

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD  
DEL "CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR  
CEDCO LTDA"**

**ADRIANA LUCIA MOROS LEON**

**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS  
BUCARAMANGA  
2006**

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD  
DEL “CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR  
CEDCO LTDA”**

**Trabajo para optar al título de  
INGENIERA INDUSTRIAL**

**AUTORA  
ADRIANA LUCIA MOROS LEON**

**DIRECTOR  
ING. JOSE JOAQUIN GARCIA**

**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECANICAS  
BUCARAMANGA  
2006**

A DIOS por darme la fortaleza y sabiduría para alcanzar esta meta que culmina pero que su vez comienza, a mis padres como orientadores y forjadores de mi vida, a mis hermanos por su apoyo incondicional y por su respaldo, a mis amigos y a todas aquellas personas especiales que conocí en este camino, que creyeron en mí y me brindaron su mano cuando más lo necesitaba.

ADRIANA LUCIA MOROS LEON

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que me ayudaron de una forma u otra en la realización de este sueño, en especial:

Al CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR CEDCO LTDA por brindarme la oportunidad de participar como facilitadora de calidad en el proceso de implementación de su SGC y todo el personal quienes colaboraron incondicionalmente con su disposición y aportes importantes en todo este proceso.

A la Dra. Lina Díaz Torres y el Dr. Luís Miguel Girón, por el apoyo, respaldo y contribuciones para el desarrollo efectivo de cada una de las actividades propuestas y la confianza depositada durante la realización del proyecto.

Wuilmer Correa, Ingeniero de Petróleos y consultor especializado en la implementación de sistemas de gestión de la calidad, por sus valiosos aportes y asesorías durante la implementación del sistema.

A José Joaquín García, Ingeniero Industrial y Director del proyecto por su colaboración y dirección para alcanzar con éxito los objetivos alcanzados.

A todos mis profesores, por que cada uno aportó el conocimiento necesario para enfrentarme tanto al mundo laboral como a la vida.

A mis amigos, los cuales caminaron conmigo en todo este proceso brindándome su apoyo incondicional.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACION DEL PROYECTO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. MARCO TEORICO .....</b>	<b>7</b>
1.1. CALIDAD .....	7
1.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD.....	9
1.1.2. TÉCNICAS DE CONTROL DE CALIDAD .....	11
1.1.3. ADMINISTRACIÓN TOTAL DE LA CALIDAD.....	12
1.1.4. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.....	16
1.2. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACION .....	19
1.3. LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000.....	21
1.4. MARCO CONCEPTUAL DE LA FAMILIA DE LA NORMA ISO 9001 .....	24
1.4.1. NTC ISO 9000 VERSIÓN 2005 .....	24
1.4.2. NTC – ISO 9001 VERSIÓN 2000 .....	25
1.4.3. NTC ISO 9004 VERSIÓN 2000 .....	27
1.4.4. NTC ISO 19011 VERSIÓN 2002 .....	28
1.5. PRINCIPIOS DE LA GESTION DE LA CALIDAD .....	28
1.6. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD .....	31
1.6.1. Razones Para Implementar Un Sistema De Gestion De La Calidad. ....	32
1.6.2. Implementación De Los Sistemas De Gestión De La Calidad .....	33
1.7. DOCUMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ...	34
1.7.1. Importancia De Documentar Un Sistema De Gestion De La Calidad.....	35
1.7.2. Requisitos De La Documentación En La NTC ISO 9001:2000 .....	36

1.7.3. Estructura De La Documentación De Un SGC .....	41
1.8. LA CERTIFICACION.....	42
1.8.1. Beneficios De La Certificación .....	43
1.8.2. Organismos Certificadores De Sistemas De Gestión De La Calidad .....	44
<b>2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....</b>	<b>45</b>
2.1. RAZON SOCIAL .....	45
2.2. UBICACION .....	45
2.3. NOMBRE DEL GERENTE .....	45
2.4. NIT .....	46
2.5. OBJETO SOCIAL .....	46
2.6. RESEÑA HISTORICA.....	46
2.7. MISION .....	47
2.8. VISION.....	47
2.9. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION .....	48
2.10.DESCRIPCION DE INSTALACIONES.....	51
2.11.MERCADO ATENDIDO .....	53
2.12.ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	54
<b>3. DIAGNOSTICO DE LA EMPRESA .....</b>	<b>55</b>
3.1. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL .....	55
3.2. DIAGNOSTICO DE CALIDAD .....	57
3.3. CONCLUSIONES RESPECTO AL DIAGNOSTICO .....	58
<b>4. PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD .....</b>	<b>60</b>
4.1. PLANIFICACION ORGANIZACIONAL: ESTRATEGIAS.....	60
4.2. PLANIFICACION DE LA CALIDAD.....	61
4.2.1. Conformación Del Equipo Líder .....	61
4.2.2. Determinación Del Alcance Y Exclusiones .....	62
4.2.3. Definición De La Política Y Objetivos De Calidad .....	63

4.2.4. Identificación De Procesos De La Organización .....	64
4.2.6. Caracterización De Procesos.....	68
4.2.7. Indicadores De Gestión Para El Monitoreo De Los Objetivos De .....	69
Calidad.....	69
<b>5. SENSIBILIZACION Y CAPACITACION DEL PERSONAL .....</b>	<b>70</b>
5.1. SENSIBILIZACION .....	70
5.2. CAPACITACIONES .....	71
<b>6. ELABORACION DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE CEDCO LTDA.....</b>	<b>74</b>
<b>7. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA.....</b>	<b>78</b>
<b>CALIDAD DE CEDCO LTDA .....</b>	<b>78</b>
7.1. PROCESOS GERENCIALES .....	80
7.1.1. Direccionamiento Estratégico. ....	80
7.1.2. Mejoramiento Continuo. ....	81
7.1.3. Auditorias Internas De Calidad. ....	83
7.2. Procesos Operativos.....	85
7.2.1. Manejo De Clientes Institucionales. ....	85
7.2.2. Servicio De Consulta Externa Especializada. ....	86
7.2.3. Servicio De Ayudas Diagnósticas. ....	93
7.2.4. Servicio De Cirugía Oftalmológica. ....	99
7.2.5. Servicio De Óptica. ....	106
7.2.6. Manejo De Historias Clínicas. ....	110
7.3. PROCESOS DE APOYO .....	113
7.3.1. Gestión De Compras.....	113
7.3.2. Gestión De Recurso Humano .....	116
7.3.3. Gestión Financiera .....	117
7.3.4. Manejo Logístico.....	120

<b>8. EVALUACION DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION.....</b>	<b>123</b>
8.1. AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.....	123
8.1.1. Plan De Mejora Basado En Los Resultados De La Auditoria.....	126
8.2. AUDITORIA DE CERTIFICACION.....	127
<b>9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>128</b>
9.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.....	128
9.2. CONCLUSIONES. ....	131
9.3. RECOMENDACIONES.....	132
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>

## INDICE DE FIGURAS

	<b>PAG</b>
FIGURA 1. Modelos de sistemas de gestión de la calidad	30
FIGURA 2. Estructura de documentación del sistema de gestión de la calidad	42
FIGURA 3. Instalaciones de CEDCO LTDA	45
FIGURA 4. Servicio de Óptica	48
FIGURA 5. Consultorios de consulta externa especializada	48
FIGURA 6. Servicio de ayudas diagnósticas	49
FIGURA 7. Servicio de cirugía oftalmológica	50
FIGURA 8. Plano instalaciones de CEDCO LTDA	52
FIGURA 9. Mapa de procesos	57

## INDICE DE TABLAS

	<b>PAG</b>
TABLA 1. Registros requeridos por la NTC ISO 9001:2000	39
TABLA 2. Procesos de Dirección	64
TABLA 3. Procesos Operacionales	65
TABLA 4. Procesos de Apoyo	66
TABLA 5. Coordinadores de procesos	67
TABLA 6. Documentos del sistema de gestión de la calidad de CEDCO LTDA	76
TABLA 7. Parámetros de control del servicio de consulta externa especializada	88
TABLA 8. Productos Utilizados en la Prestación del Servicio de Consulta Externa Especializada	90
TABLA 9. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Consulta Externa Especializada	90
TABLA 10. Seguimiento y Medición del Servicio de Consulta Externa Especializada	91
TABLA 11. Tratamiento de Servicios No Conformes del Servicio de Consulta Externa Especializada	92
TABLA 12. Parámetros de Control del Servicio de Ayudas Diagnósticas	94
TABLA 13. Propiedad del Cliente del Servicio de Ayudas Diagnósticas	95
TABLA 14. Productos Utilizados en la Prestación del Servicio de Ayudas Diagnósticas	96
TABLA 15. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Ayudas Diagnósticas	97

TABLA 16.	Seguimiento y Medición del Servicio de Ayudas Diagnósticas	97
TABLA 17.	Tratamiento de Servicios No Conformes del Servicio de Ayudas Diagnósticas	98
TABLA 18.	Parámetros de Control del Servicio de Cirugía Oftalmológica	100
TABLA 19.	Propiedad del Cliente del Servicio de Cirugía Oftalmológica	102
TABLA 20.	Productos Utilizados en la Prestación del Servicio de Cirugía Oftalmológica	103
TABLA 21.	Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Cirugía Oftalmológica	103
TABLA 22.	Seguimiento y Medición del Servicio de Cirugía Oftalmológica	104
TABLA 23.	Tratamiento de Servicios No Conformes del Servicio de Cirugía Oftalmológica	105
TABLA 24.	Parámetros de Control del Servicio de Óptica	107
TABLA 25.	Propiedad del Cliente del Servicio de Óptica	107
TABLA 26.	Productos Utilizados en la Prestación del Servicio de Óptica	108
TABLA 27.	Seguimiento y Medición del Servicio de Óptica	109
TABLA 28.	Tratamiento de Servicios No Conformes del Servicio de Óptica	109
TABLA 29.	Parámetros de Control del Proceso de Manejo de Historias Clínicas	111
TABLA 30.	Propiedad del Cliente del Proceso de Manejo de Historias Clínicas	112
TABLA 31.	Seguimiento y Medición del Proceso de Manejo de Historias Clínicas	112

TABLA 32. Productos no conformes del proceso de manejo de historias clínicas	113
TABLA 33. Programación de Auditorias	123

## **ANEXOS**

	<b>PAG</b>
ANEXO 1. Informe de Diagnóstico	137
ANEXO 2. Plan de Trabajo del SGC de CEDCO LTDA.	139
ANEXO 3. Informe de capacitaciones.	144
ANEXO 4. Programación de Auditorias.	150
ANEXO 5. Plan de Auditoria	153
ANEXO 6. Informe de Auditoria	156
ANEXO 7. Plan de Mejora basado en la Auditoria Interna de Calidad	164
ANEXO 8. Informe de Resultados de Indicadores de Gestión	177

## GLOSARIO

**SGC:**

Sistema de gestión de la calidad.

***Acción Correctiva:***

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

***Acción Preventiva:***

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

***Ambiente de Trabajo:***

Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo. Las condiciones de trabajo incluyen factores físicos, sociales, psicológicos y medioambientales.

***Auditoria:***

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetivo con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

***Conformidad:***

Cumplimiento de un requisito

***Eficacia:***

Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

***Eficiencia:***

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

***Mejora Continua:***

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos.

***Objetivo de Calidad:***

Algo ambicionado, pretendido, relacionado con la calidad.

***Plan de Calidad:***

Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

***Procedimiento:***

Forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso.

***Registro:***

Documentos que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

***Revisión:***

Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar uno objetivos establecidos.

