías Odontológicas.
- Drenaje de Abscesos.
- Lavado Ocular.
- Lavado de Oídos.
- Onicectomía (Extracción de uña encarnada).

4.10. PROVEEDORES

Tabla 4: Proveedores y Tipo de Suministro

| NOMBRE DE PROVEEDOR | PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO |
|---------------------------------------|---|
| ALDENTAL S.A. | Insumos para Odontología, Laboratorio Clínico, Enfermería |
| LABCARE DE COLOMBIA LTDA | Insumos de Laboratorio Clínico |
| ORTHO PROFESSIONAL DENTAL LTDA | Insumos par Odontología |
| PAPELERIA DIDACTICA S.A. | Insumos para todas las áreas |
| MULTINSUMOS LTDA | Insumos para Enfermería |

| NOMBRE DE PROVEEDOR | PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO |
|---|---|
| ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR LTDA | Insumos para Laboratorio Clínico |
| DISTRIBUIDORES CLINICOS LTDA | Insumos para todas las áreas |
| LA MUELA S.A. | Insumos para Odontología, Laboratorio Clínico, Enfermería |
| SURTI CLINICOS DEL ORIENTE S.A | Insumos para Odontología |
| ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA LTDA | Insumos para Laboratorio Clínico |
| INDUTEL LTDA | Insumos para Laboratorio Clínico |
| BEHNER LTDA | Insumos para Laboratorio Clínico |
| IMÁGENES DIAGNOSTICAS | Servicio de Ecografías, radiografías, etc |
| LABORATORIO T.Q.C. | Muestras especializadas Laboratorio Clínico |
| SANDESOL | Desechos Hospitalarios |
| MEDICAL IN | Mantenimiento de Equipos |

Fuente: Autora del Proyecto

Por información suministrada por la sección de compras de la empresa los proveedores seleccionados se evalúan según 4 criterios, los cuales fueron tenidos en cuenta para la documentación del proceso:

- Condiciones de Pago.
- Puntualidad en la entrega del insumo.
- Especificaciones del insumo.
- Garantía del Insumo.

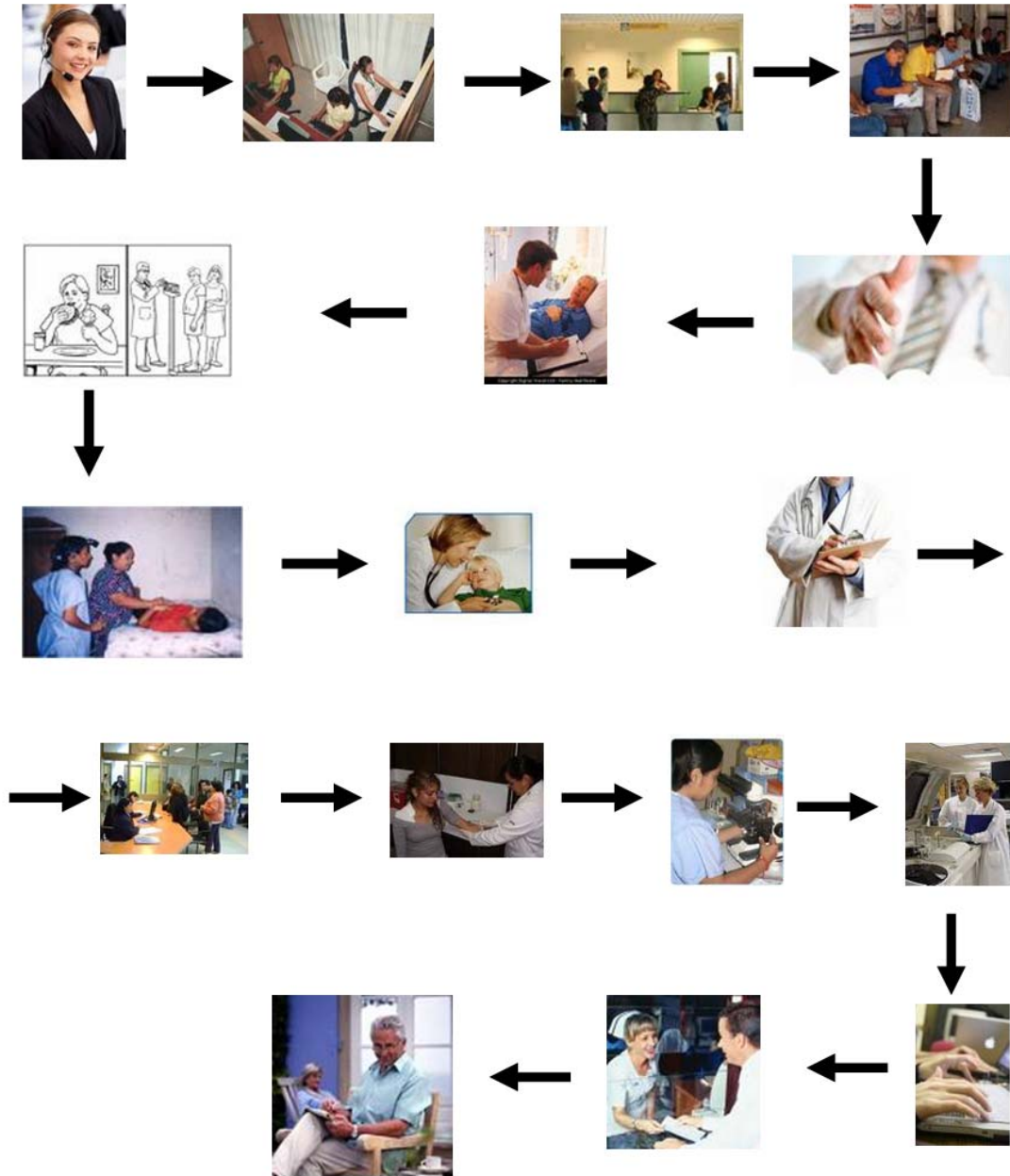
4.11. DESCRIPCIÓN DE LAS OPERACIONES

El proceso para la prestación del servicio de la Sede Cañaveral en la cual se realiza el presente proyecto, comienza con la comunicación entre la EPS y la IPS, o también búsqueda de clientes corporativos para la prestación de un tipo de servicio de salud determinado, ejemplo: odontología, laboratorio clínico; determinadas las condiciones del contrato por parte del área comercial y gerencia, se continúa con la prestación del servicio como tal, inicia con la solicitud por parte del usuario de una cita puede ser médica, odontológica, o de especialista, posteriormente continúa con el cumplimiento de la cita el día asignado y el chequeo físico pertinente de acuerdo a la clase de consulta o necesidades de salud del usuario, terminada la inspección por el profesional de la salud, continúa el paciente con toma de exámenes de laboratorio para consulta médica o de especialista o tratamiento odontológico si para éste aplican, e inicia nuevamente la solicitud de la cita pertinente para mostrar los resultados.

Las políticas para la prestación de cualquier servicio son definidas e implementadas en el área, por el coordinador de servicio, quién realiza la programación de las actividades a corto, mediano y largo plazo, considerando variables que influyan en la eficiencia de la prestación del servicio y en las disposiciones y compromisos adquiridos por la EPS y Organismos de Control del Sector Salud, y que adicional a otras funciones debe constatar que el personal a su cargo asimila y ejecuta las directrices planificadas.

Para entender el Proceso de Prestación del Servicio se presenta el siguiente esquema:

Figura 5: Secuencia Servicio Médico con Laboratorio Clínico



Fuente: Autora del Proyecto

Los pasos de consulta médica y laboratorio clínico tenemos:

1. Recepción de la Llamada Telefónica
 2. Asignación de la Cita por el software Ciklos Coomeva
 3. Cumplimiento de la Cita, pago cuota moderadora o copago
 4. Espera en la Sala
 5. Llamamiento por parte del Doctor y Saludo al Paciente
 6. Diligenciamiento de Historia Clínica en Ciklos por el Doctor
 7. Preguntas sobre la consulta (entorno, hábitos, trabajo, etc)
 8. Chequeo Físico
 9. Toma de 3 puntos Vitales
 10. Diagnóstico y Formulación
 11. Autorización Ordenes (medicamentos, especialistas, laboratorio, etc)
 12. Laboratorio Clínico – Toma de Muestra
 13. Laboratorio Clínico – Análisis de Muestra
 14. Laboratorio Clínico – Resultados
 15. Laboratorio Clínico – Digitación y Validación de la Digitación
 16. Entrega de Resultados
- Satisfacción del Usuario

5. DIAGNÓSTICO EMPRESARIAL

En esta etapa se determina el nivel de cumplimiento de los numerales o requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, con la situación actual de la empresa, además se contemplan herramientas básicas de Ingeniería Industrial como la Encuesta de Satisfacción o Percepción del servicio de la IPS por parte del usuario, Inspección en cuanto al cumplimiento de las 5'S, y realización de la matriz DOFA.

Los resultados se toman como base para la propuesta de un plan de trabajo que conduzca a la consecución del alcance del presente proyecto, a saber: diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008. Contempla la realización de 2 auditorías internas con la elaboración e implementación de sus respectivos planes de mejoramiento e inscribir a Gestionarbienestar IPS a un ente certificador y que el organismo manifieste a la empresa el inicio del proceso de certificación.

5.1. NUMERALES NTC ISO 9001:2008 Vs SITUACIÓN ACTUAL

Para verificar el cumplimiento con los numerales de la norma se realizaron entrevistas y observación directa a los coordinadores de servicios, coordinador administrativo y de recurso humano, coordinador área garantía de la calidad, y la secretaria y auxiliar de compras.

El instrumento que estimó el grado de avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa, fue el formato establecido por la entidad consultora Procalidad Consultores Ltda, "Informe Avance Proyecto ISO 9001". La

primera vez que se aplicó fue el 7 de Enero de 2009, evaluando el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2008.

Los criterios determinados para la verificación del cumplimiento de la norma fueron:

Tabla 5: Criterios de Calificación Cumplimiento de la Norma

| | |
|---|---|
| 1 | Asesoría para el diseño, documentación e implementación |
| 2 | En proceso de documentación para implementación |
| 3 | En proceso de implementación (incluye aplicación de todo el ciclo PHVA) |
| 4 | En proceso de revisión para adecuación y ajustes |
| 5 | En adecuación y ajustes para auditoría interna |
| 6 | En auditoría interna |
| 7 | En adecuación y ajustes para auditoría de certificación |

Fuente: Procalidad Consultores Ltda

Ver anexo No. 01: Estado de avance proyecto ISO 9001; 7 de Enero de 2009.

5.1.1. Hallazgos del cumplimiento de la norma.

De acuerdo con los resultados del diagnóstico por medio del instrumento, se determinó que GESTIONARBIENESTAR IPS, se encontraba en 16% del cumplimiento de la norma.

Mediante entrevistas realizadas a los responsables e involucrados en la elaboración de los programas de formación y Coordinadores de Áreas, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Orden en las hojas de vida de los funcionarios no se tienen claro las competencias, formación, experiencia y habilidades de los diferentes cargos.

- Se presentan capacitaciones por parte de la EPS y de la Secretaría de Salud y se lleva registro de Asistencia pero no se realiza una planeación o programación de Capacitaciones, solo se generan en el momento que las entidades mencionadas les informan.
- No hay un patrón que oriente la evaluación de competencias y que relacione el nivel requerido para cada uno de los cargos y el nivel que realmente poseen las personas; por tanto, no se identifican posibles brechas en las competencias y no se crean programas encaminados a superar estas discrepancias.
- No se evalúa la calidad de los diferentes programas de formación y por tanto no se identifican aspectos que pudieran estar afectando el logro de los objetivos de los programas de formación.
- Necesidad de fortalecer el conocimiento sobre proceso, procedimiento, formato, registro para el coordinador de área y su personal.
- Falta coherencia entre lo planificado por el coordinador de área y lo que se hace en realidad.
- Falta mejor definición de los procesos, referente a las actividades.
- Se requiere enfatizar en la interacción y los límites de cada área, según las actividades realizadas
- Hace falta incluir los formatos correspondientes a cada área, pues aportarían valor al área, en el análisis y control de operaciones.
- Realizar una revisión formal de los manuales y guías de cada área.
- Falta una metodología para unificar la forma de redacción de los documentos y encabezado o estructura de los formatos de las diferentes áreas.
- Falta identificación de copias de seguridad de registros magnéticos.
- Falta de pautas a las áreas sobre el control de documentos y registros, que aseguren su adecuada divulgación y aplicación.

- No se cuenta con indicadores de los procesos. Mantienen indicadores que deben diligenciar para COOMEVA EPS.
- No se cuenta con evidencia del seguimiento y medición del proceso.
- Falta mejorar el control de los dispositivos de seguimiento y medición.
- Falta actualización de hojas de vida de los equipos necesarios para la prestación del servicio, falta documentar y registrar.
- No hay documento sobre el Producto o Servicio No Conforme aunque se tiene claro cuáles son. Se maneja un concepto de “eventos adversos”.
- Se requiere la divulgación del contenido de las quejas de los clientes que llaman “Atentos”.

5.2. INSPECCIÓN CONFORMIDAD 5´S

Uno de los numerales de la norma que fue aclarado en la cuarta actualización versión 2008 se refiere al ambiente de trabajo, enfocado hacia el mejoramiento de la productividad del personal manteniendo un entorno adecuado para desempeñar la labor, integrando con ello a directivos, coordinadores y personal asistencial y de apoyo en acciones claves para crear una cultura de orden, disciplina y progreso personal.

El esfuerzo que realiza el personal para mejorar las condiciones de trabajo implementando las 5´S en cualquier organización, da como resultado la satisfacción de los mismos, para ello es necesario un alto grado de disciplina por parte de todos los niveles de la organización, cuya implantación puede ser uno de los primeros pasos del cambio hacia la mejora continua, que además se fundamenta en esquemas psicopedagógicos para promover un cambio de cultura en la empresa a partir de rituales cotidianos en cada una de las actividades que desempeñe el personal.

Del diagnóstico inicial realizado en la organización con relación a las 5´S se obtuvo como resultado:

Foto 2: Inspección inicial cumplimiento cultura 5´S

| | |
|---|--|
|  |  |
| Oficina Director Administrativo y de Recurso Humano | Recepción Sede Médica |
|  |  |
| Sección Laboratorio Clínico | Oficinas Coordinadores de Servicios |

Fuente: Autora del Proyecto

Hallazgos inspección cumplimiento 5´S:

- Las persianas de todas las oficinas tienen polvo, Excepto el área de coordinación de servicios.