***Trazabilidad:***

Capacidad para conseguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

***Validación:***

Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

***Verificación:***

Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

## RESUMEN

**TITULO:** DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL "CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR, CEDCO LTDA"

**AUTOR:** MOROS LEON, Adriana Lucía\*\*

**PALABRAS CLAVES:** SGC, Correctiva Acción, Acción Preventiva, Ambiente de Trabajo, Auditoria, Conformidad, Eficacia, Eficiencia, Mejora Continua, Objetivo de Calidad, Plan de Calidad, Procedimiento, Registro, Revisión, Trazabilidad, Validación, Verificación.

El presente informe contiene el diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad fundamentado en el cumplimiento de los requisitos de las norma NTC ISO 9001:2000, que mejorará el desempeño de los servicios del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA.

El desarrollo de este proyecto se estructuró así: en primer lugar, se analizó el marco teórico. En segundo lugar, se elaboró el diagnóstico de la empresa en cuanto estado de cumplimiento de los requisitos de la norma, en tercer lugar se procedió a la planificación del sistema de gestión de la calidad, estableciendo política y objetivos de calidad, un equipo líder, comités de calidad por procesos y un representante de la gerencia, además se creó una plan de trabajo para el desarrollo del SGC y se identificaron sus procesos. Seguido este paso, se inició la sensibilización y capacitación del todo el personal sobre el sistema de gestión de la calidad. La siguiente etapa fue la documentación del sistema por medio de procedimientos, instructivos y formatos, definiendo el funcionamiento de los procesos y los registros que debían quedar como evidencia de su cumplimiento. En la medida en que se generaba la documentación, se daba inicio a la implementación siendo en esta etapa donde se diligenciaron los formatos exigidos por el sistema de gestión de la calidad quedando registro de la aplicación de los diferentes procedimiento e instructivos. Como última etapa se procedió a realizar la evaluación al proceso de implementación mediante un ciclo de auditorias internas de calidad, generándose un plan de mejora implementado en todos los procesos de la institución.

Cumplidos los objetivos del proyecto, se citó a una auditoria de certificación, en la cual se verificó la eficacia del sistema de gestión de la calidad implementado.

---

\* Practica empresarial

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniero José Joaquín García

## SUMMARY

**TITLE:** DESIGN AN IMPLEMENTATION OF THE SYSTEM OF MANAGEMENT OF QUALITY OF "CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR CEDCO LTDA"

**AUTHOR:** MOROS LEON, Adriana Lucía\*\*

**KEY WORDS:** SGC, Corrective action, preventive action, work atmosphere, auditory, agreement, effectiveness, efficiency, quality objective, quality plan, procedure, registration, revision, validity, verification.

This report contains the design and implementation of a system of management of quality based in the fulfillments of all requirements of the laws NTC ISO 9001:2000, it will be better all the services witting Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA.

The development of this project was structured as following: Firstable, it was done a theoretical, in the latter it will be developed the system of management of quality. In the second term, it was done a company diagnostic which was focus following the requirements of the law, thirdly, it established quality objectives an policy, a leader team, quality committees by processes and one representative from the management, also it was created a work plan to develop the system of management of quality and there were identified the SGC processes. Followed this last step, it was begin the sensitivity and training in the staff about the gestion of quality. The next step was the system documentation by some procedures, instructives and formats, defining the function of the processes and registries that were the evidence of their fulfillments. A soon as the documentation was generate, it started the implementation, it means, the practice of every procedures in each area in the organization, also in this term it was completed all formats asked by the system of management of quality, leaving registration of the application in different procedures and instructives. In the last stage, it was done the evaluation to the implementation process by a cycle of internal auditories of quality, generating an improvement plan of implementation in every institution process.

Developed the main aims of project, it was arranges an auditory of certification, in which it was be checked the system effectiveness of management of quality accomplished.

---

\* Business practice

\*\* Faculty of physics mechanics engineering, School of Industrial and business studies, Engineer José Joaquín García

## **INTRODUCCION**

Las empresas buscan mantener y captar nuevos clientes, satisfaciendo sus necesidades y aumentando sus expectativas, con la finalidad de permanecer en un mercado cada vez más competitivo y menos predecible. Con ello se crea la cultura del enfoque al cliente, así, las organizaciones trabajan para el cliente, identificando aquellos los factores que generen satisfacción y proporcionándoselos como valor agregado de sus productos y servicios. Para lograr la satisfacción del cliente, es necesario establecer una mejora integral al interior de la organización; para ello, las empresas deben implementar mecanismos encaminados a mejorar los procesos con los que cuenta y definir metas claras y alcanzables que les permitan medir el nivel de mejoramiento alcanzado.

Como herramienta de mejoramiento surgen los sistemas de gestión de la calidad, un conjunto de procesos, documentos, registros, infraestructura y personas, funcionando sistemáticamente para gestionar la calidad en las empresas, garantizando la conformidad de los productos y servicios con los requisitos establecidos. Un SGC en general se compone de una estructura documental sobre la cual esta fundamentada una estructura organizacional que permite mediante el desarrollo de ciertos procesos y utilizando los recursos disponibles, cumplir con los objetivos de calidad de la organización y los requisitos de los clientes, buscando básicamente la eficacia en todos sus procesos.

CEDCO LTDA es una institución prestadora de servicios de salud visual, que identificó la necesidad de mejorar internamente con miras a lograr la satisfacción de sus clientes actuales y abrir nuevos mercados. Para lograrlo decidió implementar un Sistema de Gestión de la Calidad con base a los requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 y acepto el reto de transformar su cultura empresarial

hacia la mejora continua y la satisfacción de sus clientes institucionales, usuarios y clientes internos.

El presente informe de práctica empresarial describe el proceso realizado por CEDCO LTDA durante el proyecto de documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad, obteniendo como resultado, la certificación por parte del ente externo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, documentar e implementar un sistema de gestión de la calidad para los servicios de Óptica, Consulta Externa Especializada, Ayudas Diagnósticas y Cirugía Oftalmológica, del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA, basado en el cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001: 2000

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ◆ Realizar un diagnóstico del sistema de gestión de la calidad, para evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma.
- ◆ Realizar acompañamiento en la planificación del sistema de gestión de la calidad.
- ◆ Capacitar y sensibilizar al personal en las actividades planificadas para el sistema de gestión de la calidad de CEDCO LTDA.
- ◆ Elaborar en conjunto con el personal la documentación necesaria para el sistema de gestión de la calidad de la institución, de tal manera que suministre la información necesaria para que los procesos desarrollados por la organización cumplan con los requisitos exigidos.
- ◆ Acompañar en la implementación del sistema de gestión de la calidad a la organización.
- ◆ Realizar seguimiento a la implementación de los procesos, mediante la definición y el establecimiento de indicadores de gestión que permitan medir la mejora de los mismos.
- ◆ Realizar auditorías internas de calidad para verificar la efectividad del sistema de gestión de la calidad.

- ◆ Acompañar en la toma de acciones correctivas y preventivas a los procesos de la organización para establecer planes de mejora.
- ◆ Acompañar a la organización durante la auditoria de certificación.

## **JUSTIFICACION DEL PROYECTO**

Siendo CEDCO LTDA, una institución prestadora de servicios de salud visual, se desenvuelve en un mercado competitivo en donde cada día los requisitos de los clientes institucionales (EPS, ARS, ARP) varían conforme a las exigencias de ley y a la necesidades de sus usuarios, llevando a la institución a mejorar constantemente la prestación de sus servicios con aras a satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios directos. Es por esto que se hace necesaria una mejora integral al interior de la organización, de tal manera que permita la estandarización de sus diferentes servicios, para mantener sus clientes vigentes y captar nuevos clientes, tomando como herramienta la implementación del sistema de gestión de la calidad basado en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000, ya que en el sector salud esta no sólo se ha convertido en un instrumento de mejoramiento, si no también en un requisito para la contratación de servicios con entidades tanto públicas, como privadas.

El principal objetivo perseguido por CEDCO LTDA con la implementación del sistema de gestión de la calidad, es el de crear una cultura de mejoramiento continuo y enfoque al cliente dentro de todas las áreas funcionales de la empresa; logrando construir una ventaja competitiva para la misma, ya que permite mejorar el desempeño, la coordinación y la productividad de los empleados, así mismo satisfacer plenamente las necesidades de los clientes.

Otra razón por la cual se hace necesaria la implementación del SGC es la reglamentación aplicada a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por el cual el Decreto 1011 del 2006 define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como uno de sus componentes la Auditoria para el Mejoramiento

de la Calidad de la Atención de Salud, haciendo necesario la implementación del sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000 como herramienta para dar cumplimiento a este requisito de ley; con el que actualmente sólo se cumple en la organización mediante las auditorias realizadas por los diferentes clientes institucionales, mas no mediante auditorias internas que permitan la toma de acciones de mejora al interior de la organización y así mejorar el desempeño de los servicios.

Adicionalmente, otro componente con el que cuenta, es el Sistema Único de Acreditación el cual “es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”, siendo la implementación del sistema de gestión de calidad un primer eslabón con la aras a la acreditación, para alcanzar niveles altos de calidad y reconocimiento no solo a nivel departamental sino también nacional.

## **1. MARCO TEORICO**

En esta etapa se realizó una indagación bibliográfica del marco en el cual será establecido el sistema de gestión de la calidad. Los aspectos indagados fueron: Calidad, Evolución Histórica de la Calidad, Familias de Normas ISO 9000, Sistemas de Gestión de la Calidad, Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y la Certificación NTC ISO 9001 con los organismos de certificación en Colombia.

En esta etapa, también se establecieron conversaciones con las diferentes personas de la organización y se revisó la documentación existente con el fin de establecer en términos generales la situación de la empresa.

El punto de partida para construir un marco de referencia lo constituye el conocimiento previo de la situación que se tiene, así como las enseñanzas que se extraen del trabajo de revisión bibliográfica que se realizó.

### **1.1. CALIDAD**

El concepto de calidad ha tenido varias transformaciones en el tiempo, algunas de estas fueron:

- Cumplimiento de los requisitos (D. Crosby). Esta definición esta basada en el control de calidad, relacionado con la inspección de las características de un producto o servicio.
- Adecuación al uso (J. Jurán). Definición que plantea la adaptabilidad del producto o servicio a las necesidades de los clientes

- Satisfacción de las expectativas del cliente (Feigenbann), especificando la importancia de la opinión del cliente sobre el producto o servicio.
- Conjunto de propiedades o características que hacen que un objeto (producto proceso, organización, etc) sea apto para satisfacer necesidades.
- La totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se relacionan con su capacidad para satisfacer las necesidades de las partes interesadas.

En una organización, la calidad debe tener igual importancia a la rentabilidad, ya que en la actualidad, la institución que no esté comprometida con el mejoramiento continuo interno y con el aumento de la satisfacción de sus clientes, esta llamada a desaparecer. En este contexto, la definición de calidad está relacionada con el concepto de ser el mejor y mantener una ventaja competitiva.

Las exigencias abarcan todas las características de un servicio que tienen relevancia para el cliente. Para la satisfacción de las necesidades del cliente es necesario su identificación y comprensión, siendo un proceso continuo y que varía de acuerdo con el entorno en el cual se desenvuelve.

Los clientes a los cuales se satisfacen sus necesidades deben ser vistos como herramientas de colaboración, proveedores, accionistas y la comunidad. Aunque los intereses de estos grupos a veces van en direcciones opuestas, la gestión de la calidad debe gestionar el equilibrio de la satisfacción de sus necesidades, teniendo en cuenta que en la medida en que se encuentra el equilibrio va a mejorar la productividad de la organización.

### 1.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

En la época artesanal, producir con calidad implicaba hacer bien las cosas a cualquier costo. En la industrialización el concepto de calidad fue opacado por la tecnificación, los grandes volúmenes de producción y los bajos precios.

Durante la segunda guerra mundial, el concepto de calidad se traducía en eficacia y disponibilidad en el menor tiempo posible del armamento. La especialización del trabajo en pequeñas tareas, disminuye el período de aprendizaje y aumenta la productividad, pero trae consigo bajos salarios, disminución de la calidad de vida y satisfacción de los trabajadores, lo cual conlleva a un descenso de la calidad por apatía, descuido, mala coordinación, entre otros.

En el Japón de la posguerra, el concepto de calidad equivale a “hacer las cosas bien desde la primera vez”, siendo los objetivos minimizar los costos y satisfacer a los clientes. En el resto de países desarrollados, el énfasis más que en la calidad, se centró en la cantidad, buscando la satisfacción de la demanda de bienes necesarios para reconstruir los países afectados por la guerra.

En un mercado cada vez más competitivo, en que todo producto cuenta con bienes sustitutos o complementarios, las exigencias del cliente son crecientes y surge entonces, el departamento de control de calidad como el encargado de la inspección de las características de un producto y de llenar las necesidades técnicas y de producción. La calidad se relaciona, en este caso con la no presencia de defectos. Se presenta al respecto un conflicto entre el objetivo de aumentar la productividad y el de producir un bien o servicio de calidad.

En este momento aparece la gestión de la calidad, siendo medida la calidad como el grado de satisfacción de las necesidades del cliente. Posteriormente se presenta el modelo de aseguramiento de la calidad como el medio de garantizar el nivel de

calidad del producto, siendo el punto débil de este sistema el no contemplar la mejora del producto, ni la definición de sistemas para captar la voz del cliente.

Para mejorar los aspectos anteriores, surge la mejora continua, herramienta utilizada de diferentes maneras en cada empresa, según las 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.

Las empresas más comprometidas en materia de calidad han comenzado recientemente a incorporar un sistema de gestión denominado Gestión de la Calidad Total. Este proceso supone integrar el concepto de calidad en todas las fases del proceso y a todos los departamentos que tienen alguna influencia en la calidad del producto y/o servicio entregado al cliente.

Actualmente los “gurus” de la calidad llegan aún más lejos. 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 costo mínimo para la sociedad. En este concepto se consideran las relaciones con el medio ambiente, la satisfacción de los trabajadores, etc. Esto hace suponer que en un futuro el concepto de calidad se identifique con la satisfacción por el trabajo bien hecho. Los objetivos buscados pasarían a ser 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 considera un derecho.

### 1.1.2. TÉCNICAS DE CONTROL DE CALIDAD

El control de la calidad apareció en los años 30 y adquirió gran importancia en las décadas de los 50 y 60. Se fundamenta en la inspección del producto con base a unos estándares establecidos previamente y excluyéndolo si llega a no estar conforme con los estándares. Los puntos de inspección en la línea de producción pueden ser más de uno, dependiendo de la relación que se quiera obtener entre calidad y costos: para disminuir el número de productos defectuosos es preciso aumentar el gasto en control de calidad, ya que deberá inspeccionarse un mayor número de piezas e instalarse más controles en diferentes fases del proceso productivo.

El departamento de control de calidad era el encargado de la inspección de las condiciones adecuadas del producto, de modo que los demás miembros de la organización no se consideraban directamente responsables de la calidad.

En esta etapa no aparece el cliente, ya que es el propio fabricante el que elabora los estándares de calidad. Los pasos a seguir para implementar un sistema de control de la calidad son:

1. Determinar el parámetro que ha de controlarse.
2. Establecer su criticidad.
3. Establecer los límites de calidad aceptables.
4. Instalar un sensor en el punto apropiado.
5. Recoger y transmitir los datos al lugar de análisis.
6. Verificar los resultados y analizar las causas de las posibles variaciones.
7. Encontrar y eliminar las causas de fallo.
8. Después de adoptar las medidas convenidas, comprobar que ha desaparecido la variación.

Esta concepción de la calidad tiene varios inconvenientes:

- a. Supone un despilfarro, ya que las actividades de evaluación y reparación de los productos defectuosos son costosas y constituyen un claro indicador de ineficiencia al poner de manifiesto que existen problemas en el sistema productivo.
- b. Genera inexactitudes. Al emplear técnicas estadísticas que no suelen muestrear el 100% de los elementos, siempre existe el riesgo de pasar por alto defectos.
- c. Se incorpora a la cultura de la empresa la actitud de tolerancia al error; los empleados pueden llegar a pensar que puesto existe un departamento que verificará la calidad de los productos producidos, no importa que se generen errores en el proceso, o al menos, su importancia no es tan grande como en el caso de nos existir controles de calidad posteriores.
- d. Adicionalmente a todo esto, con el incremento de la complejidad de los productos, cada vez resulta más costos realizar controles de calidad.

Debido a estos problemas y al hecho de que la calidad estaba adquiriendo una importancia creciente como factor competitivo se produjo un cambio de enfoque que dio lugar al aseguramiento de la calidad.

### 1.1.3. ADMINISTRACIÓN TOTAL DE LA CALIDAD

Es un conjunto de filosofías y sistemas de administración orientados al logro eficiente de los objetivos de la organización para garantizar la satisfacción del cliente e incrementar al máximo el valor ante los grupos con intereses en el negocio. La calidad total se alcanza a través del mejoramiento continuo del sistema de calidad que consiste del sistema social, el sistema técnico y el sistema de administración.

Se convierte en un modo de vida para hacer negocios en la organización entera. Trata de un concepto expresa que una empresa deberá diseñar sus productos con calidad y no inspeccionarlos para buscarla (la calidad) después de producidos. Los productos y/o servicios óptimos no se pueden fabricar si no se tiene una devoción hacia la calidad en todos los ámbitos de la compañía, como lo expresa el Dr. Noriaki Kano: “la calidad es demasiado importante para dejársela a los inspectores”.

La calidad total se puede definir como la gestión integral de la empresa, centrada en la calidad y sujeta a los siguientes pilares: centrada en la calidad, basado en la participación de todos sus miembros, orientada a la rentabilidad a largo plazo a través de la satisfacción del cliente, proporciona beneficios a todos los miembros de una organización y a la sociedad, en general. Para llegar a conseguir el objetivo se necesita: búsqueda permanente de la satisfacción del cliente, gestión basada en hechos, dirección enfocada en personas y mejora continua.

En esta etapa, el objetivo es proporcionar productos o servicios capaces de satisfacer al cliente, algo que depende de la diferencia entre sus percepciones y sus expectativas.

En esta nueva concepción la calidad presenta importantes implicaciones:

- Está relacionada con las percepciones del cliente, que en gran medida son subjetivas.
- Es un concepto dinámico, ya que es preciso adaptarse constantemente a las cambiantes necesidades de los clientes.
- Al considerar el valor percibido, el precio se incorpora también al concepto de calidad, siendo un factor que influye tanto en las expectativas que se formará el comprador (se tiende a asociar instintivamente alto precio y alta calidad) como en su posterior juicio del producto o servicio. (¿valió la pena pagar ese precio?)

En esta etapa aparece la necesidad de implicar a todos los miembros de la organización en el compromiso con la calidad, es decir, la calidad debe impregnar a todas las áreas de la organización.

Los objetivos que persiguen con las políticas de gestión de la calidad son:

1. Satisfacción del cliente. Constituye el objetivo prioritario.
2. Eliminar todo aquello que no añada valor, y que no sea necesario, evitar despilfarros.
3. Conseguir que se hagan las actividades correctamente en primera instancia.
4. Mejorar la capacidad de reacción mediante:
  - Productos personalizados.
  - Desarrollo rápido de nuevos productos y servicios.
  - Anticipación a las necesidades del cliente

Como definición de Gestión de la Calidad Total (GCT) puede darse la siguiente: Es el conjunto de actividades extendidas a todas las áreas, operaciones, procesos y departamentos de una organización (es decir, extendidas a toda la organización) que tienen como objetivo enviar productos libres de defectos, en un plazo requerido y que satisfagan plenamente a los clientes, así como elevar el nivel de calidad de todas las operaciones de la empresa, esto se logra con un claro compromiso de la dirección a través de una completa participación de todos los empleados.

Principios de la calidad total:

1. Constancia en el propósito de mejora continua, a la que debe destinarse tiempo, esfuerzo y recursos. Es importante pensar en el largo plazo.
2. Asimilar la nueva filosofía. No son admisibles los antiguos niveles de defectos, retrasos e ineficiencias.
3. Prevención. La calidad no se consigue mediante la inspección, sino mediante la prevención.

4. Cooperar con proveedores. Deben establecerse vínculos estrechos con éstos y reducir el “pool” de proveedores a unos pocos de confianza. No deben seleccionarse proveedores únicamente con base al precio.
5. Mejora continua en todos los procesos.
6. Potenciar la formación de todas las personas de la empresa, especialmente de aquellas que tengan responsabilidades ejecutivas.
7. Liderazgo. Que sustituya a la supervisión tradicional. De esta manera personas que ocupen puestos de supervisión tendrán tiempo y recursos para detectar problemas en vez de dedicar todos sus esfuerzos a “apagar fuegos”.
8. Eliminar el miedo, de modo que todo el personal pueda sugerir ideas y hacer preguntas para mejorar su trabajo.
9. Comunicación. Eliminar las barreras interpersonales y promover el trabajo en equipo, así como la comunicación horizontal y vertical.
10. Eliminar lemas, exhortaciones y objetivos numéricos, y sustituirlos por declaraciones e ideas orientadas a la mejora.
11. Eliminar la gestión por objetivos o por metas numéricas.
12. Eliminar las barreras que impiden a los trabajadores sentirse orgullosos de su trabajo.
13. Instaurar un plan de formación continua.
14. Crear una estructura en la empresa que lleve a cabo los puntos anteriores.

#### 1.1.4. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Son dos los problemas inherentes al método “policíaco” de aseguramiento de la calidad:

- El desperdicio institucionalizado.
- En algunos negocios el producto no puede probarse de manera efectiva para verificar que satisface las exigencias del cliente antes de haber sido producido. Esto resulta especialmente en las organizaciones de servicios.

Asegurar calidad, significa realizar acciones planificadas y sistemáticas para que un bien o servicio atienda requisitos predefinidos. Es un instrumento de gestión que promueve las relaciones entre empresa y clientes y que incluye el uso de cualquier método que evite la propagación de un error a las siguientes fases: El problema puede estar en el envase, transporte, plazo, manual, atención y no sólo en fabricación o ejecución del servicio. Para asegurar la calidad se utilizan innumerables métodos según la situación: examen sensorial directo (vegetales); exámenes de laboratorio (en productos industrializados); análisis estadísticos, etc.

Para asegurar la calidad se necesita: Satisfacer con productos y servicios sin defectos o características que no agraden, satisfacer con costos adecuados, satisfacer la atención, plazo de entrega y cumplimiento de las promesas efectuadas y satisfacer en cuanto a seguridad.

El aseguramiento de la calidad son todas aquellas acciones, llevadas a cabo sistemáticamente, que están destinadas a obtener un proceso productivo que asegure que el producto o servicio, va a satisfacer los requerimientos de calidad. En definitiva, la filosofía que sustenta esta etapa es que la calidad se construye en los procesos: si cada proceso se realiza correctamente, no existe ningún motivo para que aparezcan defectos, y en consecuencia, no será necesario controlar la

calidad del producto obtenido. La cultura de la empresa incorpora la idea de hacer las cosas bien a la primera.

Un elemento característico del aseguramiento de la calidad es el Manual de la Calidad, en el que se recogen los procedimientos adecuados para realizar cada proceso, y se incluyen todas las actividades en todas las etapas hasta la obtención del producto y/o servicio final.

Pueden distinguirse tres pasos fundamentales en el aseguramiento de la calidad.