- A nivel de todas las áreas no se tiene identificación a los cajones, con relación a que es lo que se encuentra en ellos.
- Los funcionarios no cuentan con un paño para la limpieza de su puesto de trabajo, ni líquido de limpiar los muebles y espuma especial para limpiar equipos de cómputos, cuyos elementos deben ser administrados por el responsable del área.
- El área de recepción de laboratorio clínico, trabajan con incomodidad, por lo que es difícil mantener el cumplimiento de las 3 eses operativas y la S de bienestar pues la posición ergonómica en que deben operar no es adecuada.
- En el área de recepción de laboratorio clínico no cuentan con otra caja para el dinero, y deben guardarlo en el cajón sin ninguna seguridad.
- En los baños públicos se presentan malos olores cuando se acumulan pacientes, debido a que el extractor de olores solo funciona cuando prenden la luz.
- No están identificadas correctamente las zonas pues se presenta señalizaciones no adecuadas, en cuanto a estética y nombres.
- El personal en su mayoría no saben dónde está ubicado el extintor en caso de emergencia y no se presenta un plan de evacuación.
- El consultorio de Nutrición no cuenta con la báscula pesabebes, por lo cual la Dra de Nutrición debe pedir prestado a Promoción y Prevención dicha herramienta y trasladarse para allí.
- Las personas encargadas del aseo no cuentan con el escobón para alcanzar alturas
- Todo el personal busca una posición adecuada para el desarrollo de sus actividades, sin embargo es bueno enfatizar en posiciones ergonómicas y de evitar al máximo el giro de cuello.

Como resultado de la inspección de 5´S en cuanto al cumplimiento se tiene la siguiente ponderación:

- SEIRI: Clasificar: 10%
- SEITON: Ordenar: 10%
- SEISO: Limpiar: 15%
- SEIKETSU: Estandarizar: 15%
- SHITSUKE: Disciplina 15%

En total las distintas áreas de la empresa están en un cumplimiento de un 65% de la cultura de las 5´S, para lo cual se planteó realizar capacitación en éste tema por parte del consultor de la empresa y posteriormente realizar una auditoría para evaluar el compromiso del personal.

5.3. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Un Sistema de Gestión de la Calidad bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008 se fundamenta en la comprensión de las necesidades y expectativas de los clientes y la satisfacción de éstos, asegurando con ello que las actividades realizadas por la organización han sido ejecutadas conforme a unos numerales establecidos en dicha norma que ayudan a la buena gestión de la empresa.

Un aspecto fundamental es obtener información acerca de las características de la población o parámetros de estudio, una encuesta nos provee dicha información acerca de una población finita, sobre distintas variables de estudio desconocidos y que pueden llegar a ser valores cuantitativos de interés para la organización. El acceso a los elementos de la población se realiza mediante los marcos muestrales, obteniendo una muestra por

mecanismos aleatorios, es decir, muestra probabilística, para observar el comportamiento de los elementos de la muestra y con ellos estimar los parámetros de interés.

Determinación del Tamaño de la Muestra

La toma de la muestra para la aplicación de las encuestas será mediante la aplicación de la formula:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde

$$n' = \frac{s^2}{\sigma^2}$$

$$s^2 = p \times (1 - p) \qquad \sigma^2 = (se)^2$$

Teniendo en cuenta:

N: El número de usuarios que acudieron a consulta del servicio en el mes inmediatamente anterior al mes a evaluar.

p = nivel de confianza, establecida en un 90%

se = error estandar, establecido en 0.015

Para obtener una información adecuada al escoger un muestra, e inferir sobre ella, se establece un error estándar de 0.015 al 90% de confiabilidad, y una población de usuarios del servicio médico en la IPS de 4.500 mes, tenemos:

$$n = \{ [0.9 * (1-0.9)] / (0.015)^2 \} / \{ 1 + [(0.09/0.015^2) / 4.500] \}$$

$$n = 368$$

Para nuestro estudio se toma una muestra aproximada a 400.

Entre las técnicas y enfoques para la recolección de datos se aplica un cuestionario para establecer la percepción del usuario en cuanto a la calidad del servicio, este cuestionario se muestra en el anexo No. 02: Plantilla para encuesta de satisfacción inicial.

Para su aplicación se solicitó a cada Coordinador de Área que estableciera los horarios en que hubiera mayor concurrencia de usuarios. La prueba se realizó por espacio de 5 minutos, tiempo para el cual se diseñó; fue aplicada de manera voluntaria al usuario.

Una vez finalizada la recolección de los datos se continuó con el procesamiento de los mismos; para tal fin se determinó agrupar las respuestas dadas por el usuario en categorías, de acuerdo con la similitud de las mismas. Ver Anexo No. 03: Informe de resultado de la encuesta de satisfacción del usuario.

De la muestra tomada podemos inferir que el 77% de la población atendida corresponde a mujeres y el 23% a hombres, el 3% corresponde a particulares, el 43% a beneficiarios y el 54% a cotizantes.

Si verificamos sobre los servicios más requeridos por la población femenina, tenemos que el 43% solicita “Ca Cervix” (Citología). Del total de encuestados, los servicios más solicitados son: 80% consulta médica y 74% laboratorio clínico.

El aspecto de “atención en salud con calidad humana” se verifica en la pregunta en la cual se interroga al encuestado sobre ¿qué es CALIDAD? y el

86% respondió: “Buena Atención, amabilidad, paciencia, calidad humana, sepan tratar la gente, cariño” y cuya respuesta se corrobora con la pregunta: ¿qué aspectos considera importantes para sentir SATISFACCIÓN?, a la cual respondió el 69% que el trato del personal, pero al examinar la pregunta: ¿qué aspectos considera como POSITIVOS de Gestionar bienestar?, solo el 29% mencionó la atención del personal. Es decir la entidad presenta una carencia en este sentido.

5.4. MATRIZ DOFA

Cuando implementamos un Sistema de Gestión de Calidad, la organización en conjunto busca un mejoramiento, pero primero debemos detectar las Fortalezas y Debilidades y a cada una asignar su Oportunidad de Mejora o su Amenaza. La matriz DOFA fue utilizada por la autora del proyecto como instrumento metodológico que sirve para identificar los puntos en los cuales la Gerencia debe aportar mayor compromiso, mediante acciones posibles y que la factibilidad se encuentre en la realidad misma de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.

Teniendo en cuenta la utilidad de esta herramienta para entender y tomar decisiones en toda clase de situaciones, se generó la siguiente para Gestionar Bienestar IPS.

| FORTALEZAS | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|--|---|-----------------|
| 1. Participación de los Coordinadores de Servicio en las decisiones de la empresa. | 1. Mayor sentido de pertenencia de los Coordinadores. | |
| 2. Nivel educativo profesional del personal. | 2. Trabajo Calificado. | |

| FORTALEZAS | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|---|---|----------|
| 3. Conocimiento del Portafolio de Servicios de la Empresa. | 3,4,5. Calidad de información y respuesta positiva a las necesidades del mercado interno y externo. | |
| 4. Permanente capacitación y formación por parte de la empresa, EPS y Secretaría de Salud. | | |
| 5. Preocupación por el mejoramiento de la calidad del servicio. | | |
| 6. Alto nivel de liderazgo y habilidades gerenciales de los Coordinadores de Servicio. | 6,7. Mejoramiento del impacto en el mercado. | |
| 7. Compromiso y Responsabilidad Social. | | |
| 8. Capacidad para desarrollar tareas bajo presión. | 8. Creación de altos estándares de competitividad. | |
| 9. Contacto de los Coordinadores de Servicio con asociaciones del área de salud a nivel nacional e internacional. | 9. Actualización permanente en los procesos y normas de los servicios de la empresa a menor costo. | |
| 10. Desarrollo de nuevos servicios (odontología particular y estética, laboratorio clínico a empresas). | 10. Penetración en nuevos nichos de mercado. | |
| 11. Promoción Interna de los Funcionarios. | 11. Sentido de Pertenencia. | |
| 12. Infraestructura y elementos de trabajo. | 12. Mejora los resultados del Clima Laboral. | |
| 13. Relaciones Interpersonales y trabajo en equipo. | 13. Grado de Compromiso. | |

| DEBILIDADES | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|--|---|--|
| 1. Ausencia en la Construcción de un Plan Estratégico a nivel de las diferentes Áreas. | 1. Mejoramiento de los resultados. | |
| 2. Ausencia de presencia en los medios de Comunicación. | 2. Mejorar el nivel de recordación y posicionamiento de la marca en la mente del usuario. | 2 Captura de Usuarios por parte de la Competencia. |
| 3. Ausencia del posicionamiento de la imagen y marca de la Empresa en los usuarios. | | 3. Captura de Usuarios por parte de la Competencia. |
| 4. Alto volumen de retiro de usuarios. | 4. Desarrollar Estrategias de Fidelización. | |
| 5. Carga Operacional a nivel de los Colaboradores en cada Área. | | 5. Exposición al alto riesgo operacional y desmejora del servicio. |
| 6. Ausencia de Indicadores de Gestión. | 6. Análisis de los procesos y mejoramiento de estos. | |
| 7. Debilidad en el proceso de comunicación interna. | 7. Mejoramiento de los resultados. | |
| 8. Compromisos del personal centralizado en operaciones y no en resultados | | 8. Mal servicio y riesgo operacional |

6. PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL S.G.C.

Para diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) en una empresa se requiere, ante todo, del compromiso de la Dirección Mediante su autoridad sobre los Coordinadores o Directores de Áreas se puede disponer de tiempo para todas las actividades necesarias para el desarrollo de los temas a tratar, indispensables para dar cumplimiento a la norma NTC ISO 9001:2008.

Partiendo del diagnóstico inicial podemos considerar que:

- Existe documentación importante con relación a la parte asistencial exigida por los entes de control como Ministerio de Protección Social y Secretaría de Salud Departamental y Municipal.
- Se tiene fácilmente identificados los procesos pero falta realizar la interacción con todos y la comunicación.
- El compromiso de la Dirección y de los Coordinadores de Áreas está bien enfocado en implementar el Sistema de Gestión de Calidad para la empresa, como cultura de mejoramiento de los procesos y calidad en el servicio de salud prestado por la entidad.
- Existen fallas considerables en la cultura de las 5'S por parte de todo el personal (administrativo, asistencial, y de apoyo).
- Se presenta carencia en el establecimiento de las responsabilidades a desarrollar por cada uno de los funcionarios.
- La percepción del usuario con relación al servicio prestado es buena en el momento de calificarla, pero la organización se debe enfocar en desarrollar habilidades a los colaboradores, que se encaminen en el trato amable y cálido hacia el usuario.

Al tener claro el punto de partida el siguiente paso, es planear en tiempos coherentes las fases para la ejecución del proyecto y el logro de la certificación de la entidad en la norma NTC ISO 9001:2008, considerando siempre que la Autora del Proyecto, debe tener la autoridad de orientar a quien considere necesario y la responsabilidad de velar porque todos los responsables de los procesos actúen de forma coherente con el Sistema de Gestión de Calidad, es decir, manejar estandarización en el momento de diseñar, documentar, e implementar cualquier tipo de actividad que lo requiera, y en consecuencia, el control de los registros y la utilización de éstos para identificar puntos de mejora por parte de los coordinadores.

Las fases estipuladas para la ejecución del proyecto se fundamentan en el ciclo Deming P-H-V-A, con orientación de la metodología de trabajo del Consultor de la empresa, Ricardo Correa y su firma Procalidad Consultores Ltda. Siguiéndolas se tienen las siguientes fases:

6.1. FASE DE “PLANEACIÓN” DEL PROYECTO

| ACTIVIDADES A DESARROLLAR O TEMAS A TRATAR | METODOLOGÍA | PARTICIPAN | PRODUCTO Y/O EVIDENCIA |
|--|---|---|---|
| Crear en el personal las bases necesarias para la comprensión de la serie de normas ISO 9001 y su posterior aplicación durante la implementación del SGC en la empresa | Charla sobre "sensibilización ISO 9001" | Todo el personal de la organización | Personal consciente de la necesidad de implementar el SGC en la organización. Registro de asistencia |
| Conformación del comité de calidad y definición de los diferentes procesos. | Reunión | Consultor de la Empresa y Gerente Acompañamiento Estudiante (Facilitadora de Calidad) | Acta de comité de calidad |
| Designación del representante de la dirección y definición de su responsabilidad y autoridad como tal | Reunión | Consultor de la Empresa y miembros del Comité de Calidad Acompañamiento Estudiante (Facilitadora de Calidad) | Acta de comité de calidad |
| Conformación de equipos de trabajo para el desarrollo del proyecto y designación de respectivos líderes y demás integrantes. | Reunión | Consultor de la Empresa miembros del Comité de Calidad Acompañamiento Estudiante (Facilitadora de Calidad) | Acta de comité de calidad |

| ACTIVIDADES A DESARROLLAR O TEMAS A TRATAR | METODOLOGÍA | PARTICIPAN | PRODUCTO Y/O EVIDENCIA |
|--|-------------|---|---------------------------|
| Definición de recursos físicos para el desarrollo del proyecto (lugar de trabajo apropiado, muebles de oficina, video beam, y PC con respectiva impresora) | Reunión | Consultor de la Empresa, Gerente Acompañamiento Estudiante (Facilitadora de Calidad) | Acta de comité de calidad |
| Elaboración, presentación, revisión, ajuste y comunicación del cronograma detallado de actividades para el proyecto (Fase HACER) | Reunión | Estudiante (facilitadora de Calidad) y miembros del Comité de Calidad | Acta de comité de calidad |

6.2. FASE DE "HACER" DEL PROYECTO

Esta fase se apoya en el diagnóstico inicial de verificación de cumplimiento de los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008, con la documentación y situación actual de la empresa.

Para dichas actividades se plantea un cronograma de trabajo con fechas específicas, teniendo en cuenta el tiempo de operatividad de la empresa de Lunes a Viernes de 7 am a 7 pm en jornada continua y Sábados de 7 am a 1 pm, con dos turnos de trabajo. Ver anexo No. 04: Cronograma Fase "Hacer" del Proyecto.