1. Establecer un sistema y evaluar su adecuación. De esta manera se obtiene el manual de la calidad.
2. Auditar el sistema para verificar que las disposiciones se están implementando.
3. Revisar el sistema de manera continua, de forma que se compruebe que se sigue trabajando del modo adecuado y que el producto tiene las características prescritas.

Una importante diferencia respecto a la etapa anterior radica en que es el operario y no el experto, el que está en una mejor situación para controlar su trabajo. Por ello se fomenta el autocontrol, es decir, se confía al trabajador la responsabilidad de evaluar la conformidad de la tarea que ha realizado.

Esta nueva mentalidad presenta nuevas ventajas:

- ◆ Muestra a los operarios que la dirección confía en ellos, por lo que pueden sentirse más comprometidos con el resultado.
- ◆ De cara a la empresa, aprovecha mejor la capacidad de los trabajadores. De cara a los trabajadores, al realizar tareas más interesantes se sienten más motivados.

- ◆ El operario es quien mejor conoce su puesto de trabajo porque es el que más tiempo permanece en él. Por lo tanto puede aportar ideas de mejora y soluciones a los eventuales problemas que puedan surgir.
- ◆ El operario, al medir él mismo la calidad, obtiene una retroalimentación inmediata sobre su trabajo.
- ◆ Detecta el defecto inmediatamente cuando ocurre, evitando que se propague a etapas posteriores.
- ◆ La idea de “hacer bien las cosas a la primera” se incorpora a la cultura de la empresa.
- ◆ Disminuye el costo por que reduce el número de defectos así como los gastos derivados del control de calidad.

Por tanto el papel de los especialistas del departamento de calidad se basa en realizar auditorias de calidad para comprobar que el personal actúa de la manera prevista.

Aunque el aseguramiento de la calidad supone algunas mejoras respecto al control de calidad tradicional, siguen existiendo problemas:

1. Sigue sin desarrollarse una actividad de mejora. Dado que existen unos procedimientos claramente definidos, cualquier cambio supone un riesgo,
2. El tener los procedimientos formales tan definidos, limita de manera considerable la creatividad del personal.
3. Se da por sentado que el cliente se siente satisfecho por recibir su pedido de acuerdo a lo que se especificó, cuando realmente al realizar la entrega conforme a lo pactado es algo que el cliente suele dar por supuesto, ya que no constituye significativamente a su satisfacción y fidelización.

## **1.2. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACION**

La normalización internacional comenzó en el campo electrotécnico con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC) que se estableció en 1906. Otra organización pionera que llevó a cabo trabajos al respecto fue la federación Nacional de Asociaciones de Estandarización (ISA) que se fundó en 1926. El énfasis de la ISA fue orientado con la fuerza a la ingeniería mecánica. Las actividades de la ISA finalizaron en 1942.

En 1946, delegados de veinticinco países se reunieron en Londres y decidieron crear una nueva organización internacional cuyo objetivo principal sería “Oficializar la coordinación internacional y unificación de estándares industriales”. La nueva organización ISO comenzó a operar el 23 de Febrero de 1947.

La ISO, es una organización no gubernamental cuya misión es promover a nivel mundial el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas con el objetivo de facilitar el intercambio de bienes y servicios, con la cooperación en el campo intelectual, científico, tecnológico y económico.

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una federación de alcance mundial integrada por los organismos normalización nacionales de 130 países. Actualmente la ISO tiene 120 organizaciones miembros sobre la base de una por país. ISO es una organización no gubernamental y sus miembros no son gobiernos nacionales de ningún país, pero sí los institutos de normalización de los respectivos países. Cada miembro participante tiene igual derecho a tomar parte en la elaboración de cualquier norma que juzgue importante para la economía de su país, sin importar cuál sea el tamaño o fuerza de su economía.

Cada participante de la ISO tiene un voto. Las actividades de ISO están basadas en una estructura democrática en donde cada país está en igual condición para

influir en la dirección del trabajo de ISO en el ámbito estratégico, así como en el contenido técnico de sus normas individuales.

ISO elabora únicamente normas que sean requeridas por el mercado. Este trabajo se lleva a cabo por expertos de diferentes sectores; industriales, técnicos y de negocios, los cuales ponen sus experiencias y luego las normas en práctica. Estos expertos se acompañan por otros que tienen conocimientos relevantes en las áreas gubernamentales y laboratorios de ensayo y análisis. Se estima que cada día hay de 12 a 15 reuniones alrededor del mundo de los comités técnicos de ISO que trabajan en la elaboración de normas. En total hay más de 2850 comités técnicos en los cuales participan unos 30.000 expertos al año. Este trabajo técnico es coordinado por la Secretaría Central de Ginebra, que también publica las normas.

Las normas ISO son voluntarias. ISO no impone la implementación de éstas. Un cierto porcentaje de las normas ISO, principalmente aquellas que conciernen con la salud, seguridad y medio ambiente, han sido adoptadas en algunos países como parte de sus regulaciones o son referidas en la legislación en la cual sirven de bases técnicas. Sin embargo, tales adopciones son decisiones soberanas de autoridades reguladores o gobiernos de los países que se preocupan por lo expresado; ISO por si sola no regula ni legisla.

Desde 1947, ISO ha publicado más de 10.700 normas internacionales. El programa de trabajo de ISO clasifica sus normas desde las que se usan en actividades tradicionales como la agricultura y la construcción, ingeniería mecánica y las más nuevas innovaciones tecnológicas como códigos digitales de señales audiovisuales para aplicaciones múltiples. El trabajo de ISO es desarrollar normas. Esto no verifica que las normas ISO estén siendo implementadas por los usuarios en conformidad con los requerimientos de estas.

Todos los trabajos realizados por la ISO resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como Estándares Internacionales.

La Organización Internacional para la Estandarización estipula que sus estándares son producidos de acuerdo a los siguientes principios:

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

### **1.3. LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000**

La serie ISO 9000 es un conjunto de normas que, a diferencia de otras, en lugar de referirse solo al producto (se especificación, método de ensayo, método de muestreo, etc.) se refieren a la forma de llevar a cabo la Gestión de la Calidad y establecer los correspondientes Sistemas de la Calidad y Mejora Continua de la organización.

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

A principios de los años setenta las organizaciones se vieron sujetas a la necesidad de satisfacer los requisitos de múltiples programas de gestión de la calidad. Estos eran programas que habían sido establecidos en distintos sectores económicos, entre ellos el militar, que en el caso de los países de la OTAN utilizaban las especificaciones de la serie AQAP.

Todos ellos contaban con un elevado grado de enseñanza en los detalles de sus requisitos, si bien diferían considerablemente en la presentación y la organización de dichos requisitos.

Durante la década de los setenta se cayó en cuenta que tal rivalidad entre programas no era rentable. En consecuencia, varios países establecieron normas nacionales de sistemas de gestión de la calidad armonizadas, como por ejemplo las normas BS 5750 del Reino Unido y las CSA Z 299 de Canadá.

Dada la amplia difusión que estos sistemas estaban adquiriendo se vio la conveniencia de establecer una Norma Internacional.

Para tales efectos, en 1979 se constituyó dentro de ISO el Comité Técnico No. 176, el que se identifica como ISO/TC 176 "Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad", con el cometido de establecer, sobre este tema, normas genéricas y de aplicación universal.

Este comité, cuya secretaría ejerce el SCC (Standards Council of Canada) tiene a su vez tres subcomités:

- ◆ SC1: Conceptos y Terminología, a cargo de AFNOR (Association Française de Normatisation), responsable de la elaboración y revisión de la norma ISO 9000.
- ◆ SC2: Sistemas de la Calidad, a cargo del BSI (British Standards Institución), responsable de la elaboración y revisión de las normas ISO 9001 y 9004.

- ◆ Tecnologías de Apoyo, a cargo de NEN (Nederlands Normalisatie-instituut), que incluyen técnicas estadísticas, equipos de mediciones, etc. Es responsable de la elaboración de la Norma ISO 19011, que corresponde a la revisión de la ISO 10011 y la ISO 14010/11/12.

La primera versión de la familia de normas ISO 9000 fue publicada en 1987 y estaban conformadas de la siguiente manera:

- ISO 8402. Términos relacionados con la calidad
- ISO 9000. Conceptos Fundamentales y Norma Guía. Propone lineamientos para elegir con criterio cada una de las siguientes normas.
- ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003: Normas alternativas sobre requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad que se usaba en el aseguramiento de la calidad.
- ISO 9004: Norma guía que se usaba para efectos de la Administración de la calidad.

En 1990, el ISO/TC 176 SC2 elaboró un Plan Estratégico para su programa de revisión titulado VISION 2000, el que se preveía realizar dos etapas: una primera revisión limitada, que se concluyó en 1994 y una segunda más profunda, que dio como resultado la publicación de las normas en Diciembre del año 2000, las que pasaron a ser conocidas como ISO 9000 VERSION 2000 ó ISO 9000:2000, en nuestro país NTC-ISO 9000:2000.

## 1.4. MARCO CONCEPTUAL DE LA FAMILIA DE LA NORMA ISO 9001

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas que proporcionan los elementos necesarios para que las empresas realicen una gestión eficaz de la calidad por medio de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Cada empresa, en cualquier sector económico es libre de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad con base en esta familia de normas con el objeto de satisfacer las necesidades de sus clientes y mejorar continuamente su eficacia.

### 1.4.1. NTC ISO 9000 VERSIÓN 2005

En esta norma se especifican los fundamentos de los Sistemas de Gestión de la Calidad, los cuales constituyen el objeto de la familia de normas ISO 9000, y define los términos relacionados con los mismos.

Esta norma internacional es de aplicación a<sup>2</sup>:

- Las organizaciones que buscan ventajas por medio de la implementación de un sistema de gestión de la calidad.
- Las organizaciones que buscan confianza de sus proveedores en que sus requisitos para los productos y/o servicios serán satisfechos.
- Los usuarios de los productos.
- Aquellos interesados en el entendimiento mutuo de la terminología utilizada en la gestión de la calidad (por ejemplo: proveedores, entes reguladores)
- Todos aquellos que, partiendo o no a la organización, evalúan o auditan el sistema de gestión de la calidad para determinar la conformidad con los

---

<sup>2</sup> [www.icontec.com.co](http://www.icontec.com.co)

requisitos de la Norma ISO 9001 (por ejemplo: auditores, entes reguladores, organismos de certificación / registro).

- Todos aquellos que, perteneciendo o no a la organización, asesoran o dan formación sobre el sistema de gestión de la calidad adecuado para dicha organización.
- Aquellos que desarrollan normas relacionadas.

#### 1.4.2. NTC – ISO 9001 VERSIÓN 2000

En esta norma se describen los requisitos de un sistema de gestión de la calidad que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. Se centra en la eficacia del sistema de gestión de la calidad para dar cumplimiento a los requisitos del cliente.

Esta norma internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando la organización<sup>3</sup>

- Necesita demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente, producto y/o servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.
- Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz el sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los reglamentos aplicables.

---

<sup>3</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Manual para las pequeñas empresas. Guía sobre la norma ISO 9001:200, Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2001.

Todos los requisitos de esta norma son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta norma no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión siempre y cuando queden restringidas a los requisitos expresados en el capítulo 7 y que tales exclusiones no afecten a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

#### 1.4.2.1. Compatibilidad con otros sistemas de gestión

Esta norma internacional se ha alineado con la norma ISO 14001:1996, con la finalidad de aumentar la compatibilidad de las dos normas en beneficio de la comunidad de usuarios.