6.3. FASE DE "VERIFICACIÓN" DEL PROYECTO

| ACTIVIDADES A DESARROLLAR O TEMAS A TRATAR | METODOLOGÍA | PARTICIPAN | PRODUCTO Y/O EVIDENCIA |
|---|-------------|---|------------------------------|
| Llevar a cabo la primera auditoría interna para determinar si el sistema de gestión de calidad ha sido implementado por la organización y por los responsables de los procesos según los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008 | Auditoría | Equipo auditor y auditados (líderes de procesos principalmente) | Informe de auditoría interna |
| Llevar a cabo la segunda auditoría interna para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001 y con los requisitos establecidos por la organización, y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz | Auditoría | Equipo auditor y auditados (líderes de procesos principalmente) | Informe de auditoría interna |

Al terminar las acciones pertinentes para cerrar las No Conformidades presentadas en la primera auditoría y según la percepción del Consultor de

la Empresa Ricardo Correa, Procalidad Consultores Ltda, se debe establecer contacto con el ente certificador que la organización decida.

6.4. FASE DE “ACTUAR” DEL PROYECTO

| ACTIVIDADES A DESARROLLAR O TEMAS A TRATAR | METODOLOGÍA | PARTICIPAN | PRODUCTO Y/O EVIDENCIA |
|---|--------------------|--|--|
| Capacitación sobre toma de acciones correctivas y preventivas para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir u ocurran respectivamente | Capacitación | Asesor y líderes de procesos del SGC | Personal con capacidad para tomar acciones correctivas y preventivas Registro de asistencia |
| Llevar a cabo acciones correctivas por las no conformidades y acciones preventivas, reportadas en las auditorías internas | Reunión | Asesor y líderes de procesos del SGC afectados | Acciones correctivas |
| Seguimiento al estado de acciones correctivas generadas en las auditorías internas y aportes para la solución de las mismas. | Seguimiento | Asesor y líderes de procesos del SGC | Informe sobre el estado de las acciones correctivas y preventivas |

7. TÉCNICAS UTILIZADAS

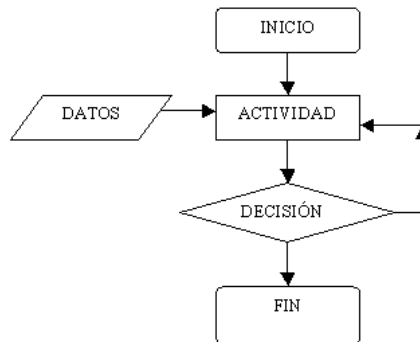
7.1. DIAGRAMA DE FLUJO

Esta herramienta para datos no numéricos sirve como metodología para definir los procedimientos en la documentación, en el marco de la norma ISO 9001:2008.

Los diagramas de flujo facilitan la representación de cantidades considerables de información en un formato gráfico sencillo. Está compuesto por operaciones, decisiones lógicas y ciclos repetitivos que se representan gráficamente por medio de símbolos estandarizados, óvalos para iniciar o finalizar el algoritmo; rombos para comparar datos y tomar decisiones; rectángulos para indicar una acción o instrucción general; entre otros. Son Diagramas de Flujo porque los símbolos utilizados se conectan en una secuencia de instrucciones o pasos indicada por medio de flechas.

Utilizar diagramas de flujo en la empresa, para representar soluciones de problemas, implica que los trabajadores: se esfuercen para identificar todos los pasos de una solución de forma clara y lógica (ordenada). Adicionalmente, los diagramas de flujo facilitan a otras personas la comprensión de la secuencia lógica de la solución planteada y sirven como elemento de documentación en la solución de problemas o en la representación de los pasos de un proceso.

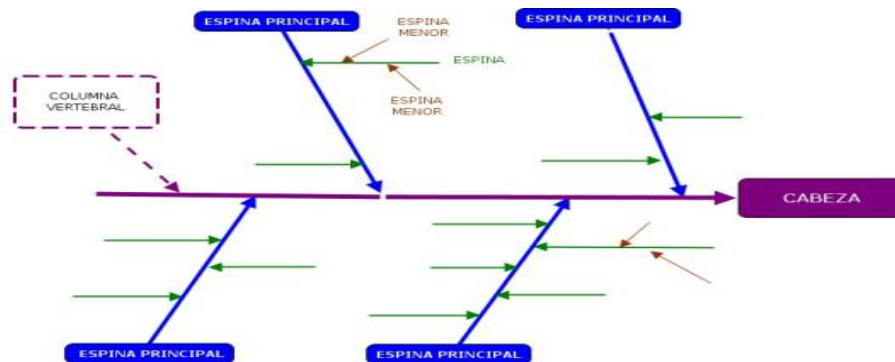
Figura 6: Esquema de diagrama de flujo



Fuente: <http://www.google.com.co> (imagen diagramas de flujo)

7.2. DIAGRAMA CAUSA - EFECTO

Figura 7: Diagrama Ishikawa



Fuente: <http://www.eduteka.org/DiagramaCausaEfecto.php>

“Esta gráfica, conocida como DIAGRAMA DE ISHIKAWA, es una representación de la relación existente entre una determinada característica de calidad y los factores que le dan origen. El diagrama Causa-Efecto constituye una de las herramientas más conocidas y actualmente su uso no se limita al estudio de las características de calidad de los procesos, sino que se ha extendido a una gran cantidad de áreas afines en las ramas administrativas y de producción de las empresas. En general el diagrama

Causa-Efecto es un gráfico que muestra la relación entre características de calidad (efectos) y los factores que dan origen a dichas características (causas).

La forma básica general del diagrama, se puede asemejar a un ORGANIGRAMA HORIZONTAL, o al esqueleto de un pez.”⁷

“El Diagrama Ishikawa lo podemos establecer con:

- ✓ Tormenta de ideas estructurada acerca de posibles causas
- ✓ Examen del proceso, diligenciando algún tipo de hoja de registro
- ✓ Tener en cuenta al menos 5 M, Materiales, Mano de obra, Métodos, Maquinaria, Medición.

Aplicaciones del Diagrama Causa-Efecto:

- ✓ ANALIZAR las condiciones imperantes para mejorar la calidad de un producto o de un servicio, para un mejor aprovechamiento de recursos y para disminuir costos.
- ✓ ELIMINAR las condiciones que causan el rechazo de un producto y las quejas de un cliente
- ✓ ESTANDARIZAR de las operaciones en curso y de las que se propongan.
- ✓ EDUCAR Y CAPACITAR al personal en las áreas de toma de decisiones y de acciones correctivas.”⁸

⁷ GARCÍA DÍAZ, Joaquín. Control Estadístico de Procesos. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales UIS-ECOPETROL. Bucaramanga., Pág. 32 y 33.

⁸ concepto de ingeniería de la calidad extraído del material dado por el ing. Edwin Alberto Garavito

7.3. LLUVIA DE IDEAS

La lluvia de ideas se utiliza para identificar posibles soluciones de problemas, así como oportunidades potenciales de mejoramiento de la calidad. Esta técnica estimula el pensamiento creativo de un equipo, con el propósito de generar y aclarar una lista de ideas, problemas o asuntos. Se basa primordialmente en la capacidad de análisis y puntos de vista de un grupo de personas especializadas en un área común.

La tormenta de ideas tiene dos fases.

La fase Creativa. El facilitador repasa las directrices de la tormenta de ideas y el propósito de la sesión; a continuación los miembros del equipo generan una lista de ideas. El objetivo es generar tantas ideas como sea posible.

La fase de Aclaración. El equipo revisa la lista de ideas para asegurarse de que todos los participantes en la sesión entienden todas las ideas. Al terminar la sesión de tormenta de ideas, se procederá a evaluar las ideas.

Las directrices de la tormenta de ideas incluyen lo siguiente:

- Identificar un facilitador.
- Formular claramente el propósito de la sesión de tormenta de ideas.
- Cada miembro del equipo expresa una sola idea, por turnos sucesivos.
- Siempre que sea posible, los miembros del equipo tienen en cuenta las ideas de los demás.
- En esta etapa se evita criticar o discutir las ideas.
- Las ideas se registran en un lugar en que todos los participantes las pueden ver.
- Este proceso continúa hasta que ya no se generen más ideas.

- Se revisan todas las ideas para hacer cualquier aclaración que sea necesaria.
- Al finalizar se obtienen ideas claves que identifican oportunidades de mejora.

7.4. METODOLOGÍA 5W 1H

El ciclo de mejoramiento parte de la idea de que la mejora de cualquier aspecto de la calidad debe ser constante y gradual, realizada por todos, en todas las áreas, en todos los niveles. La metodología de las 5W1H, está basada en una serie de preguntas; las cuales tienen como finalidad profundizar en una actividad determinada para identificar puntos a modificar y mejorar, como consecuencia puede implicar abandonar la actividad actual y determinar una nueva.

Tabla 6: Metodología 5W1H

| WHAT QUÉ | WHY POR QUÉ |
|--|--|
| Qué se hace ahora Qué se ha estado haciendo Qué debería hacerse Qué otra cosa podría hacerse Qué otra cosa debería hacerse | Por qué se hace así ahora Por qué debe hacerse Por qué hacerlo en ese lugar Por qué hacerlo en este momento Por qué hacerlo de esta manera |
| WHO QUIÉN | WHERE DÓNDE |
| Quién lo haría Quién lo esta haciendo Quién debería estar haciéndolo Quién otro podría hacerlo | Dónde se hará Dónde se esta haciendo Dónde debería hacerse En qué otro lugar podría hacerse |

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Quién mas debería hacerlo | En qué otro lugar debería hacerse |
| WHEN CUÁNDO | HOW CÓMO |
| Cuándo se hará | Cómo se hace actualmente |
| Cuándo terminará | Cómo se hará |
| Cuándo debería hacerse | Cómo debería hacerse |
| En qué otra ocasión podría hacerse | Cómo usar este método en otras áreas |
| En qué otra ocasión debería Hacerse | Cómo hacerlo de otro modo |

Fuente: Control Estadístico de Procesos, Joaquín Garcial

8. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

8.1. CAPACITACIÓN DE LA AUTORA

El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en su papel de capacitador de la comunidad, brinda diversos cursos virtuales y presenciales en los Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001.

La autora cuenta con certificado de capacitación del SENA en el curso de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000, con intensidad de 35 horas desarrollado en abril de 2007.

Adicionalmente la entidad consultora PROCALIDAD CONSULTORES LTDA brindó capacitación a la autora en los siguientes temas:

- Sensibilización ISO 9000
- Fundamentación ISO 9001, Estructura y Análisis
- Cultura de Calidad, las 5 eses
- Control de Documentos y Registros
- Mejora Continua

De otra parte, en el periodo comprendido entre Mayo y Diciembre de 2007 en la Empresa Santamaría Trasteos Ltda, de Noviembre a Diciembre de 2008 en las empresas Afigráficas y Publicom, y de enero a julio de 2009 en Gestionarbienestar IPS, la autora desempeñó funciones de Facilitadora de Calidad, con la asesoría de la empresa Procalidad Consultores Ltda, generando la competencia necesaria a la autora para realizar capacitaciones y sensibilizaciones en GestionarBienestar IPS.

8.2. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL DE GESTIONARBIENESTAR

Los programas de formación consisten en un conjunto de actividades cuyo propósito es mejorar el rendimiento presente o futuro del empleado, aumentando sus capacidades a través de la mejora de sus conocimientos, habilidades y actitudes.

El programa general de capacitación de Gestionarbienestar IPS, está conformado por los siguientes tipos de eventos de formación:

- Eventos internos: son organizados por la empresa para el desarrollo de capacidades muy específicas requeridas por la organización.
- Eventos externos: Eventos programados por un ente externo del cual algunos miembros de la empresa participan.

La forma más efectiva de entablar comunicación con los colaboradores de GestionarBienestar IPS, es mediante exposiciones que proporcionen detalles acerca de los conceptos de ISO 9000 e ISO 9001 y el programa de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Transmitiendo en ella, fundamentos teóricos y a su vez realizando retroalimentación con el personal, con el fin de destacar su participación en el programa a través de sus aportes y la eficacia de su actuar acorde con las disposiciones instituidas, además esa retroalimentación sirve para resolver inquietudes y recibir sugerencias.

Para verificar la eficacia de las capacitaciones se realizó para cada exposición un examen posterior con relación al tema tratado, desarrollando

en el personal el compromiso de estudiar, entender y colocar en práctica desde cada cargo, los conceptos tratados a saber:

- La esencia de las normas ISO 9000, enfatizando en la norma ISO 9001.
- La importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- Concientizar al personal acerca de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos trazados por la Dirección.

Las conferencias y los talleres dirigidos por la autora del presente proyecto, fueron planeadas de común acuerdo con la Coordinación del Área de Garantía de la Calidad, la cual mostró su respaldo con la provisión de los recursos e infraestructura necesaria para la realización de las mismas.

Las charlas grupales se desarrollaron en los horarios autorizados por los Coordinadores de Servicios, al finalizar jornada laboral, con el fin de evitar grandes interrupciones en la prestación de los servicios de la I.P.S., además se establecían 2 días para la misma charla, con el fin que el personal escogiera el horario que más le conviniera y se divulgaba mediante comunicado interno de la Cooperativa de Trabajo Asociado al que se encuentra afiliado el personal.

Para charlas por secciones los horarios fueron establecidos por los Coordinadores de Servicio en pequeños grupos de su misma área.

De acuerdo a las necesidades del proyecto se creó un programa de capacitaciones, ver anexo No. 05: Plan de Formación I Semestre 2009.