La norma ISO 9001:2000 no incluye requisitos específicos de otros sistemas de gestión, tales como aquellos particulares para la gestión ambiental, gestión de la seguridad y salud ocupacional, gestión financiera ó gestión de riesgos. Sin embargo, esta norma permite a una organización integrar su propio sistema de gestión de la calidad con los requisitos de sistemas de gestión relacionados. Es posible para una organización adaptar su(s) sistema(s) de gestión existentes(s) con la finalidad de establecer un sistema de gestión de la calidad que cumpla con los requisitos de esta norma internacional.

### 1.4.3. NTC ISO 9004 VERSIÓN 2000

Esta norma proporciona las directrices que van más allá de los requisitos establecidos en la NTC-ISO 9001:2000, con el fin de considerar tanto la eficacia como la eficiencia de un sistema de gestión de la calidad y por lo tanto, el potencial de mejora del desempeño de una organización. Si se compara la NTC ISO 9001:2000, los objetivos relativos a la satisfacción del cliente y a la calidad del producto se extienden para incluir la satisfacción de las partes interesadas y el desempeño de la organización.

Esta norma es aplicable a los procesos de la organización y por lo tanto puede difundir en la organización los principios de gestión de calidad en los que está basada. El objetivo de esta norma internacional es la consecución de la mejora continua, medida a través de la satisfacción del cliente y de las partes interesadas.

La NTC ISO 9004:2000 esta constituida por organizaciones y recomendaciones y no ha sido concebida para uso contractual, reglamentario o en certificación, ni tampoco como una guía para la implementación de la NTC ISO 9001:2000.

#### 1.4.3.1. Compatibilidad Con Otros Sistemas De Gestión

Esta norma internacional no incluye orientaciones específicas de otros sistemas de gestión, tales como aquellos particulares para la gestión ambiental, gestión de la seguridad y salud ocupacional, gestión financiera o gestión de riesgos. Sin embargo, esta norma permite a una organización integrar o alinear su propio sistema de gestión con otros de gestión relacionados.

#### 1.4.4. NTC ISO 19011 VERSIÓN 2002

La serie de norma ISO 9000 hacen énfasis en la realización de auditorías como herramienta para el seguimiento y la verificación de la implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad. Las auditorías son también una parte fundamental de las actividades de evaluación de la conformidad, tal como la certificación, registro, evaluación y vigilancia de la cadena de suministro.

Esta norma proporciona orientación sobre los principios de auditoría, la gestión de los programas de auditorías, la realización de auditorías de Sistemas de Gestión de la Calidad y de Gestión Ambiental, así como sobre la competencia de los auditores de Sistemas de Gestión de la Calidad y Ambiental.

Esta norma es aplicada a todas las organizaciones que tienen que realizar auditorías internas o externas a Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental o que gestionan un programa de auditoría.

La aplicación de esta norma internacional a otros tipos de auditoría es posible en principio, siempre que se preste esencial atención a la identificación de la competencia necesaria de los miembros del equipo auditor.

#### **1.5. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

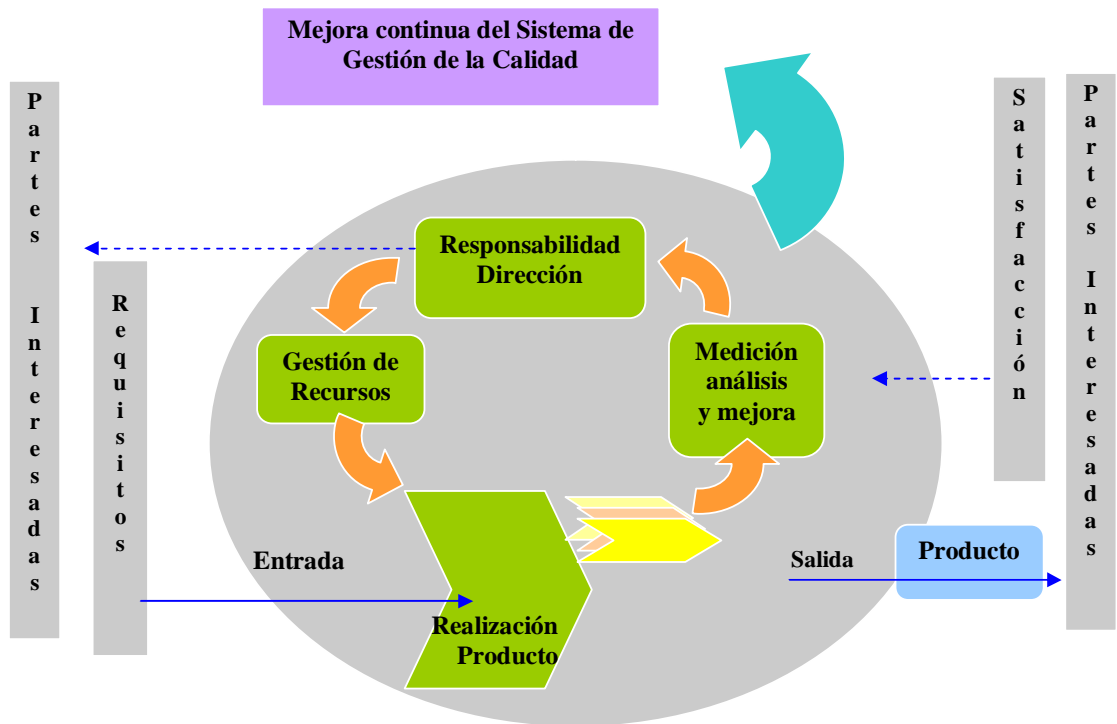
Para direccionar y operar una organización exitosamente se requiere que ésta se dirija y controle de manera transparente y sistemática. Se puede lograr el éxito diseñando, implementando y manteniendo un sistema de gestión basado en la mejora continua del desempeño, mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la calidad entre otras disciplinas de gestión. Los principios de gestión de la calidad que son

utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia la mejora continua del desempeño, estos ocho principios constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000<sup>4</sup>:

- **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 estos y esforzarse por exceder sus expectativas.
- **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.
- **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.
- **Enfoque basado en procesos:** 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.

---

<sup>4</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. NTC ISO 9001. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2000.



**FIGURA 1. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos**

- # **Mejora continua:** Este debe ser un objetivo permanente de la organización.
  
- # **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Decisiones eficaces basadas en el análisis de datos e información
  
- # **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos crear valor.

## **1.6. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD**

Un sistema de gestión de la calidad es la forma como una organización realiza la gestión empresarial asociada a la calidad, este orienta a las organizaciones a: analizar los requisitos del cliente y cumplirlos, definir los procesos que contribuyen a que los productos cumplan éstos requisito, mantener los procesos bajo control, resolver los problemas de calidad y a mejorar los procesos del producto entre otros.

Un sistema de gestión de la calidad en términos generales consta de la estructura organizacional junto con la documentación, procesos y recursos que se emplean para alcanzar los objetivos de calidad, dar cumplimiento a la política de calidad y cumplir con los requisitos del cliente.

Tienen que ver con la evaluación de la forma como se hacen las cosas y de las razones por las cuales se hacen, precisando por escrito la manera como se hacen y registrando los resultados para demostrar cómo se hicieron. Muchas empresas ya estarán realizando gran parte de las operaciones que la norma especifica.

Además, estos sistemas proporcionan herramientas para la implantación de acciones de prevención de defectos o problemas (procedimiento de acciones preventivas), así como de corrección de los mismos. Incluye también los recursos, humanos y materiales, y las responsabilidades de los primeros, todo ello organizado adecuadamente para cumplir con sus objetivos funcionales.

### 1.6.1. RAZONES PARA IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad surge por una decisión estratégica de la alta dirección, motivada por intenciones de mejorar su desempeño, porque están desarrollando un sistema de mejora continua para dar una guía de actuación clara y definida al personal sobre aspectos específicos del trabajo; para obtener la certificación por una tercera parte de su sistema de gestión, o por exigencias del entorno, ya que algunos clientes tanto en los sectores públicos como en los privados buscan la confianza que les puede suministrar una empresa que cuente con un sistema de gestión de la calidad. Si bien la satisfacción de las expectativas es una razón para tenerlo, puede haber otras razones, entre las cuales están:

- Mejora del desempeño, coordinación y productividad.
- Orientación hacia las expectativas de los clientes y los objetivos empresariales.
- Logro de la satisfacción del cliente.
- Confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada.
- Evidencia de las capacidades de la organización frente a clientes fijos y potenciales
- Apertura de nuevas oportunidades de negocio o mantenimiento de las actuales.
- Certificación / Registro
- Oportunidad de competencia sobre la misma base que las organizaciones más grandes.
- Introduce la visión de la calidad en las organizaciones: Fomentando la mejora continua de las estructuras de funcionamiento interno y externo y

exigiendo ciertos niveles de calidad en los sistemas de gestión, productos y servicios.

- ✚ **Decrezen los costos** (costos de no calidad) y crecen los ingresos (posibilidad de acudir a nuevos clientes, mayores pedidos de los actuales, etc.)

Un sistema de gestión de la calidad puede contribuir a alcanzar estas expectativas, pero se debe recordar que es sólo un medio y no puede ocupar el lugar de metas que se ha establecido.

#### 1.6.2. IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El proceso de implementación se desarrolla por etapas:

- ✚ **Diagnóstico:** Consiste en comparar las prácticas actuales con los requisitos de la Norma ISO 9001, determinar puntos fuertes y débiles, identificar lo que hay que hacer y establecer un Plan de Acción. En esta etapa se determina el compromiso y responsabilidades de la dirección, su formalización del compromiso y demostración en el día a día.
- ✚ **Formación inicial:** Consiste en la preparación para el cambio, concientización e implicación del personal a través de charlas, preparación especializada en gestión de la calidad de acuerdo a las necesidades de cada puesto.
- ✚ **Gestión de los procesos:** Identificar, definir, controlar y mejorar los procesos de la organización.

- ✚ **Documentación de los elementos del sistema:** Definir y estandarizar mediante los diferentes documentos (procedimientos, instrucciones de trabajo, guías, manuales, etc.), lo que se realiza en los diferentes procesos de la organización.
  
- ✚ **Implementación de los elementos del sistema:** Hacer lo que se ha escrito, requiere formación específica de los documentos preparados y montaje y preparación de los registros que lo requieran.
  
- ✚ **Seguimiento y mejoramiento:** Consta de auditorias internas y revisiones al sistema de gestión de la calidad, corrección y puesta a punto (Comprobar qué se está haciendo, evaluar su conformidad y efectividad; mejora continua).
  
- ✚ **Certificación del sistema de calidad:** Es el reconocimiento formal por terceras partes de la efectividad del sistema de calidad diseñado para cumplir los objetivos propuestos.

El diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad en una organización está influenciado por diferentes necesidades, objetivos particulares, los productos que proporciona, los procesos que emplea y el tamaño y estructura de la organización.

## **1.7. DOCUMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Mediante la documentación se evidencia la planificación de todo sistema de gestión de la calidad, es por esto que cada organización la realiza de acuerdo con las necesidades y entorno a la naturaleza de la misma.

La norma ISO 9001:2000, brinda una mayor flexibilidad en cuanto a la manera como escogida para documentar su Sistema de Gestión de la Calidad, permitiendo que cada organización desarrolle la mínima cantidad de documentación necesaria a fin de demostrar la planificación, operación y control eficaces de sus procesos y la implementación y mejora continua de la eficacia de su Sistema de Gestión de la Calidad.

El tipo y la extensión de la documentación dependen de la naturaleza de los productos y procesos de la organización, del grado de formalidad de los sistemas de documentación y de la capacidad de las personas para comunicarse dentro de la organización, así como de su cultura.