Foto 3: Capacitaciones por secciones



Fuente: Autora del Proyecto

Foto 4: Capacitaciones Grupales



Fuente: Autora del Proyecto

Foto 5: Capacitación responsables de procesos



Fuente: Autora del Proyecto

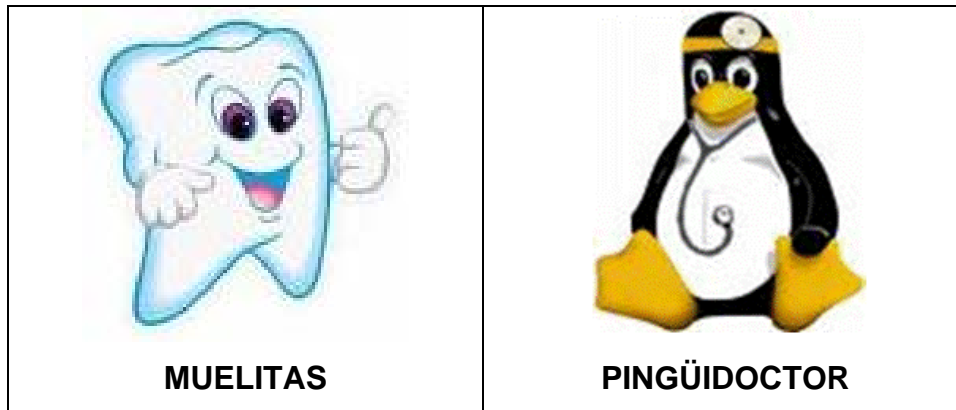
Las actividades se desarrollaron de la siguiente manera:

1. El autor realizaban la exposición de los temas mediante la proyección de diapositivas con un equipo portátil y un video beam. Estas diapositivas contenían imágenes alusivas a los temas tratados y presentaban sólo la información básica, evitando sobrecargarlas, a fin de que fuesen útiles para la comprensión de los temas presentados.
2. Durante la presentación de los temas y al final de las exposiciones, el personal podía intervenir mediante su participación activa, formulando sus inquietudes o aporte de ideas.
3. Con anterioridad a las exposiciones se entregó material de apoyo a todo el personal de forma virtual o física (dependiendo si el asistente tenía disponibilidad de computador), el cual contenía los temas a tratar. El material que fue entregado se muestra en los anexos Nos. 06, diapositivas fase tres.
4. Durante el transcurso del desarrollo de esta práctica, se mantuvo una activa comunicación entre el personal y la autora del proyecto. Por lo cual los empleados expresaban, sus inquietudes o sugerencias y se lograba una retroalimentación de las actividades realizadas.
5. Posteriormente a la ejecución de todas las capacitaciones planeadas de forma presencial con el personal, se realizaron unos Tips de Calidad diseñados por la autora del proyecto, que comprendía cinco capítulos, el cual se desarrolla en forma de diálogo entre Muelitas y Pingüidoctor (personajes de calidad), explicando los concepto de: Política de Calidad, Objetivos de Calidad, mapa de procesos, Satisfacción del Cliente y

Necesidades del Cliente, dichos capítulos fueron enviados vía e-mail a todo el personal en diferentes fechas, con el fin de generar expectativa en el personal en la secuencia de los capítulos. El material que fue entregado se muestra en el anexo No. 07 Tips de Calidad Capítulo uno.

6. También se realizó de forma impresa para el personal un folleto de Calidad y una Carpeta de Calidad para los Coordinadores de Procesos con las definiciones básicas del Sistema de Gestión de Calidad. El material que fue entregado se muestra en el anexo No. 08: Folleto de Calidad. Y para generar mayor comprensión y estudio de la política de calidad, la autora diseño un fondo de pantalla que fue puesto en todos los computadores de la empresa. El material diseñado se muestra en el anexo No. 09: Fondo de Pantalla.

Figura 8: Personajes de sensibilización



Fuente: Autora del Proyecto

8.3. AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

La Alta Dirección, para asegurar que el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa se implemente, mantenga y mejore, identificó la existencia de un Médico auditor interno en la IPS San Alberto, y lo trasladó a la IPS Cañaveral, en el cargo de coordinador médico, con el ánimo de apoyar al

Sistema de Gestión de Calidad. Adicionalmente el Gerente de la empresa realizó la respectiva capacitación con el ICONTEC para su formación como auditor interno.

8.4. RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Las capacitaciones realizadas por la consultoría Procalidad Consultores Ltda, durante los meses de enero a abril fueron certificadas para todo el personal mediante una constancia dada por la empresa consultora.

De las capacitaciones realizadas por el autor del proyecto se realizaron tres evaluaciones equivalentes a las tres capacitaciones realizadas, el formato diseñado para las tres evaluaciones se encuentra en los anexos No. 10, 11, 12: sopa de letra, apareamiento y casos reales.

Foto 6: Evaluaciones de las capacitaciones



Fuente: Autora del Proyecto

Foto 7: Entrega certificados capacitaciones Procalidad



Fuente: Autora del Proyecto

9. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La planificación de la calidad no sustituye a otras actividades críticas involucradas en la organización. Representa un marco dentro del cual las actividades pueden llegar a ser incluso más efectivas. El proceso de planificación de la calidad se estructura en seis pasos:

- Verificación del objetivo. Un equipo de planificación ha de tener un objetivo, debe examinarlo y asegurarse que está claramente definido.
- Identificación de los clientes. Además de los clientes finales, hay otros de quienes depende el éxito del esfuerzo realizado, incluyendo a muchos clientes internos.
- Determinación de las necesidades de los clientes. El equipo de planificación de calidad tiene que ser capaz de distinguir entre las necesidades establecidas o expresadas por los clientes y las necesidades reales, que muchas veces no se manifiestan explícitamente.
- Desarrollo del producto (bienes y servicios). Basándose en una comprensión clara y detallada de las necesidades de los clientes, el equipo identifica lo que el producto requiere para satisfacerlas.
- Desarrollo del proceso. Un proceso capaz es aquél que satisface, prácticamente siempre, todas las características y objetivos del proceso y del producto.
- Transferencia a las operaciones diarias. Es un proceso ordenado y planificado que maximiza la eficacia de las operaciones y minimiza la aparición de problemas.

La estructura y participación en la planificación de la calidad puede parecer un aumento excesivo del tiempo pero en realidad reduce el tiempo total necesario para llegar a la operación completa. Una vez que la organización

aprende a planificar la calidad, el tiempo total transcurrido entre el concepto inicial y las operaciones efectivas es mucho menor.

En el siguiente cuadro se definen las actividades macros para el diseño, documentación, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad (5.4.2 parte a):

Tabla 7: Planificación Sistema de Gestión de la Calidad

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PERIODO DE TIEMPO |
|---|--|----------------------|
| Contacto con empresas de consultoría. Contrato con Empresa consultora. | Gerente | 1 mes |
| Contratación de Estudiante en Práctica como Facilitador de Calidad | Coordinador Área Garantía de Calidad | 1 semana |
| Diagnóstico Empresarial | Estudiante en Práctica Asesor de Apoyo | 2 semana |
| Capacitación al personal | Empresa Consultora Estudiante en Práctica | 6 meses |
| Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad | Estudiante en Práctica Responsables de los Procesos | 4 meses |
| Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | La organización | 3 meses |
| Revisión por la Dirección | Gerente | 1 semana |
| Auditorías Internas de Calidad | Empresa Consultora | 2 días por Auditoría |
| Toma de acciones correctivas y preventivas | La organización | 3 meses |
| Auditoría de Certificación | Ente Certificador | 2 días |

Fuente: Autora del Proyecto

9.1 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD, DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y COMPROMISO DE LA EMPRESA ANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En reunión con el Consultor Ricardo Correa de Procalidad Consultores Ltda, se determinaron los procesos esenciales y su responsable, quienes conforman el comité de calidad. A continuación se presentan:

Procesos Gerenciales:

- Planificación Estratégica de la Calidad: Dr Fabio René Rincón
- Medición y Análisis: Jefe Claudia Liliana Vega
- Mejora Continua: Jefe Claudia Liliana Vega

Procesos de Realización:

- Relación con Clientes: Ing. Yudy Mateus
- Planificación y Control de la Prestación del Servicio. El cual se divide en:
 - Medicina General: Dr. Sair Chávez
 - Odontología: Dra. Alix Milena Suárez
 - Promoción y Prevención: Jefe Martha Liliana Ávila
 - Laboratorio Clínico: Dra. Diana Clarissa Rodríguez
 - Psicología: Dr. Sair Chávez
 - Nutrición: Dr. Sair Chávez
 - Pequeños Procedimientos: Jefe Martha Liliana Ávila

Proceso de Apoyo:

- Gestión de Recursos. El cual está comprendido en:

- Recurso Humano: Ing. Hernando Delgado
- Mantenimiento Infraestructura: Ing. Hernando Delgado
- Ambiente de Trabajo: Ing. Hernando Delgado
- Gestión de Compras: Sra. Angélica Sarmiento

Se establece por parte de la Dirección reuniones con periodicidad mensual del Comité de Calidad, para tratar los temas referentes a la calidad de la salud, según las normas y reglamentación establecida por la EPS y el Ministerio de Protección Social. Las funciones del comité son:

- Designar a los Auditores Internos.
- Preparar las actividades a realizar en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Revisar y aprobar los informes relacionados con actividades del Sistema de Gestión de la Calidad (PAMEC).
- Controlar la eficacia de los procesos de la organización mediante el análisis de los resultados de sus indicadores.
- Crear medios para promover la toma de conciencia de los requerimientos del cliente en todos los niveles de la organización.

Adicional, la Alta Dirección (Junta de Socios) de GestionarBienestar IPS, nombra al Gerente como Representante de la Dirección, quien con independencia de otras responsabilidades tiene la autoridad y la responsabilidad de cumplir con las siguientes funciones:

- Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Informar a la Junta de Socios sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora

- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Foto 8: Reuniones Comité de Calidad



Fuente: Autora del Proyecto

9.2 DEFINICIÓN DEL ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA

Teniendo en cuenta la actividad económica de la empresa, y con asesoría del consultor de la empresa se define el alcance y exclusiones de la siguiente manera:

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización es: La Prestación de Servicios de Salud de Medicina, Odontología, Laboratorio Clínico, Promoción y Prevención, Nutrición, Psicología, Pequeños Procedimientos; todo lo anterior en los Niveles 1 y 2 de Complejidad, de la IPS Cañaveral de Gestionarbienestar.

Exclusiones: Dentro del Objeto Social de la Organización no se contempla el diseño ni el desarrollo de productos, por consiguiente se excluye del Sistema de Gestión de Calidad el numeral 7.3. diseño y desarrollo.

9.3. POLITICA DE CALIDAD

La elaboración de la política de calidad se llevó a cabo en reunión de Comité de Calidad. Se estableció la metodología de matriz expectativas de la empresa vs necesidades del cliente, teniendo como objetivo que la política que se estableciera reflejara el enfoque al cliente y el compromiso de la organización en la mejora continua. La matriz que dio como resultado fue la siguiente:

Tabla 8: Matriz Política de Calidad

| B. EXPECTATIVAS DE LA EMPRESA | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| A. NECESIDADES CLIENTE | CRITERIO | Leyes que rigen la salud | Competencia del Personal y Tecnología | Crecimiento, Mejorar Continuamente | TOTAL |
| | Atención del Personal | 5 | 5 | 5 | 15 |
| | Buen Diagnóstico | 3 | 5 | 1 | 9 |
| | Puntualidad | 5 | 5 | 5 | 15 |
| | Rapidez | 5 | 5 | 5 | 15 |
| | TOTAL | 18 | 20 | 16 | |

Fuente: Material Académico Asignatura Calidad II

Relación fuerte:5 Relación media:3 Relación débil:1 Sin relación:0

Con relación a los criterios establecidos por los clientes se reunieron en una sola palabra **responder**, y en la competencia del Personal y Tecnología en otra una frase **servicios de alta calidad**. Teniendo en cuenta que la política

de calidad debe redactarse en presente y debe incluir el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, se generó la siguiente:

“Responder a las necesidades y expectativas de nuestros clientes con servicios de alta calidad. Para lograr dicho propósito nuestra organización además de dar estricto cumplimiento a la normatividad legal y reglamentaria aplicable al sector de la salud, ha implementado, mantiene y trabaja en procura de la mejora continua de la eficacia de su sistema de gestión de la calidad de acuerdo con el modelo internacional ISO 9001.”

El Responsable de la Dirección ante el Sistema de Gestión de la Calidad se encarga de comunicar la Política de Calidad en el medio que estime más conveniente. Se establece que la Alta Dirección de Gestionar bienestar IPS realizará de forma semestral la revisión a la política de calidad para verificar su conveniencia.

La política de calidad fue comunicada en los diferentes medios de capacitación con diapositivas y en la sensibilización con los personajes de calidad, fondo de pantalla, folleto de calidad y carpeta de calidad para los coordinadores de servicio. Además fue evaluada en la segunda y tercera fase de capacitaciones.

9.4. OBJETIVOS DE CALIDAD

Teniendo en cuenta que los objetivos de calidad son un punto de referencia para dirigir la organización, mediante su medición, se establece la metodología de lluvia de ideas direccionada por el consultor de la empresa en reunión con la Gerencia, Coordinadora Garantía de la Calidad, y Facilitador de Calidad (estudiante en práctica), en la cual cada uno exponía

su punto de vista con relación a la pregunta ¿De qué manera se satisface las necesidades del cliente?. De la cual se obtuvo lo siguiente:

- Teniendo ingresos se puede tener una infraestructura y tecnología adecuada.
- Certificándonos en la NTC ISO 9001, cumpliendo sus numerales.
- Verificando nuestro inventario para que no falte nada.
- Manteniendo controles de calidad.
- Dando pronta solución a las quejas de los usuarios.
- Que las personas identifiquen falencias y den soluciones.
- Manteniendo un trato amable con el paciente.

Conectando estas ideas con los procesos ya identificados del Sistema de Gestión de Calidad:

Procesos Gerenciales:

- Planificación Estratégica de la Calidad.
- Mejora Continua.
- Medición y Análisis.

Procesos de Realización:

- Relación con Clientes.
- Planificación y Control de la Prestación del Servicio.

Procesos de Apoyo:

- Gestión de Recursos

Se estipuló que deberían ser 6 objetivos, que incluyeran los procesos, de esta manera la Alta Dirección se asegura de que dichos objetivos de calidad

se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización. Los cuales fueron:

Planificación Estratégica de la Calidad:

- Lograr que el sistema de gestión de la calidad de la empresa se implemente, mantenga y mejore continuamente su eficacia para asegurar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos

Mejora Continua:

- Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización por medio de la implementación de acciones correctivas y preventivas, con el fin de aumentar la satisfacción de los clientes y de los demás grupos de interés en el negocio (socios, personal de la organización, proveedores, comunidad, etc.).

Medición y Análisis:

- Identificar oportunidades de mejora a través de la medición y respectivo análisis del Sistema de Gestión de la Calidad.

Relación con Clientes:

- Asegurar oportunidades de negocio técnica, jurídica y económicamente viables para asegurar el sostenimiento de la organización

Planificación y Control de la Prestación del Servicio:

- Prestar los servicios bajo condiciones controladas para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

Gestión de Recursos

- Identificar, adquirir y administrar eficientemente los recursos necesarios para apoyar la implementación, el mantenimiento y el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización con el fin de aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos y los intereses de la propia organización.

Según el orden en que deberían comunicarse los objetivos de calidad a todo el personal se estableció:

- Lograr que el Sistema de Gestión de la Calidad de la empresa se implemente, mantenga y mejore continuamente su eficacia para asegurar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Asegurar oportunidades de negocio técnica, jurídica y económicamente viables para asegurar el sostenimiento de la organización
- Identificar, adquirir y administrar eficientemente los recursos necesarios para apoyar la implementación, el mantenimiento y el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización con el fin de aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos y los intereses de la propia organización.
- Prestar los servicios bajo condiciones controladas para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

- Identificar oportunidades de mejora a través de la medición y respectivo análisis del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización por medio de la implementación de acciones correctivas y preventivas, con el fin de aumentar la satisfacción de los clientes y de los demás grupos de interés en el negocio (socios, personal de la organización, proveedores, comunidad, etc.).

9.5. INDICADORES DE GESTIÓN

Establecidos los objetivos de calidad relacionados con cada proceso se incluyen los indicadores como estrategia encaminada al cumplimiento de tales propósitos, que de forma cuantitativa den la información necesaria para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, Gerencia y Coordinadores de Áreas o procesos.

Los objetivos principales al implantar indicadores en los procesos son:

- Evaluar el cumplimiento de las directrices de la Política de Calidad y tomar acciones en caso de que los resultados no correspondan a las metas definidas.
- Definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar sus consecuencias en el menor tiempo posible.

Los indicadores definidos para cada proceso fueron originados mediante reunión de los Coordinadores de procesos con el Facilitador de Calidad (estudiante en práctica) teniendo en cuenta que éstos fueran representativos,

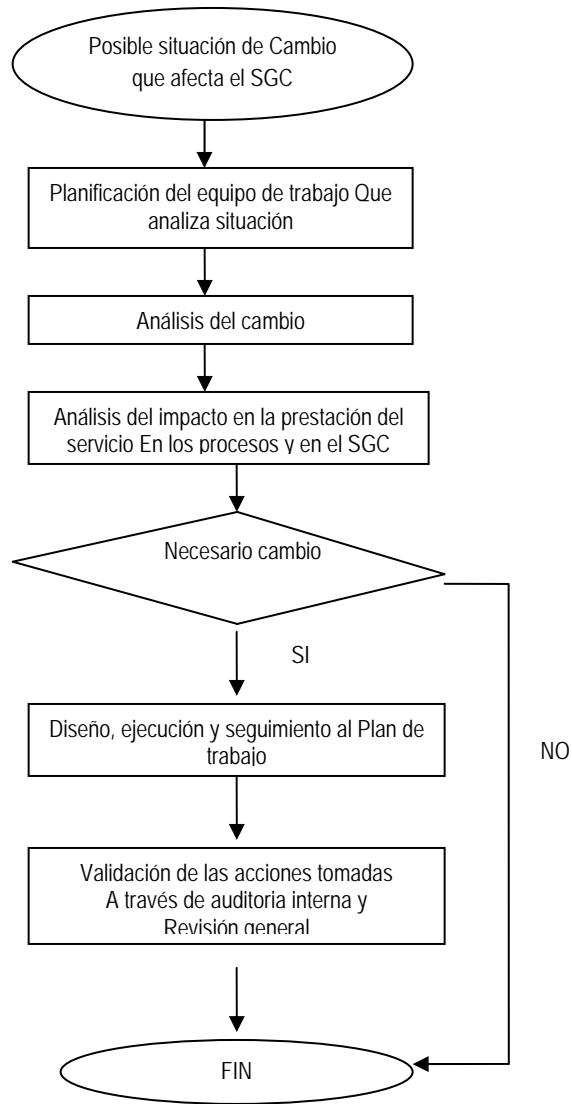
los cuales se muestran en la caracterización de cada proceso en el Manual de Calidad y sus resultados son diligenciados en el formato Resultados de revisión de objetivos y procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

9.6. REVISIÓN Y CAMBIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

De acuerdo a los parámetros de la norma NTC ISO 9001:2008 de mejoramiento continuo, en el cual se debe asegurar la conveniencia, eficacia continua y adecuación del Sistema de Gestión de la Calidad, la Organización define las siguientes actividades que le permiten a la Gerencia mantener la integridad del SGC, cuando se presentan cambios o situaciones que puedan afectarlo tales como: cambios en la tecnología, adquisición de maquinaria o equipos, creación de nuevos cargos, ingreso a nuevos mercados, cambio en legislación, entre otros.

Los posibles cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad hace parte de uno de los puntos a tener en cuenta por parte de la Gerencia en la revisión por la Dirección, según se estipula en el instructivo de Revisión por la Dirección (I-PE-02) y su registro correspondiente Informe de Revisión por la Dirección (F-PE-41) y el registro Revisión de Implicaciones al S.G.C. por Planificación e Implementación de Cambios (F-PE-47) ver anexos 13, 14, 15.

Figura 9: Pasos para cambios en el S.G.C.



Fuente: Autora del Proyecto

El responsable de ejecutar las actividades es el Coordinador o Responsable del Proceso o Servicio afectado, quien comunica al Coordinador del Área de Garantía de Calidad o Facilitador de Calidad para la respectiva Revisión por la Dirección.

10. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

En el sector de la salud, específicamente en una IPS es importante que todo funcionario comprenda la importancia de comunicación o interacción de las diferentes áreas, pues pueden ocasionar lesiones en la salud del paciente. Esto es lo que la norma trata como enfoque basado en procesos y la importancia de relacionarlos identificando las entradas o inputs, las actividades necesarias para generar salidas o outputs.

La primera actividad realizada por el Facilitador de Calidad (estudiante en práctica) fue la relación de cada proceso con los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008, con el fin de garantizar que los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa cumplan con la totalidad de los requisitos establecidos por la norma internacional, y a su vez enfocar a cada responsable de proceso en el numeral que suple el proceso, dando como resultado:

Figura 10: Matriz procesos vs requisitos norma

| REQUISITOS | PROCESOS GERENCIALES | | | PROCESOS DE REALIZACION | | PROCESOS DE APOYO | | | | |
|------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|-------------------|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------------|
| | MEJORA CONTINUA | MEDICION Y ANALISIS | PLANIF. ESTRATEGICA DE LA CALIDAD | RELACION CON CLIENTES | PLANIFICACION Y CONTROL DE LA PRESTACION DEL SERVICIO | COMPRAS | AMBIENTE DE TRABAJO | GESTION DE DOCUMENTOS | RECURSO HUMANO | MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA |
| 4.1 | X | X | X | | | | | | | X |
| 4.2.1 | | | | | | | | X | | |
| 4.2.2. | | | X | | | | | | | |
| 4.2.3 | | | | | | | | X | | |
| 4.2.4 | | | | | | | | X | | |
| 5.1. | | | X | | | | | | | |
| 5.2 | | X | | X | X | | | | | |
| 5.3 | | | X | | | | | | | |
| 5.4 | | | X | | | | | | | |
| 5.5 | | | X | | | | | | | |
| 5.6 | | | X | | | | | | | |
| 6.1 | | | X | | | | | | | |
| 6.2 | | | | | | | | | X | |
| 6.3. | | | | | | | | | | X |
| 6.4 | | | | | X | | X | | | X |

Fuente: Autora del Proyecto

Figura 11: Continuación Matriz procesos vs requisitos norma

| REQUISITOS | PROCESOS GERENCIALES | | | PROCESOS DE REALIZACION | | PROCESOS DE APOYO | | | | |
|------------|---|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|-------------------|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------------|
| | MEJORA CONTINUA | MEDICION Y ANALISIS | PLANIF. ESTRATEGICA DE LA CALIDAD | RELACION CON CLIENTES | PLANIFICACION Y CONTROL DE LA PRESTACION DEL SERVICIO | COMPRAS | AMBIENTE DE TRABAJO | GESTION DE DOCUMENTOS | RECURSO HUMANO | MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA |
| 7.1 | | | | X | X | | | | | |
| 7.2 | | | X | X | X | | | | | |
| 7.3 | SE EXCLUYE PORQUE Dentro del objeto social de la organización no se contempla el diseño ni el desarrollo de productos | | | | | | | | | |
| 7.3.1 | | | | | | | | | | |
| 7.3.2 | | | | | | | | | | |
| 7.3.3 | | | | | | | | | | |
| 7.3.4 | | | | | | | | | | |
| 7.3.5 | | | | | | | | | | |
| 7.3.6 | | | | | | | | | | |
| 7.3.7 | | | | | | | | | | |
| 7.4 | | | | | | X | | | | |
| 7.5.1 | | | X | | X | | | | | |
| 7.5.2 | | | | | X | | | | | |
| 7.5.3 | | | | X | X | | | | | |
| 7.5.4 | | | | X | X | | | | | |
| 7.5.5 | | | | X | X | | | | | |
| 7.6 | | | | | | | | | | X |
| 8.1 | X | X | X | | | | | | | |
| 8.2.1 | | X | | | | | | | | |
| 8.2.2 | X | | | | | | | | | |
| 8.2.3 | | | X | | X | | | | | |
| 8.2.4 | | | X | | X | | | | | |
| 8.3 | | X | | | X | | | | | |
| 8.4 | X | X | X | | | | | | | |
| 8.5.1 | X | | X | | | | | | | |
| 8.5.2 | X | | | | | | | | | |
| 8.5.3 | X | | | | | | | | | |

Fuente: Autora del Proyecto

Posteriormente se realizó entrevista con el responsable de cada proceso para identificar los inputs, actividades del proceso, y outputs; con la finalidad de lograr desarrollar las caracterizaciones de los procesos, asignar actividades, documentos y responsables.

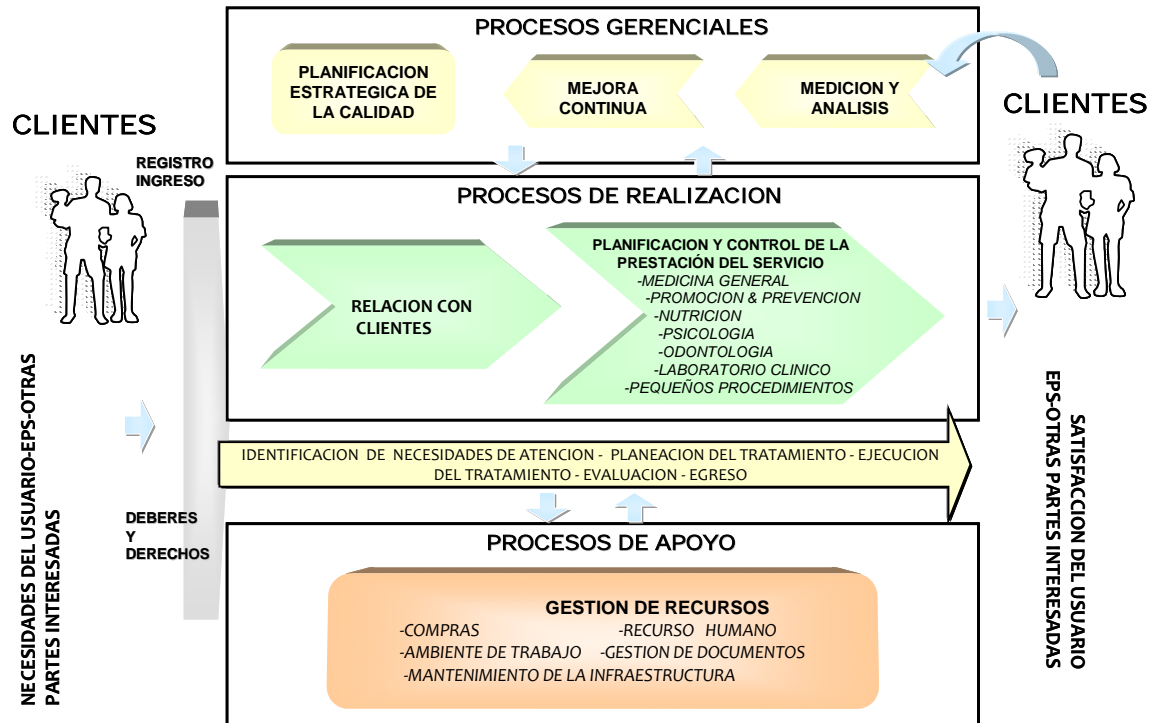
10.1. MAPA DE PROCESOS

Estableciendo como entrada principal al sistema las necesidades y expectativas del cliente, y teniendo en cuenta que todos los procesos interaccionan entre sí convirtiéndose en proveedores y a la vez clientes para otros procesos y que la salida que se requiere para el sistema es la satisfacción del cliente, la gerencia en reunión con el Coordinador del Área de Garantía de Calidad y Facilitador de Calidad hace uso de la definición que la norma establece que es una representación gráfica de cómo la empresa espera alcanzar los resultados planificados para el logro de su estrategia o política de calidad él cual debe:

- a) Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización y
- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos.

Se examinó el diagrama de MAPA DE PROCESOS, y se aprobó la siguiente gráfica por parte de la Gerencia y Coordinadora de Área de Garantía de la Calidad:

Figura 12: Mapa de Procesos Gestionar bienestar IPS



Fuente: Autora del Proyecto

10.2. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Con el objetivo de estandarizar los ítems necesarios que debe tener una descripción o caracterización de un proceso, para su fácil análisis por parte de la Dirección, responsables de procesos y otros, en el momento de requerir modificaciones en las actividades o inspeccionar si se está cumpliendo la actividad y verificar el responsable de dicha actividad y la documentación que la apoya, el Facilitador de Calidad en acuerdo con el consultor de la empresa, diseñó el siguiente esquema para todas las caracterizaciones de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad:

Figura 13: Esquema Caracterización del Proceso

| IDENTIFICACION DEL PROCESO | | | | | |
|--|--|-------------------|--------|--------------|-------------|
| Nombre del proceso: | | | | Autoridad: | |
| | | | | | |
| OBJETIVO DEL PROCESO | | | | | |
| | | | | | |
| ENTRADAS, SALIDAS Y RECURSOS DEL PROCESO | | | | | |
| ENTRADAS | | SALIDAS | | RECURSOS | |
| - | | - | | - | |
| PROVEEDOR | | CLIENTE | | - | |
| - | | - | | - | |
| DESCRIPCION DE ACTIVIDADES | | | | | |
| ACTIVIDADES | DOCUMENTACION APLICABLE Y/O FUENTES DE INFORMACION | | | RESPONSABLES | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | - | | | | |
| INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO | | | | | |
| INDICADOR | META | LIMITE PERMISIBLE | MÉTODO | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
| | | | | | |
| | | | | | |

Fuente: Autora del Proyecto

Dicho esquema se divide en 5 partes:

- 1. Identificación del proceso:** En esta parte se identifica el nombre del proceso y el responsable de mantener, modificar y verificar que todo lo escrito en la caracterización se lleve a cabo.
- 2. Objetivo del proceso:** Este objetivo debe ser igual al objetivo de calidad relacionado con el proceso con el fin de dar cumplimiento a las directrices del S.G.C. establecidas por la Alta Dirección.