Es importante definir que la NTC-ISO 9001:2000 requiere un “Sistema de Gestión de la Calidad Documentado” y no un “Sistema de Documentos”. Además, de acuerdo con la Norma ISO 9001:2000, apartado 4.2. Requisitos de la documentación, los documentos pueden encontrarse en cualquier forma o tipo de medio, y la definición de documento en la Norma ISO 9001:2000, apartado 3.7.2, ofrece los siguientes ejemplos: papel, disco magnético, electrónico u óptico, fotografía, muestra patrón.

#### 1.7.1. IMPORTANCIA DE DOCUMENTAR UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

Algunas de las principales razones para documentar un Sistema de Gestión de la Calidad se enuncian a continuación:

- Evidencia de la planificación del sistema de gestión de la calidad, además que esta planificación se ha llevado a cabo realmente.
- La repetibilidad y la trazabilidad.

- Herramientas de entrenamiento.
- Apoya el cumplimiento y la evidencia de requisitos obligatorios.
- Suple la necesidad de definir los criterios de la auditoria.
- Preservación del saber y hacer de la organización.
- Unificación en el enfoque y la ejecución de las actividades y procesos.
- Necesidad de evidenciar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Necesidad de definir y comunicar las interacciones de los procesos.
- Garantizar una adecuada comunicación de las disposiciones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Como apoyo en el entrenamiento cuando ocurran cambios y rotación del personal.
- Documentos necesarios para asegurar la planificación, operación y control de los procesos
- Registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SGC.

#### 1.7.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA NTC - ISO 9001:2000

Según el numeral 4.1. Requisitos Generales, requiere a la organización “establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional”.

El numeral 4.2.1. Generalidades, indica que la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir<sup>5</sup>:

---

<sup>5</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. NTC ISO 9001. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2000.

1. *Declaraciones documentadas de política y objetivos de calidad:* Los requisitos para la política de calidad se establecen en el numeral 5.3 de la Norma ISO 9001:2000. La política de la calidad documentada, debe ser controlada de acuerdo con los requisitos del apartado 4.2.3. Algunas organizaciones pueden estar revisando su política de calidad por primera vez, a fin de cumplir con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, y se hace necesario revisar a los incisos (c), (d) y (g) del apartado 4.2.3. Los requisitos para los objetivos de calidad se definen en el numeral 5.4.1. de la NTC-ISO 9001:2000. Estos objetivos de calidad documentados están también sujetos a los requisitos de control de documentos del numeral 4.2.3.

2. *Un manual de calidad:* El numeral 4.2.2. de la NTC-ISO 9001:2000 especifica el contenido mínimo de un manual de calidad. El formato y la estructura del manual es decisión de cada organización, y dependerá del tamaño, cultura y complejidad de la misma. Algunas organizaciones pueden optar por utilizar el manual de calidad con otros fines, además de solamente para documentar el SGC. Una organización pequeña puede determinar apropiado incluir la descripción de todo su SGC en un solo manual, incluyendo todos los procedimientos documentados requeridos por la norma. Las grandes organizaciones multinacionales pueden necesitar varios manuales, en el ámbito global, regional o nacional, y una jerarquía de documentación más compleja. El manual de la calidad es un documento que debe ser controlado de acuerdo con los requisitos del numeral 4.2.3.

3. *Los 6 procedimientos documentados requeridos por la norma:* La Norma ISO 9001:2000 requiere específicamente que la organización tenga “procedimientos documentados” para las seis actividades siguientes:

- Control de la documentación
- Control de los registros
- Auditorías internas
- Control de productos no conformes

- Acciones correctivas
- Acciones preventivas

4. *Documentos necesarios para asegurar la planificación, operación y control de los procesos:* Con el fin que una organización demuestre la implementación eficaz de su SGC, puede ser necesario desarrollar documentos diferentes a los procedimientos documentados. No obstante, los únicos documentos mencionados específicamente en la NTC-ISO 9001:2000 son:

- Política de calidad (Numeral 4.2.1 a)
- Objetivos de calidad (Numeral 4.2.1 a)
- Manual de calidad (Numeral 4.2.1 b)

Existen varios requisitos de la Norma ISO 9001:2000 con los que una organización podría aportar valor a su SGC y demostrar conformidad mediante la preparación de otros documentos, incluso cuando la norma no los exige específicamente. Algunos son (Todos controlados según el numeral 4.2.3 y 4.2.4, según sea aplicable):

- ◆ Mapas de proceso, diagramas de flujo de proceso y descripciones de proceso.
- ◆ Organigramas.
- ◆ Especificaciones
- ◆ Instrucciones de trabajo y de ensayo/prueba.
- ◆ Documentos que contengan comunicaciones internas
- ◆ Programas de producción
- ◆ Listas de proveedores aprobados.
- ◆ Planes de ensayo / pruebas e inspección.
- ◆ Planes de calidad

5. Registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SGC.

TABLA 1. Registros requeridos por la NTC-ISO 9001:2000

NUMERAL	REGISTRO REQUERIDO
5.6.1	Revisiones por la Dirección.
6.2.2.(e)	Educación, formación, habilidades y experiencia.
7.1(d)	Evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.
7.2.2	Resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y de las acciones originadas por la misma.
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo.
7.3.4	Resultados de las revisiones del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria.
7.3.5	Resultados de la verificación del diseño y desarrollo y cualquier acción necesaria.
7.3.6	Resultados de las validaciones del diseño y desarrollo y cualquier acción necesaria.
7.4.1	Resultados de las evaluaciones de los proveedores y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.
7.5.2 (d)	Los requeridos por la organización para demostrar la validación de los procesos en los que los elementos de salida resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición
7.5.3	Para registrar la identificación única del producto cuando la trazabilidad sea un requisito.
7.5.4	Cualquier bien del cliente que se pierda, deteriore o que de algún modo se estime que es inadecuado para su uso.
7.6(a)	La base utilizada para la calibración, cuando los patrones usados para la calibración o verificación del equipo de medida no existen.
7.6	Validez de los resultados de mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos.
7.6	Resultados de la calibración y de la verificación del equipo de medida.
8.2.2	Resultados de las Auditorias Internas.
8.2.4	Evidencia de la conformidad del producto con los criterios de aceptación e indicación de las personas que autorizan el despacho del producto.
8.3	Naturaleza de las no conformidades del producto y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido

NUMERAL	REGISTRO REQUERIDO
8.5.2	Resultados de las acciones correctivas tomadas.
8.5.3	Resultados de las acciones preventivas tomadas.

**TABLA 1. Registros requeridos por la NTC-ISO 9001:2000**

Dentro de las notas especificadas en el numeral 4.2.1 se hace evidente que siempre que la norma exija específicamente un “procedimiento documentado”, el procedimiento debe establecerse, documentarse, implementarse y mantenerse.

Además se hace énfasis en que la extensión de la documentación del SGC puede diferir de una organización a otra debido a:

- ◆ El tamaño de la organización y el tipo de actividades;
- ◆ La complejidad de los procesos y sus interacciones, y
- ◆ La competencia del personal.

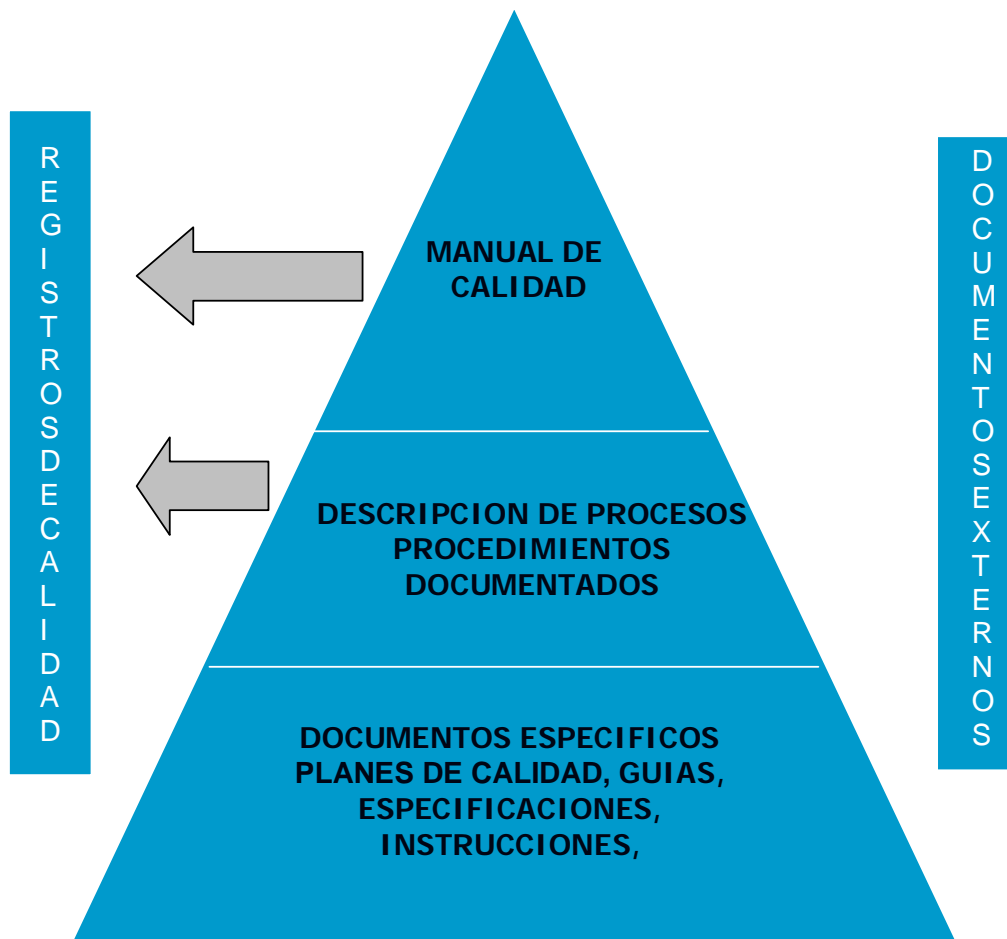
Todos los documentos que forman parte del SGC tienen que controlarse de acuerdo con el apartado 4.2.3. de la Norma ISO 9001:2000, o en el caso particular de los registros, de acuerdo con el apartado 4.2.4.

Las organizaciones son capaces de demostrar la conformidad sin necesitar una amplia documentación. A fin de alegar conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000, la organización debe que ser capaz de proporcionar evidencia objetiva de la eficacia de sus procesos y su sistema de gestión de la calidad. El apartado 3.8.1. de la Norma ISO 9001:2000 define “evidencia objetiva” como “datos que respaldan la existencia o veracidad de algo” y apunta que “la evidencia objetiva puede obtenerse por medio de la observación, medición, ensayo / prueba u otros medios”. La evidencia objetiva no depende necesariamente de la existencia de procedimientos documentados, registros u otros documentos, excepto donde se mencione específicamente en la NTC-ISO 9001:2000.

Cuando la organización no tiene un procedimiento interno específico para una actividad particular, y esto no es requerido por la norma, (por ejemplo, apartado 5.6. Revisión por la dirección), se acepta que esta actividad se lleve a cabo utilizando como base el apartado pertinente de la Norma. En estas situaciones, los auditores, tanto internos como externos, pueden utilizar el texto de la NTC – ISO 9001:2000 con el propósito de evaluar la conformidad.

### 1.7.3. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DE UN SGC

La NTC ISO 9001:200 no impone restricción alguna sobre la forma en que puede estructurarse un Sistema de Gestión de la Calidad La figura 2 ilustra la estructura típica de la documentación.