3. **Entradas, salidas y recursos del proceso:** En esta parte se identifica de forma fácil y rápida para cualquier responsable de proceso, gerencia, u otro, quien suministra los inputs para el proceso y a su vez cual es el outputs. Para identificar la interacción de los procesos.
4. **Descripción de actividades:** Se establece las actividades necesarias para lograr el objetivo de dicho proceso y a su vez a cada una identificar la documentación que lo apoya y el responsable de su ejecución o inspección.
5. **Indicadores de gestión del proceso:** Se establecen los indicadores que ayuden al responsable de procesos, Gerencia u otros en la toma de decisiones relacionadas con el proceso. Se establece el nombre del indicador, la meta objetivo, un límite permisible en la cual toleramos el indicador, el método o fórmula para hallar el indicador, la frecuencia en que se debe tomar datos para obtener el resultado de la fórmula y el responsable de mantener el indicador actualizado.

11. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Facilitador de Calidad (autora del proyecto) con el fin de identificar los documentos necesarios para el S.G.C. determinó los siguientes elementos fundamentales:

- Contar con el apoyo y tiempo del líder del proceso para la revisión y aprobación de los documentos.
- Identificar mejoras al proceso para que éstas queden en la estandarización de la documentación, para luego ser socializadas e implementadas.
- Consenso con los diferentes involucrados en los documentos solicitando su aporte en la elaboración de los mismo.
- Determinar la forma de presentación más conveniente para el documento, identificándolo como tipo de documento, es decir, manual, procedimiento, formato, plan de calidad, instructivo, protocolo, guía, entre otros.
- Indagar en los diferentes medios disponibles para encontrar información: Internet, Secretaría de Salud, otras IPS, documentos del área, entrevista directa con los responsables de las operaciones y coordinador del proceso.
- Priorizar en documentos realmente necesarios para la organización.
- Lograr que la documentación enmarque los recursos de la organización de manera eficiente y eficaz con el fin de no documentar actividades difíciles de cumplir; teniendo en cuenta el personal, capital, recursos físicos y demás componentes de la misma.

Para la identificación de los documentos se diseñó e implementó la siguiente codificación:

X - (X+X) - XXX

↑ _____ Indica el tipo de documento

↑ _____ Indica las iniciales del proceso

↑ _____ Indica el número consecutivo

Figura 14: Tipo de documento

| Inicial del documento | Documento |
|------------------------------|------------------|
| M | Manual |
| P | Procedimiento |
| I | Instructivo |
| F | Formato |
| O | Otro Documento |

Fuente: Autora del Proyecto

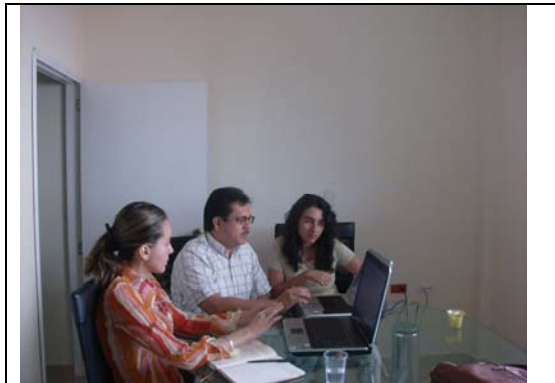
Figura 15: Iniciales del proceso o subproceso

| <i>Iniciales de proceso</i> | <i>Proceso</i> | <i>Iniciales de proceso</i> | <i>Proceso</i> | <i>Iniciales de proceso</i> | <i>Proceso</i> |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| PE | Planificación Estratégica de la Calidad | P-C-PP | Plan. y Control de la Prestación del Servicio – Promoción y Prevención | P-C-PQ | Plan. y Control de la Prestación del Servicio – Pequeños procedimientos |
| MC | Mejora Continua | PC-NT | – Nutrición | GR-GD | Gestión de Recursos – Gestión de Documentos |
| MA | Medición y Análisis | P-C-PS | – Psicología | GR-RH | Gestión de Recursos – Recurso Humano |
| RC | Relación con Clientes | PC-OD | – Odontología | GR-GC | Gestión de Recursos – Gestión de Compras |
| P-C-MD | Planificación y Control de la Prestación del Servicio – Medicina | P-C-LC | Plan y Control de la Prestación del Servicio – Laboratorio Clínico | GR-MI | Gestión de Recursos - Mantenimiento de la Infraestructura |

Fuente: Autora del Proyecto

Toda la documentación del Sistema de Gestión de Calidad fue realizada mediante la metodología de las 5W1H y lluvia de ideas, que fue revisada por el consultor de la empresa y responsable del proceso.

Foto 9: Reuniones con el Consultor Ricardo Correa



Sala de Juntas Sede Administrativa

Fuente: Autora del proyecto

11.1. DOCUMENTACIÓN EXIGIDA POR LA NORMA NTC ISO 9001:2008 Y REQUERIDA POR LA EMPRESA

De acuerdo al alcance del S.G.C. de Gestionarbienestar IPS, la norma NTC ISO 9001:2008, nos exige 6 procedimientos obligatorios y 16 registros:

Procedimientos:

- Control de los documentos, numeral de la norma que aplica: 4.2.3. donde básicamente expresa cómo asegurar que el documento en uso sea el documento correcto y aprobado.
- Control de registros, numeral de la norma que aplica: 4.2.4. Indispensable para una organización es no acumular papeles que no sirven de nada. En dicho procedimiento se identifican las

actividades que describen cuánto tiempo guardarlos, en dónde y cómo se dispondrá de ellos.

- Auditorías Internas, numeral de la norma que aplica: 8.2.2. Establece las actividades pertinentes para identificar si se están haciendo las cosas bien, en la forma como se dijo que serían, con el fin de confirmar que los procesos se están llevando a cabo adecuadamente.
- Control de Producto No Conforme, numeral de la norma que aplica: 8.3. Establece las formas de identificar el servicio no conforme y la actividad a realizar en caso de detectarlo.
- Acciones Correctivas, numeral de la norma que aplica: 8.5.2. Involucra el hallazgo de la causa raíz del problema, los involucrados en las acciones necesarias para evitar su recurrencia, y la fuente que origina una acción correctiva, con el objetivo de asegurar que el problema no ocurra de nuevo.
- Acciones Preventivas, numeral de la norma que aplica: 8.5.3. Identifica un problema potencial, a partir de diferentes fuentes, para lo cual se requiere desarrollar e instaurar actividades para reducir o eliminar el riesgo.

Registros:

- Revisión por la dirección, numeral de la norma que aplica: 5.6.1.
- Educación, formación, habilidades y experiencia (competencia), numeral de la norma que aplica: 6.2.2.e.
- Evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen con los requisitos, numeral de la norma que aplica: 7.1.d.
- Resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y de las acciones originadas en la misma, numeral de la norma que aplica: 7.2.2.

- Resultados de las evaluaciones a los proveedores y de cualquier acción necesaria derivada de estas evaluaciones, numeral de la norma que aplica : 7.4.1.
- Resultado de la validación de los procesos, numeral de la norma que aplica: 7.5.2.d.
- Identificación única del producto cuando la trazabilidad es un requisito, numeral de la norma que aplica: 7.5.3.
- Registro de cualquier bien propiedad del cliente que se pierda, se deteriore o se considere inadecuado para su uso, numeral de la norma que aplica: 7.5.4.
- Base utilizada (criterio de referencia) para la calibración o la verificación cuando no existan patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales, numeral de la norma que aplica: 7.6.a.
- Resultados de la calibración y la verificación realizadas cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos, numeral de la norma que aplica: 7.6.
- Resultados de la calibración y verificación del equipo de medición, numeral de la norma que aplica: 7.6.
- Resultado de las auditorías internas, numeral de la norma que aplica: 8.2.2.
- Evidencia de la conformidad del producto con los criterios de aceptación e indicación de la persona responsable de la liberación del producto, numeral de la norma que aplica: 8.2.4.
- Naturaleza de las no conformidades del producto y de cualquier acción subsecuente tomada incluyendo las concesiones obtenidas, numeral de la norma que aplica: 8.3.
- Resultados de las acciones correctivas, numeral de la norma que aplica: 8.5.2.e.

- Resultados de las acciones preventivas, numeral de la norma que aplica: 8.5.3.d.

De otra parte, la documentación elaborada por ser propia de Gestionarbienestar IPS no aparece en el presente documento por considerarse confidencial. La autora del proyecto relaciona la documentación en términos generales en la siguiente matriz, y a su vez muestra qué documentos y registros respaldan el cumplimiento de los numerales de la norma.

Figura 16: Matriz documentos S.G.C.

| REQUISITOS BASICOS DE LA NORMA ISO 9001-2008 | NOMBRE DEL REQUISITO | DOCUMENTOS GESTIONARBIENESTAR. |
|--|--|--|
| 4.1 | REQUISITOS GENERALES | Acta Reunión con consultor y gerencia Mapa de Procesos (O-PE-01) Caracterizaciones de los Procesos (Capítulo 6 Manual de Calidad) Actas de Reunión Comité de Calidad |
| 4.2.1 | REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION GENERALIDADES | Actas de Reunión Comité de Calidad |
| 4.2.2. | MANUAL DE LA CALIDAD | Manual de Calidad (M-PE-01) Alcance, exclusiones , procedimientos documentados o referenciados y descripción e interacción. |
| 4.2.3 | CONTROL DE LOS DOCUMENTOS | Procedimiento Control de Documentos P-GR-GD-01 Instructivo para elaborar documentos del sistema de gestión de la calidad (I-GR-GD-01) Lista de distribución de documentos (F-GR-GD-03) Acta de reunion para modificar o emitir documento. |
| 4.2.4 | CONTROL DE LOS REGISTROS | Procedimiento Control de Registros P-GR-GD-02 |
| 5.1. | COMPROMISO DE LA DIRECCION | Cronograma desarrollo (Proyecto ISO 9001-2008) Proporcion de recursos y contratato de consultoría (Procalidad) Actas de Reunion (9 actas) Comunicados internos via mail |
| 5.2 | ENFOQUE AL CLIENTE | Contrato con la EPS COOMEVA Caracterización Relación con clientes (Manual de Calidad) Factibilidad de Negociación (F-RC-117) Controles Secretaria de Salud Municipal, Departamental Controles Ministerio Protección Social (Leyes, Resoluciones, Decretos, etc) Propuesta Económica de Servicios |
| 5.3 | POLITICA DE LA CALIDAD | Acta de Construcción Política de Calidad Enmarcación de la Política de Calidad y puesta en puntos estratégicos Sencibilización sobre la política de calidad con ayuda de tips de calidad Capacitación y evaluación sobre la política de calidad a todo el personal Fondo de Pantalla en los computadores de la empresa |
| 5.4 | PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD | Cronograma de Actividades del SGC F-PE-118, Acta de Construcción Objetivos de Calidad Indicadores de los procesos (Caracterizaciones Manual de Calidad) Acta Planificación SGC Actas de seguimiento a la ejecución del Cronograma proyecto ISO 9001-2008 Planes de calidad de los servicios |

Fuente: Autora del proyecto

Figura 17: Continuación matriz documentos S.G.C.

| REQUISITOS BASICOS DE LA NORMA ISO 9001-2008 | NOMBRE DEL REQUISITO | DOCUMENTOS GESTIONARBIENESTAR. |
|--|---|--|
| 5.5 | RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN | Organigrama de la empresa (O-PE-02) Responsabilidades y Autoridades de cada cargo, Responsabilidades del representante del SGC en Manual de Calidad, Matriz de Disposiciones de Comunicación de la Organización (O-PE-05) |
| 5.6 | REVISION POR LA DIRECCION | Instructivo Revisión por la dirección (I-PE-02), Formato Informe Revisión por la dirección (F-PE-41) Proporción de recursos. |
| 6.1 | PROVISION DE RECURSOS | Actas de Gerencia. Análisis financieros. Infraestructura. Recurso humano |
| 6.2 | RECURSO HUMANO | Matriz de Competencia del Personal (O-GR-RH-05) Evidencia de asistencia a capacitaciones Material de presentación de las capacitaciones internas. Evidencia de asistencia a capacitaciones Externas. Archivo de las Hojas de Vida del Personal. Procedimiento de selección, de inducción y contratación de personal (P-GR-RH-11) Procedimiento de gestión de Recurso Humano (P-GR-RH-14) |
| 6.3. | INFRAESTRUCTURA | Procedimientos Gestión de Mantenimiento de la Infraestructura (P-GR-MI-15) Formato Conformidad del Producto de Infraestructura (F-GR-MI-97) Registro de temperatura y humedad del ambiente (F-GR-AM-119) Control de condiciones ambientales (F-GR-MI-122) Registro de temperatura ambiente (F-GR-MI-129) |
| 6.4 | AMBIENTE DE TRABAJO | Material de presentación de capacitación de las 5 eses. Registro de auditoria de las 5 eses. |
| 7.1 | PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO | Procedimientos, guías, Instructivos, Manuales, listas de inspección y Planes de calidad de C/ servicio Formatos aplicables a cada servicio Caracterización, proceso, planificación y control de la prestación del servicio (Manual de Calidad) |
| 7.2 | PROCESOS REALIZADOS CON EL CLIENTE | Leyes, normas, reglamentación de la salud, contrato con coomeva Indicadores de los servicios Formato de Producto no conforme de los servicios (F-MA-63) |
| 7.3 | DISEÑO Y DESARROLLO | N.A. |
| 7.4 | COMPRAS | Procedimiento Gestión de compras (P-GR-GC-13) Instructivo para calificación inicial del proveedor (I-GR-GC-25) Ficha técnica del Proveedor (F-GR-GC-54) Listado maestro de Proveedores (F-GR-GC-59) Reevaluación de Proveedores (F-GR-GC-61) Estadística de Gastos por proveedor (F-GR-GC-124) Comunicación a Proveedores sobre resultado de desempeño |
| 7.5.1 | CONTROL DE LA PRODUCCION Y LA PRESTACION DEL SERVICIO | Planes de control de cada proceso. Guías de Atención de las principales causas de Morbimortalidad Manuales Laboratorio Clínico Manuales de Odontología Protocolos de Odontología Instructivos Promoción y Prevención Instructivos Pequeños Procedimientos |
| 7.5.2 | VALIDACION DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO | Historia Clínica Vb del Bacteriólogo en la impresión de los resultados Evaluaciones de las Capacitaciones realizadas |
| 7.5.3 | IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD | Historia Clínica Carpeta de Evidencia de Capacitaciones Carpeta de Llamados de Atención o Retroalimentación del Personal Carpeta de Atentos y Quejas |