**FIGURA 2. Estructura de documentación del sistema de gestión de la calidad**

### **1.8. LA CERTIFICACION**

La certificación es el reconocimiento formal que hacen las entidades certificadoras acreditadas, sobre Sistemas de Gestión de la Calidad, además de ser una “procedimiento mediante el cual una tercera parte diferente al productor y al comprador asegura, por escrito, que un producto, proceso o un servicio, cumple los requisitos especificados. Por esta razón, constituye una herramienta valiosa en las

transacciones comerciales nacionales e internacionales. Es un elemento insustituible para generar confianza en las relaciones cliente - proveedor”<sup>6</sup>.

Una certificación asegura la calidad de un producto, organismo o persona. Existen países en los cuales la palabra certificación no es utilizada y a cambio se habla de registros, mas no de certificados.

La certificación o el “registro” no es obligatorio en ninguna parte del mundo, pero se hace necesario cuando los propios clientes lo exigen para realizar negociaciones con nuestro producto o servicio, de allí la importancia para algunas empresas de ostentarlo. Una decisión de este tipo es entonces en algunos casos influenciada por nuestra competencia o por las exigencias de leyes o reglamentaciones.

#### 1.8.1. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN<sup>6</sup>

- ◆ *Supervivencia:* Uno de los argumentos más sólidos para que una empresa adopte un Sistema de Gestión de la Calidad con base en la NTC ISO 9001 es la conservación de sus clientes o la captación en el mercado de clientes más exigentes.
- ◆ *Compromiso:* La calidad no se improvisa y pasa a ser parte de los trabajadores, todos deben estar comprometidos con el Sistema de Gestión de la Calidad, si los resultados no son los esperados, se analizarán las causas para evitar su ocurrencia.
- ◆ *Control Directivo:* A través de las mediciones y del cálculo de los indicadores de gestión, el sistema se convierte en una gran herramienta de control en las organizaciones.

---

<sup>6</sup> <http://www.icontec.org.co/certificacion.asp>

- ◆ *Cimiento para el crecimiento:* Con la implementación de un sistema eficaz, la probabilidad de captar nuevos clientes aumenta y con ella la posibilidad de crecimiento de la empresa en el largo plazo.

### **1.8.2. Organismos Certificadores de Sistemas de Gestión de la Calidad**

Los organismos certificadores de Sistemas de Gestión de la Calidad NTC – ISO, acreditados en nuestro país por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) y de mayor reconocimiento son:

- ◆ Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC)
- ◆ SGS Colombia S.A.
- ◆ Bureau Veritas Quality International (BVQI)
- ◆ Consejo Colombiano de Seguridad.

## **2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

### **2.1. RAZON SOCIAL**

Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA



**FIGURA 3. Instalaciones de Cedco Ltda.**

### **2.2. UBICACION**

Dirección: Calle 48 No. 27- 49. Bucaramanga

Teléfono: 6577929 – 6577919 – 6437764

E-Mail: cedcoltda@hotmail.com

### **2.3. NOMBRE DEL GERENTE**

Lina Gisella Díaz Torres

## **2.4. NIT**

804013775-2 Bucaramanga

## **2.5. OBJETO SOCIAL**

Elaboración de todos los exámenes que conlleven al diagnóstico oftalmológico y optométrico, ayudados por consulta, además toda cirugía ambulatoria, la comercialización de óptica, lentes, monturas y lentes de contacto.

## **2.6. RESEÑA HISTORICA**

Con la constante preocupación de brindar un mejor servicio desde el punto de vista médico profesional, utilizando instalaciones cómodas y funcionales, fue fundado el CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR CEDCO LTDA, en Agosto del año 2.002, ubicándose en la Calle 48 No. 27 – 49 de la ciudad de Bucaramanga, entidad privada, basado en la experiencia de sus fundadores dentro del campo de la Oftalmología y Optometría.

Desde sus inicios se han aumentado no sólo la cantidad de clientes institucionales (EPS / ARS) a quienes se les prestan servicios, si no también los procedimientos quirúrgicos y los exámenes de diagnóstico con que cuenta la institución, gracias a la adquisición de tecnología adecuada para la toma de nuevos exámenes oftalmológicos como son angiografía, paquimetría, y la cirugía de catarata mediante la técnica de facoemulsificación.

## **2.7. MISION**

Prestar atención especializada en el área de oftalmología y optometría, con profesionales altamente calificados, tecnología adecuada y con el compromiso de brindar un servicio cálido, oportuno y seguro que permita la satisfacción de nuestros usuarios, empleados y socios, generando en ellos una mejor calidad de vida.

## **2.8. VISION**

La visión de CEDCO LTDA es ser en el 2009 una organización prestadora de servicios de salud visual reconocida en Santander; certificada y acreditada en la calidad de sus servicios, expandiéndolos a diferentes lugares que conforman el departamento y así mejorar cada vez más la calidad de vida de nuestros usuarios, suministrando servicios caracterizados por su alta calidad, seguridad y calidez humana.

## 2.9. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION

### a) Servicio De Óptica



**FIGURA 4. Servicio De Óptica**

- ◆ Suministro de lentes y monturas

### b) Servicio De Consulta Externa Especializada



**FIGURA 5. Consultorios De Consulta Externa Especializada**

- ◆ Consulta de Optometría
- ◆ Consulta de Oftalmología
- ◆ Adaptación de lentes de contacto

- ◆ Valoración y Sesión Ortóptica
- ◆ Tamizajes y Visiometrías

### C) Servicio De Ayudas Diagnósticas



- ◆ Biometría Ocular.
- ◆ Ecografía Ocular.
- ◆ Paquimetría



- ◆ Procedimientos con Yag Láser
- ◆ Exámenes especializados con Láser de Argón.



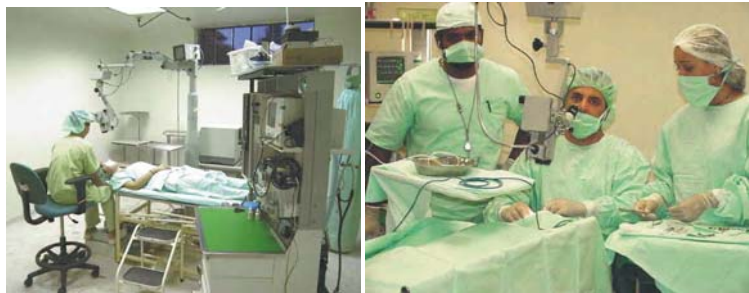
- ◆ Angiografía



- ◆ Campimetría.

**FIGURA 6. Servicio de Ayudas Diagnósticas**

#### d) Cirugía Oftalmológica



**FIGURA 7. Servicio de Cirugía Oftalmológica – Quirófano**

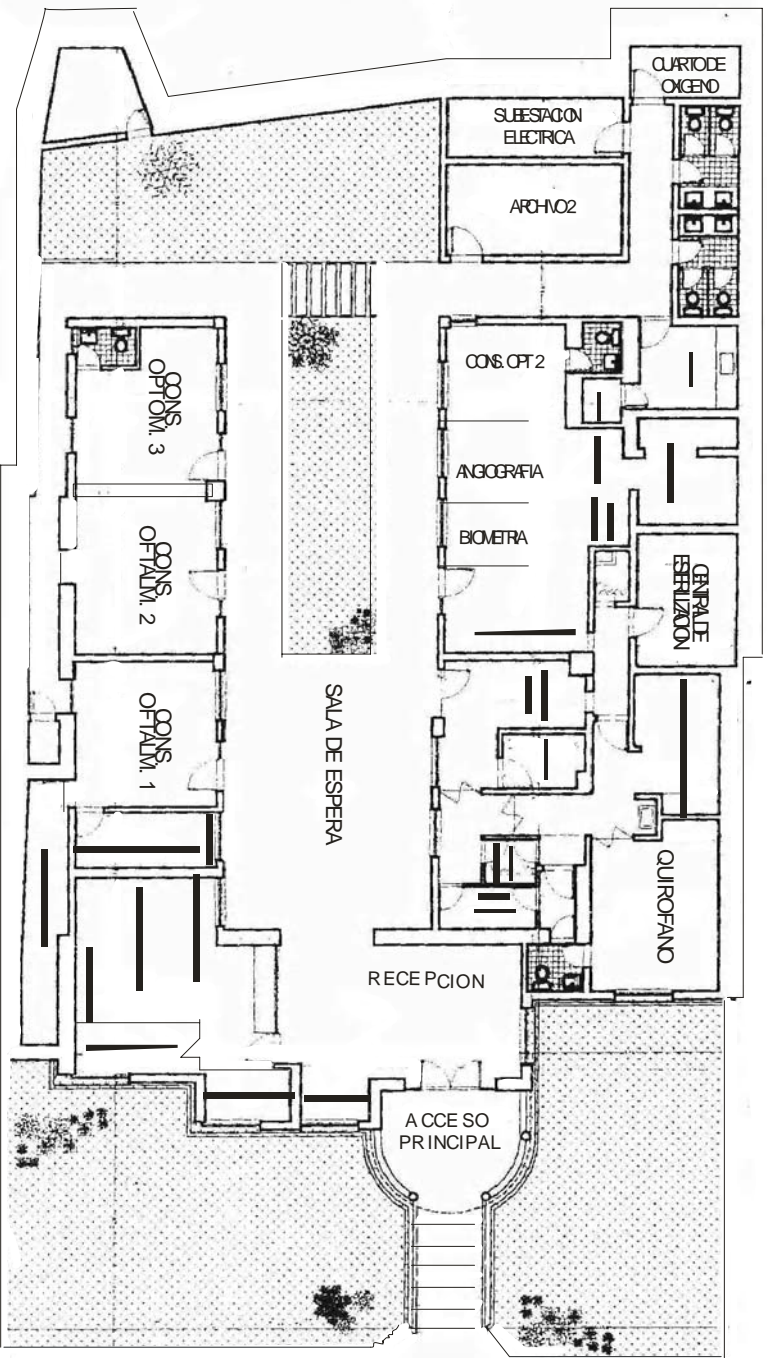
- ◆ Extracción de Catarata más implante de lente intraocular
- ◆ Resección de Pterigión más Plastia Conjuntival
- ◆ Resección de Chalazión
- ◆ Corrección de Estrabismo
- ◆ Blefaroplastia
- ◆ Transplante de Cornea
- ◆ Plastia Lagrimal, Sondeo Lagrimal
- ◆ Trabeculectomía
- ◆ Corrección de Entropión y Ectropión
- ◆ Cirugías Vitreoretinales

## 2.10. DESCRIPCION DE INSTALACIONES

CEDCO LTDA, se dedica exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de afecciones oculares. Así en conjunto su infraestructura física consta de:

Recepción	Área de Recuperación
Sala de Espera	Quirófano
Servicio de Óptica	Central de Esterilización
4 Consultorios de Consulta Especializada.	Transfer
Área de Exámenes Especializados.	Vestieres

En la figura 8 se muestra el plano de las instalaciones de CEDCO LTDA



**FIGURA 8. Plano de instalaciones de CEDCO LTDA.**



**ESQUEMA  
GENERAL  
INSTALACIONES  
DE CEDCO LTDA**

**UBICACION  
CALLE 48 No 27 -49  
BUCARAMANGA**

**GERENTE  
LINA GISSELLA  
DIAZ TORRES**

## 2.11. MERCADO ATENDIDO

El mercado atendido se encuentra distribuido por todo Santander, manteniendo relaciones comerciales con clientes en diferentes regiones del territorio santandereano, los clientes de la organización se dividen en dos grupos:

### ◆ CLIENTES INSTITUCIONALES

Presta sus servicios a usuarios de las diferentes EPS / ARS, empresas particulares, con los cuales se tenga un contrato vigente, ya sea mediante la modalidad de prestación de servicios, o bajo capitación por volumen de usuarios. Estos clientes cancelan sus servicios una vez CEDCO LTDA envíe la respectiva facturación de los servicios prestados durante el mes. Dentro de este grupo se encuentran:

ASMETSALUD ARS	CAJASAN ARS
CAFABA ARS	SALUD OCUPACIONAL SANITAS LTDA
CAPRUIS	COOMEVA EPS
COLPATRIA PREPAGADA	COOMEVA PREPAGADA
COMPARTA ARS	COMPARTA ARS
CAFESALUD EPS	FINSEMA
CAFESALUD ARS	SALUDCOOP
COOSALUD ARS	MULTICLINICA
ECOPETROL	SALUD VIDA ARS
EMDIS ARS	SERVIR
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA SURAMERICANA	SOLPREMIUM
SUSALUD PREPAGADA	SOLSALUD ARS
MULTICLI NICA BUCARAMANGA	CAJASAN COMFANORTE
SUSALUD PREPAGADA	VIVIR S.A.
HOSPITAL MILITAR	COLPATRIA PREPAGADA

#### ◆ **PEQUEÑOS CLIENTES Y USUARIOS PARTICULARES**

Son los clientes con los cuales no se tienen relaciones comerciales frecuentes, ni se tiene contrato ó algún tipo de documento contractual, no se realiza facturación y la cancelación de los servicios se realiza de contado. En este grupo de encuentran las diferentes ópticas, las cuales remiten sus pacientes a CEDCO LTDA y este cancela una comisión luego de la prestación del servicio.