| REQUISITOS BASICOS DE LA NORMA ISO 9001-2008 | NOMBRE DEL REQUISITO | DOCUMENTOS GESTIONARBIENESTAR. |
|--|---|---|
| 7.5.4 | PROPIEDAD DEL CLIENTE | Protocolo de Cuidado de Archivo de Historia Clínica Cuidado de resultado de exámenes |
| 7.5.5 | PRESERVACION DEL PRODUCTO | Formatos de Control de Temperatura y humedad Almacenamiento de insumos críticos |
| 7.6 | CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION | Procedimiento de Gestión de Mantenimiento de la infraestructura (P-GR-MI-15) Formatos e Instructivos de Mantenimiento a Equipos por empresa proveedora |
| 8.1 | GENERACION MEDICION, ANALISIS Y MEJORA | Instructivo Aplicación de Técnicas para el Mejoramiento de la Calidad (I-PE-31) Actas de comité de Calidad |
| 8.2.1 | SATISFACCION DEL CLIENTE | Procedimiento de Evaluación de Encuestas de Satisfacción del cliente (P-MA-08) Encuestas de Satisfacción para cada servicio SIAU |
| 8.2.2 | AUDITORIA INTERNA | Procedimiento Auditoría Interna (P-MC-12) Calendario Auditoría (F-MC-49) Plan de Auditoría (F-MC-50) Informe de Auditoría (F-MC-51) Lista de Verificación y Hallazgos de Auditoría (F-MC-52) Registro de Asistencia a Reunión de Apertura y Cierre (F-MC-53) |
| 8.2.3 | SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS | Indicadores de cada proceso |
| 8.2.4 | SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO | Listas de Inspección Encuestas de satisfacción Historia Clínica por el software Evaluación de Desempeño Firma del Bacteriólogo en los resultados de laboratorio Clínico |
| 8.3 | CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME | Procedimiento de control de producto no conforme (P-MA-07) Reporte de producto / servicio No conforme (F-MA-63) Acta de Reunión |
| 8.4 | ANALISIS DE DATOS | Acta de Comité de calidad Acta comité de Gerencia PAMEC |
| 8.5.1 | MEJORA CONTINUA | Acta de Comité de calidad Acta comité de Gerencia PAMEC |
| 8.5.2 | ACCION CORRECTIVA | Procedimiento Acción Correctiva (P-MC- 09) Solicitud de Acción Correctiva / Preventiva (P-MC-25) Estado de las Acciones Correctivas / Preventivas (P-MC-31) |
| 8.5.3 | ACCION PREVENTIVA | Procedimiento Acción Preventiva (P-MC-10) Solicitud de Acción Correctiva / Preventiva (P-MC-25) Estado de las Acciones Correctivas / Preventivas (P-MC-31) |

Fuente: Autora del proyecto

El documento que recopila de forma detallada el Sistema de Gestión de Calidad de GestionarBienestar se muestra en el anexo No. 16 : Manual de Calidad.

12. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Esta etapa del proyecto consiste en aplicar a la organización las disposiciones que han sido acordadas para dar cumplimiento a los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008, muchas de ellas consignadas en procedimientos documentados, también implica la ejecución de los lineamientos estipulados en la documentación. Con el fin de obtener evidencias de los procesos.

En esta etapa se realizó la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de Gestionar bienestar IPS en acompañamiento con los responsables de los procesos a todo el personal, para lograr una correcta aplicación, tratamiento, almacenamiento y conservación de los diferentes documentos (impresos o virtuales), con el propósito de evidenciar la planificación, seguimiento, control, mejora continua, interacción de los procesos, medición y demás características exigidas por la NTC ISO 9001:2008, para lo cual se desarrollaron las siguientes actividades:

- Entrega de la documentación al responsable del proceso.
- Entrega de la documentación al personal de acuerdo al cargo.
- Verificar la realización de las actividades.
- Apreciar la actitud del personal para el S.G.C.
- Diligenciamiento de los formatos en su totalidad.
- Control de las actividades e identificación de fallas.
- Toma de acciones y su adecuado seguimiento.
- Realización de reuniones con los responsables de procesos y Comité de Calidad.
- Medición de los procesos mediante los indicadores propuestos.

De dichas actividades se obtuvo a conformidad la aceptación por parte del personal del S.G.C. logrando implantarlo en la organización, fruto de las capacitaciones, sensibilizaciones, compromiso de los responsables de procesos y la responsabilidad y autoridad del Gerente para con el Sistema de Gestión de Calidad de Gestionarbienestar IPS.

Los resultados de la medición de los indicadores de los procesos y que dan cumplimiento a los objetivos de calidad se muestran en el anexo Nos. 17 indicadores.

Con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en su desempeño, se han utilizado los ocho principios que se consideran en un Sistema de Gestión de la Calidad y que se explican brevemente a continuación:

- **ENFOQUE AL CLIENTE:** GestionarBienestar IPS, comprende las necesidades y expectativas de los clientes, satisfaciéndolas y en la manera posible superándolas.
- **LIDERAZGO:** Dentro de cada área de trabajo existe un líder que construye confianza y eliminación de temor en su grupo de trabajo; inspirando, motivando y dando reconocimiento a las contribuciones de la gente en el logro de objetivos propuestos.
- **PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL:** Búsqueda activa de oportunidades para incrementar su competencia, conocimiento y experiencia; donde el personal de GestionarBienestar IPS, está comprometido con el desarrollo de sus actividades, acepta y asume responsabilidades para resolver problemas en beneficio de la Organización.

- **ENFOQUE BASADO EN PROCESOS:** GestionarBienestar IPS, ha enfocado sus actividades y gestión de los recursos como un proceso, esto permite que se obtengan resultados más eficientes y eficaces.
- **ENFOQUE DE SISTEMA PARA LA GESTIÓN:** Si todos los procesos interrelacionados se identifican, entienden y gestionan como un sistema, se contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de objetivos.
- **MEJORA CONTINUA:** Este debe ser un objetivo en cada trabajador, es una herramienta que tiene la empresa para cumplir los requisitos de mejora enfocados al cliente.
- **ENFOQUE BASADO EN HECHOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN:** La Organización, mediante el análisis de los datos y la información registrada y procesada, tiene las bases para la toma de decisiones eficaces.
- **RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON EL PROVEEDOR:** GestionarBienestar IPS, reconoce que sus proveedores son parte importante dentro de la Organización y que debe existir una relación mutuamente beneficiosa para que ambas partes obtengan beneficios independientes.

A continuación se mencionan las actividades concernientes con cada Principio de Gestión de la Calidad

Tabla 9: Aplicación Principios de Calidad en Gestionarbienestar IPS

| PRINCIPIOS DE GESTIÓN | ACTIVIDAD |
|-----------------------|---|
| Enfoque al cliente | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones realizadas entre las partes (EPS – IPS) ▪ Respuestas de quejas y reclamos ▪ Comunicación de acuerdo a las necesidades |

| PRINCIPIOS DE GESTIÓN | ACTIVIDAD |
|---|--|
| Liderazgo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura Organizacional ▪ Asignación de Responsabilidad y Autoridad ▪ Comunicación Interna ▪ Retroalimentación de la Eficacia de los Procesos |
| Participación del Personal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Calidad ▪ Reuniones con el personal ▪ Sugerencias internas |
| Enfoque basado en procesos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapa de procesos ▪ Caracterización de procesos ▪ Procedimientos documentados |
| Enfoque de sistema de gestión | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interrelación de procesos ▪ Despliegue de objetivos e indicadores ▪ Seguimiento y medición de procesos ▪ Documentos asociados |
| Mejora continua | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones de mejoramiento (acciones correctivas, acciones preventivas, resultados de auditoría) ▪ Medición, análisis y mejora (análisis de datos) |
| Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores de Gestión ▪ Medición, análisis y mejora (análisis de datos) ▪ Seguimientos de los procesos ▪ Registros de calidad ▪ Resultados de actividades desarrolladas |
| Relaciones mutuamente beneficiosas con el | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación, selección y reevaluación de proveedores |

| PRINCIPIOS DE GESTIÓN | ACTIVIDAD |
|-----------------------|--|
| proveedor | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimientos de proveedores ▪ Recepción y verificación del producto comprado ▪ Retroalimentación de evaluaciones |

Fuente: Autora del proyecto

13. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PLAN DE MEJORA

13.1 EVALUACION DE LAS 5 ESES:

Como resultado de la cultura de la calidad se realizó auditoria de 5´S en las diferentes áreas para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

- SEIRI: Clasificar: 20%
- SEITON: Ordenar: 20%
- SEISO: Limpiar: 15%
- SEIKETSU: Estandarizar: 15%
- SHITSUKE: Disciplina 20%

Para un total de 90% del cumplimiento de las 5´S, hasta el momento en que la autora del proyecto termina su gestión en Gestionarbienestar IPS, y que se visualiza en las siguientes imágenes:

Foto 10: Resultado Cultura de las 5´S



| | |
|---|--|
| Oficina Director Administrativo y de Recurso Humano | Recepción Sede Médica |
|  |  |
| Sección Laboratorio Clínico | Oficinas Coordinadores de Servicios |

Fuente: Autora del Proyecto

13.2 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Como exigencia de la norma con relación al grado de satisfacción del cliente y para medir el mejoramiento del servicio con las capacitaciones y sensibilizaciones realizadas se aplicaron encuestas de satisfacción al usuario por servicio, cuyo formato quedó establecido para el Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta el mismo tipo de muestreo probabilístico y con el mismo número de tamaño de muestra utilizado en el diagnóstico inicial, es decir, 400 usuarios. Se procedió a dar igual ponderación al número de encuestas a realizar por servicio, sin embargo, según criterio de la Coordinadora de Área de Garantía de la Calidad se planteo el siguiente número de muestras:

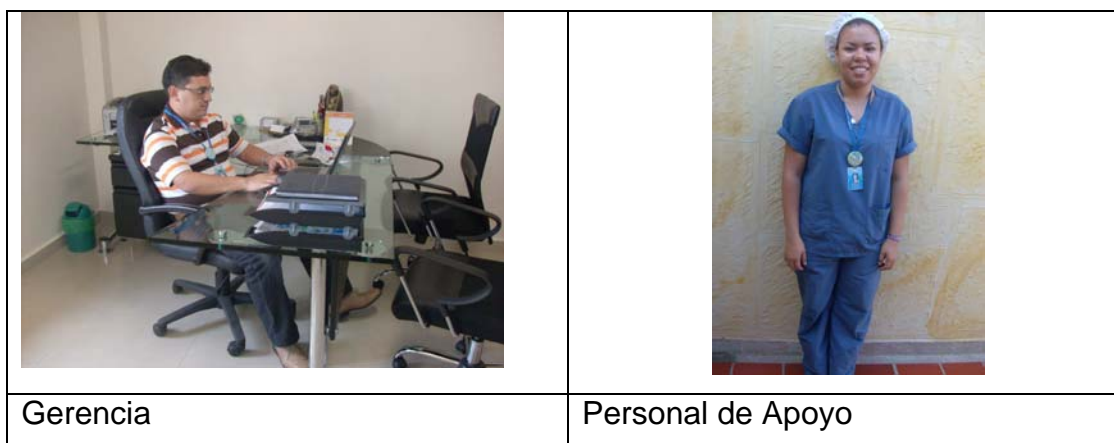
| | |
|------------------------------------|----|
| Servicio de Citología (Ca Cervix): | 50 |
| Servicio de Laboratorio Clínico: | 50 |
| Servicio de Medicina: | 50 |
| Servicio de Nutrición: | 40 |
| Servicio de Odontología: | 50 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| Servicio de Recepción o Plataforma: | 40 |
| Servicio de Psicología: | 40 |
| Servicio de Vacunación: | 40 |
| Servicio de Enfermería: | 40 |

La toma de datos fue en el formato de encuesta de satisfacción establecido para cada servicio y realizado por un auxiliar del área competente, las encuestas diligenciadas fueron tabuladas por la facilitadora de calidad, ver anexo no. 18 informe respuestas encuestas satisfacción por servicio a junio de 2009.

Podemos apreciar un mejoramiento en la calidad del servicio en cuanto a atención del profesional de la salud, para todos los servicios en la pregunta ¿considera bueno el trato que le brindaron?, pues respondieron SI, un 100% de los encuestados, en general se percibe un mejoramiento de la calidad apreciado por los usuarios, que para el Sistema de Gestión de la Calidad verifica un total compromiso por parte de todo el personal de Gestionar bienestar IPS Cañaveral.

Foto 11: Compromiso del Personal con el S.G.C.



| | |
|--|--|
|  |  |
| <p>Personal Asistencias</p> | <p>Personal Asistencial</p> |
|  | |
| <p>Personal Administrativo</p> | |

Fuente: Autor del Proyecto

13.1. AUDITORÍAS INTERNAS

Para el presente proyecto se establecieron dos auditorías internas. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

Cronograma de auditorias: Se planificó la primera auditoría cuando los Coordinadores de Servicio establecieron que las actividades que requerían documentación ya estaban listas en un 70% y estuvieran implementados los registros pertinentes del proceso. Con base en ello la primera auditoría fue realizada el 15 y 16 de mayo de 2009. La segunda auditoría se planificó

cuando al evaluar el estado de avance del proyecto se obtuviera un porcentaje superior al 80%, que fue realizada el 23 y 24 de junio de 2009.

Selección de equipo auditor: La primera auditoría fue liderada por el Coordinador Médico Dr Sair Chavez, auditor interno, la segunda auditoría interna fue realizada por el Consultor de la empresa Ricardo Correa.

Planificación de las auditorías: para la realización de forma eficiente de las auditorías se constató los siguientes elementos:

1. Recursos:

- **Humanos:** el número de auditores requeridos es 1, con acompañamiento de la Facilitadora de Calidad.
- **Tiempo:** para el desarrollo total de la auditoría a todos los procesos se requieren 36 horas, distribuidas de la siguiente forma: planeación: 12 horas, realización: 12 horas, análisis y presentación de informes: 12 horas.
- **Material suministrado por el auditado:** portafolio de servicios, manual de calidad, encuestas de satisfacción al cliente, proceso de auditoría interna, PAMEC, resultados, informes, seguimiento y medición de procesos, seguimiento y medición de los servicios prestados, formatos de consentimiento informado diligenciados, formatos de reporte y seguimiento de eventos adversos diligenciados, gestión de los eventos adversos, documentación del análisis de medición al cliente, documentación y registros de los diferentes procesos, servicios y proveedores, control del servicio no conforme, planes de mejora de no conformidades y acciones correctivas, seguimiento, manejo de quejas de usuarios, acciones preventivas.

- **Materiales de referencia:** Norma NTC ISO 9001 – 2008, Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 Anexo Técnico N° 1, Resolución 1446 de 2006.

2. Marco Legal: Se debe tener en cuenta para la auditoria.

- Decreto 1011 de 2006
- Resolución 1043 de 2006 anexo Técnico N° 1
- Resolución 1446 de 2006.
- Norma NTC ISO 9001 – 2008.

3. Técnica: Se utilizarán las siguientes técnicas para la auditoria:

- Formulación de preguntas
- Entrevista
- Observación
- Revisión de documentación de la UBA

4. Registros: Los registros a utilizar en la auditoria son los siguientes:

- Acta de comité de calidad (F-PE-24)
- Plan de auditoria (F-MC-50)
- Procedimiento de Auditoría Interna (P-MC-12)
- Anotaciones Auditoría (F-MC-52)
- Informe de Auditoria Interna (F-MC-51)
- Registro de asistencia a reunión de apertura y cierre (F-MC-53)

5. Preguntas: El auditor debe abordar la entrevista con una actitud participativa, solicitando opiniones, ideas y cooperación, de esta forma el auditado asume una posición abierta, honesta y confortable, las preguntas son hechas para:

- Recolectar la información requerida.

6. Realización de la Auditoría

Para recolectar la información que se necesita, se deben identificar las fuentes potenciales, esto puede ser, y de acuerdo con las técnicas establecidas en la etapa de planificación:

Al realizar la auditoría se debe tener en cuenta:

- Establecer una relación de colaboración, facilitar la comunicación, que el auditado vea que se está interesado en el proceso y no en sorprenderlo en errores.
- Ser respetuoso, cordial, objetivo, imparcial, no responder con agresividad a actitudes de enojo del auditado.
- No se debe involucrar en problemáticas del área, no tomar actitud de consejero ni instructor.
- La auditoría se debe realizar en el área a auditar.
- Si se está revisando documentación, siéntese al lado del auditado, no al frente, en una silla no más alta que la de él; si hay visitantes en el área, busque un sitio privado, puede ser una sala o cafetería.
- Haga que el auditado esté cómodo, destaque que la auditoría es para el proceso o procedimiento, no para la persona.
- Utilizar las preguntas pertinentes: abiertas, de sondeo, cerradas.
- Deje que el auditado haga preguntas. La última pregunta debe ser: *¿Tiene ideas o sugerencias para mejorar este proceso?*
- Registre las observaciones en los instrumentos (Anotaciones Auditoría (F-MC-52))

Agradezca al auditado por su tiempo y cooperación. Prepárese para la reunión de cierre

7. Informe de Auditoría:

Finalizada la auditoria del nivel de cumplimiento de los numerales de la norma NTC ISO 9001 -2008, y una vez se han comprobado los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría contra los objetivos/criterios de la misma, se presentó a la IPS informe con los hallazgos en formato diseñado para tal fin. En una reunión con la Coordinadora de Garantía de la Calidad de la IPS, se presentan los hallazgos, las no conformidades y las recomendaciones.

El informe contiene: el resumen de los hallazgos de auditoria, los detalles de cualquier No Conformidad, y una lista de recomendaciones.

No Conformidades: se presentan en detalle para cada proceso mencionando el numeral de la norma NTC ISO 9001:2008 afectado.

Recomendaciones: harán relación a las observaciones hechas y a las No Conformidades, señalando “Qué” mejorar, el “Cómo” lo harán los responsables del servicio.

El informe de auditoria, con resultados y recomendaciones, se entregará en los cinco días hábiles siguientes a la fecha de la auditoria, a la Coordinadora de Garantía de la Calidad de la IPS Cañaveral de GestionarBienestar, con copia al Gerente

Ver los informes de auditoría realizados en los anexos No 19, 20, Informe auditoria I e Informe auditoria II.

Foto 12: Auditoría Interna

| | |
|---|---|
|  |  |
| Auditoría Proceso Planificación y control de la Prestación del Servicio – Laboratorio Clínico | Auditoría Proceso Mejora Continua y Medición y Análisis |
|  |  |
| Auditoría Proceso Recurso Humano, Mantenimiento de la Infraestructura, Ambiente de trabajo | Reunión de Cierre II Auditoría Interna |

Fuente: Autora del Proyecto

13.2. PLANES DE ACCIÓN DE MEJORA

Como se evidencia en los informes de las auditorías internas se obtuvieron cuatro (4) no conformidades menores para la auditoría I, y cinco (5) no conformidades menores para la auditoría II. Se realizó el análisis de dichas no conformidades entre el Facilitador de Calidad y responsable del proceso

afectado, levantando acciones correctivas las cuales se observan en los anexos Nos. 21, 22 , una vez que los responsables de los procesos auditados fueron implementando las acciones correctivas, el Facilitador de Calidad realizaba la actualización al formato de seguimiento acciones correctiva (F-MC-31).

14. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Con el propósito de dar cumplimiento al numeral 5.6 de la norma NTC ISO 9001:2008 se diseñó el instructivo revisión por la dirección (I-PE-02) y su respectivo registro informe revisión por la dirección (F-PE-41), la cual se realizó en conjunto con el Gerente y la Facilitadora de Calidad, ver anexo 23: Informe Revisión por la Dirección.

15. PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

La Alta Dirección de Gestionarbienestar IPS escogió como Organismo de Certificación a SGS Colombia S.A.. Para inicial el trámite de certificación la Facilitadora de Calidad diligenció el formulario “solicitud de certificación” y fue enviado a las oficinas de Bucaramanga. Luego de ello, se recibió la propuesta económica para la firma del Gerente y el respectivo comienzo del trámite de la auditoría de certificación.

Vía correo electrónico con el ingeniero de logística de SGS se acordaron fechas para la auditoría de certificación para la fase I (documental) el 9 de julio de 2009 y fase II (visita del auditor líder SGS) el 5 y 6 de agosto, ver constancia expedida por el ente certificador como solicitud de la autora del presente proyecto anexo No. 24

Para la realización de la fase I de la auditoria de certificación se enviaron a SGS los siguientes documentos en PDF:

- Listado maestro de documentos (F-GR-GD-01)
- Manual de calidad (M-PE-01)
- Procedimiento Obligatorio de la norma
- Procedimientos de los procesos de realización

16. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

| OBJETIVO | CUMPLIMIENTO |
|--|--|
| <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Diseñar, Documentar, Implementar y Evaluar el Sistema de Gestión de Calidad para Gestionar bienestar IPS según los lineamientos de la norma ISO 9001:2008.</p> | <p>Capítulos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 del presente documento.</p> |
| <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> | |
| <p>Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades existentes.</p> | <p>Capítulo 5 del presente documento.</p> |
| <p>Sensibilizar y capacitar a todo el personal que labora en GESTIONARBIENESTAR en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Calidad.</p> | <p>Capítulo 8 del presente documento.</p> |
| <p>Identificar y documentar los procesos desarrollados en GESTIONARBIENESTAR, que permitan dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2008.</p> | <p>Capítulo 11 del presente documento.</p> |
| <p>Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en GESTIONARBIENESTAR, basado en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008</p> | <p>Capítulo 12 del presente documento.</p> |
| <p>Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus</p> | <p>Numeral 13.1. del presente documento. Anexo 19, 20 informe de auditoría interna I y II.</p> |

| OBJETIVO | CUMPLIMIENTO |
|--|--|
| procesos | |
| Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías | Anexo 21, 22 acciones correctivas de las auditorias internas y registro estado de acciones correctivas. |
| Inscribir a la empresa ante un ente certificador y demostrar el inicio del proceso de certificación, mediante copia del documento que se emita | Anexo 25 Formulario SGS de inscripción auditoria de certificación. Anexo 24 Constancia de SGS solicitada por el autor del proyecto. |

CONCLUSIONES

- La capacitación y sensibilización del personal de la empresa permitió que fuera amigable la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad con toda su documentación.
- Con el establecimiento y divulgación de la política de calidad y los objetivos de calidad se logró que el personal se apropien de los propósitos de la empresa en lo referente a la mejora continua, satisfacción del cliente y otras partes interesadas.
- En el desarrollo del proyecto se logró la aplicación de los conocimientos adquiridos en el aula de clase como parte de la formación del ingeniero industrial, tales como; principios de calidad, técnicas básicas de estadística, herramientas de mejoramiento de la calidad, 5´S entre otras.
- Un logro de la autora del presente trabajo a la empresa Gestionarbienestar IPS, fue definir el enfoque basado en procesos que permite a la organización tener un mejor control de sus operaciones, ya que allí se identifican las interacciones de los diferentes procesos, así como crear la cultura del planear, hacer, verificar, actuar, para lograr una gestión de los procesos más organizada y controlada.
- El éxito de implementar el S.G.C. se fundamentó en el compromiso de la Dirección, el suministro de recursos necesarios y aprobación de las diferentes actividades necesarias para las capacitaciones y sensibilizaciones.
- La realización de la práctica empresarial genera experiencias enriquecedoras en la formación de ingeniera industrial de la autora del proyecto.

RECOMENDACIONES

- Mantener el compromiso mostrado por la Dirección y los Coordinadores de Procesos con el Sistema de Gestión de Calidad, con la finalidad de que se mantenga y mejore; continuando con actividades de capacitación y reuniones del Comité de Calidad.
- Verificar la posibilidad de modelar y reestructurar unidades de negocio y el portafolio de servicios de salud de la empresa, que permita hacer realidad los objetivos de calidad y el fortalecimiento patrimonial.
- Realizar un estudio de salarios, dadas las propias características de trabajo en las distintas secciones existentes se propone un sistema de remuneración, que teniendo en cuenta funciones básicas comunes, reconozca diferencias de operación. Para tal efecto, se debe desarrollar una metodología que conduzca a señalar cuantitativamente el grado de importancia correspondiente a cada una de las secciones que contemple:
 - Formulación y definición de factores de valoración
 - Establecimiento de grados o clases en cada factor
 - Ponderación de los factores
 - Puntuación de los grados o clases
 - Clasificación de cada sección
 - Determinación del número de usuarios para las diferentes secciones
- Verificar la factibilidad de adquirir un software, que a través de módulos es posible documentar, publicar y controlar los documentos (tanto internos como externos) que hacen parte del Sistema de Gestión de

Calidad. A partir de la definición de roles de usuarios. Por ejemplo ISOLUCION de Legissoft

- Estimar los costos de la No Calidad, a fin de usar la información para justificar un programa de mejora de la calidad y reducción de sus costos, medir los costos de calidad y publicar los resultados en forma de registro continuo, a la espera de que su conocimiento estimule a los coordinadores a emprender la acción apropiada.

BIBLIOGRAFÍA

ICONTEC, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Normas Fundamentales Sobre Gestión de la Calidad y Documentos de Orientación para su Aplicación. Bogotá 2006, Imprelibros S.A.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000:2005. Bogotá D.C. ICONTEC. Primera Actualización, editada 12 de enero de 2006.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos NTC ISO 9001:2000. Bogotá D.C. ICONTEC. Segunda Actualización, 15 de diciembre de 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos NTC ISO 9001:2008. Bogotá D.C. ICONTEC. Cuarta Actualización, Documento en estudio.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistemas de Gestión de la Calidad Directrices para la Mejora del Desempeño. Segunda Actualización. 15 de Diciembre de 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. NTC ISO 19011. Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental. Bogotá D.C. ICONTEC. 27 de noviembre de 2002.

GUIA PARA LAS PEQUEÑAS EMPRESAS, ISO 9000:2000, Standards Australia, Sydney NSW 2001, Traducción ICONTEC. Bogotá, 2001.

PAGINAS DE INTERNET

Evolución de la Calidad en el Tiempo. F.B.R.. [En Linea] No figura procedencia ni fecha de realización del documento. <http://www.mitecnologico.com/Main/EvolucionCalidad>. (Consulta: 17 de Enero de 2009)

ARTURO LUIS ROMERO, SANDOR LUIS MIRANDA. La Calidad, Su Evolución Histórica y Algunos Conceptos y Términos Asociados. [En Linea] La Habana, Cuba, 10 de Agosto de 2007. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>. (Consulta: 17 de Enero de 2009)

No menciona. En [línea]. ISO 9001 NORMA DE CALIDAD. [Consultado el 9 de Julio de 2009] disponible en <http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html>

OTROS

Folleto When you need to be sure SGS. Suministrado por la ING. Carolina Martinez , Representante SGS en Santander. Cra 34 No. 52 – 78 Bucaramanga.

GARCÍA DÍAZ, Joaquín. Control Estadístico de Procesos. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales UIS-ECOPETROL. Bucaramanga

CARDOZO CORREA, Alvaro. Consultoría Organizacional – Material Didáctico. Enfoque Sistémico para la Gestión de Procesos con Mentalidad Estratégica. UNAB, Extensión Universitaria. Octubre 2005, Bucaramanga