#### **2.12. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

La estructura organizacional se encuentra relacionada en el Manual de Calidad CEDCO LTDA.

## 3. DIAGNOSTICO DE LA EMPRESA

### 3.1. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL

El diagnóstico organizacional está centrado en información suministrada por la Gerencia de Cedco Ltda, que condujo a la identificación de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la institución.

#### a) Debilidades

- ◆ El retraso en el pago de obligaciones por parte de algunos clientes institucionales a CEDCO LTDA.
- ◆ La toma de decisiones y acciones se encuentra centralizada en la gerencia y aunque se tiene clara la necesidad del empoderamiento en cada uno de los cargos y departamentos de la institución, no se han establecido mecanismos para la implementación de los mismos.
- ◆ El retraso en la atención de los servicios por causa de clientes institucionales que no tienen canales de comunicación definidos entre pacientes e IPS (Cedco Ltda).
- ◆ La falta de indicadores de gestión como herramienta de seguimiento y medición de cada uno de los servicios.
- ◆ La ausencia de perfiles de cargos definidos para el personal de Cedco Ltda.
- ◆ La escasez de profesionales en Bucaramanga, en la subespecialidad de consulta de retina y cirugías vitreoretinales, hace que la disponibilidad del servicio sea restringida, generando disminución en la oportunidad de asignación de citas. Debido a que el profesional se debe desplazar cada 15 días desde Bogotá hasta Bucaramanga.

## **b) Oportunidades**

- ◆ La carencia de servicios en salud visual en el departamento de Santander, porque todos los servicios están centralizados en la zona metropolitana de Bucaramanga.
- ◆ Pocas instituciones prestan la variedad de servicios que ofrece CEDCO LTDA en Bucaramanga.
- ◆ La incursión al sector de la salud de nuevas Entidades Promotoras de Salud a las cuales la organización puede vincular como clientes.
- ◆ La implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la organización, a fin de lograr la certificación en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 y el reconocimiento a nivel nacional por sus servicios de alta estandarización y calidad, teniendo en cuenta que en el área de oftalmología no se encuentra ninguna entidad certificada.
- ◆ Las altas tarifas aplicadas por el sector, al área de oftalmología.

## **c) Fortalezas**

- ◆ CEDCO LTDA, está situada en una zona central de fácil acceso y ubicación, respecto a las demás entidades que prestan el mismo servicio.
- ◆ Los equipos y materiales con los que cuenta el servicio prestado por la organización, son de alta tecnología y calidad.
- ◆ Actualmente se tiene un alto cubrimiento de servicio en la zona metropolitana de Bucaramanga, debido a los fuertes lazos comerciales con los diferentes clientes institucionales.
- ◆ CEDCO LTDA cuenta con personal médico idóneo y altamente especializado que brinda un servicio basado en la seguridad y oportunidad de mejorar la salud visual de nuestros pacientes. Además tiene la calidez y calidad humana del personal asistencial.

- ◆ Rapidez y oportunidad en todos sus servicios mediante atención personalizada.
- ◆ Cuenta con tarifas módicas, acordes a las necesidades de los usuarios y a la realidad del país.
- ◆ CEDCO LTDA, presta servicios completos, por que tiene un alto cubrimiento en cirugías y exámenes de diagnóstico ocular con los que no se cuentan en otras instituciones.
- ◆ Sólida posición de negociación frente a proveedores, proporcionada por el tamaño adquirido desde su fundación.
- ◆ Calidad tecnológica de última generación en los exámenes de Diagnóstico, especialmente en el Área de tratamiento Láser, Tecnología de punta, con su equipo de Láser de estado sólido para el tratamiento de todas las enfermedades de la retina (por ejemplo a pacientes diabéticos) y láser de Yag para tratar enfermedades de glaucoma.

#### **d) Amenazas**

- ◆ La disminución en las tarifas impuestas por el gobierno y la regulación para la prestación de servicios de salud.
- ◆ La creciente demanda de usuarios, las instalaciones y el personal actual pueden ser insuficientes para la óptima prestación del servicio.
- ◆ Las exigencias en los estándares de habilitación y acreditación del sector salud, como institución prestadora de salud.

### **3.2. DIAGNOSTICO DE CALIDAD**

El Diagnóstico de Calidad se realizó junto con la empresa de consultoría Con Calidad, en compañía del Ing. Wuilmer Correa, consultor designado a Cedco Ltda.

Este diagnóstico consistió en verificar el cumplimiento actual de los requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000, para esto se elaboró un Informe de diagnóstico entre el practicante y el consultor (siendo el formato utilizado, suministrado por empresa consultora) siendo aplicado el día 28 de Octubre de 2005. Para suministrar la información necesaria se contó con el apoyo de la Gerente Dra. Lina Gisella Díaz Torres y del personal correspondiente a los servicios de atención, consulta externa, ayudas diagnósticas, cirugía oftalmológica y el servicio de óptica.

Este diagnóstico permitió identificar las necesidades de mejora en cuanto a documentación, implementación y el cumplimiento de los diferentes requisitos, establecidos por la Norma ISO 9001:2000.

El diagnóstico realizado se encuentra en el Anexo 1.

### **3.3. CONCLUSIONES RESPECTO AL DIAGNOSTICO**

- ◆ **Liderazgo:** El liderazgo en la organización se encuentra centrado en la Gerencia. La organización no tiene definido claramente su direccionamiento estratégico. No existe un análisis interno, ni externo, sólo se analizan las debilidades internas de la empresa. La planificación que desarrolla la empresa se ocupa de los aspectos financieros y su evaluación es anual.
  
- ◆ **Participación del personal:** La participación del personal en la organización es alta, motivada por la Gerencia. Se encuentran definidas responsabilidades del personal en el Manual de Funciones. La organización aporta capacitación, esta es basada en las necesidades del personal, para el mejoramiento en el desempeño de las funciones.

- ◆ **Recursos:** Se cuenta con infraestructura física adecuada para la prestación del servicio, con zonas destinadas a consultorios de consulta externa especializada, exámenes de diagnóstico, cirugía oftalmológica, óptica, oficinas administrativas y recepción.
  
- ◆ **Gestión Por Procesos:** No existe identificación de procesos con sus interrelaciones. La organización se maneja por áreas y se tienen definidos cuatro servicios (procesos operativos). Existen aspectos en la organización como documentación, manejo de archivos, controles, equipos, servicios y actividades definidas que se pueden adaptar como elementos en la gestión por procesos.
  
- ◆ **Resultados:** La empresa tiene identificados sus clientes y mide el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la prestación del servicio. Se calculan los resultados de la gestión por ventas de servicios y percepción del cliente (oportunidad en las consultas, calidez del personal).
  
- ◆ **Toma de decisiones:** Se analizan datos de indicadores financieros, no se tienen indicadores para comparar el desempeño de cada servicio, se evalúa el número de servicios prestados.
  
- ◆ **Mejora:** La mejora se soporta en la solución de problemas del diario vivir y basada en información de los indicadores que se manejan en la parte financiera, ventas de servicios y satisfacción de los usuarios. No se cuentan con mecanismos formales como son la toma de acciones correctivas y preventivas.

## **4. PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD**

### **4.1. PLANIFICACION ORGANIZACIONAL: ESTRATEGIAS**

La necesidad de la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001, con el objetivo de obtener la certificación por parte de un ente externo, se plantea en la junta de socios del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA, realizada durante el mes de Abril de 2005, las razones para la aprobación de la implementación del sistema fueron: el cumplimiento de los requisitos de los clientes institucionales con los que cuenta la institución, ser pioneros en obtener la certificación en servicios de salud visual en Santander, estandarizar y mejorar la prestación de los servicios de ayudas diagnósticas, consulta externa especializada, cirugía oftalmológica y óptica, y por último como primer paso para iniciar el proceso de acreditación. Este día se designa a la Dra. Lina Díaz Torres como Coordinadora de Calidad y Representante de la Gerencia ante el Sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA.

Seguidamente se inicia el proceso de selección del proveedor de asesoría, siendo elegida la empresa de consultoría CON CALIDAD LTDA y contratando a una estudiante en práctica como Facilitadora de Calidad para realizar la documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad, iniciando formalmente las actividades necesarias para el sistema de gestión de la calidad en el mes de Agosto de 2005.

## **4.2. PLANIFICACION DE LA CALIDAD**

La planificación para la implementación del sistema de gestión de la calidad se realizó mediante un Plan de Acción, basado en el diagnóstico de la calidad realizado por el Asesor de Calidad el día 28 de Octubre de 2005.

El plan de trabajo fue presentado a la gerencia el día 2 de Noviembre de 2005 (Ver Anexo 2), siendo aprobado por esta y socializado a todo el personal de la institución, resaltando la importancia que representa la apropiación del sistema y el compromiso de todos para lograr el éxito. En esta reunión se comunica que la Dra. Lina Díaz Torres ha sido designada como Coordinadora de Calidad y Representante de la Gerencia ante el SGC.

El Asesor de Calidad resaltó la importancia de un sistema efectivo de comunicación interna para informar permanentemente al todo el personal de CEDCO LTDA, sobre el avance y las diferentes actividades necesarias para el SGC, sugiriendo disponer de una cartelera para uso exclusivo del SGC y la fijación de Circulares Informativas.

### **4.2.1. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO LÍDER**

El primer paso en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad es la conformación de un Equipo Líder, el cuál debe definir el alcance del sistema de gestión de la calidad, la Política de Calidad, los Objetivos de Calidad para la organización y para los procesos que hagan parte del sistema de gestión de calidad, así como los indicadores que permitan hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos. También son funciones del equipo líder, la aprobación de documentos, aprobación del cronograma de auditorias internas, la definición de la metodología empleada para la implementación del sistema de gestión de la calidad. El equipo líder se conformó el día 7 de Noviembre de 2005, quedando integrado por la Coordinadora de Administrativa y de Calidad y la Facilitadora de Calidad.

Se conformó el comité de calidad general integrado por todos los coordinadores de procesos, la coordinadora de calidad y facilitadora de calidad, este comité tiene la función de revisar el estado del sistema de gestión de la calidad y se decide por todos los miembros del comité que la frecuencia de reunión es trimestral.

Además se establecieron comités de calidad para cada uno de los procesos que se definen en el sistema de gestión de la calidad y se determinó que los comités de calidad por proceso tendrán reuniones mensuales para los procesos de realización (operativos) y reuniones extraordinarias para los procesos gerenciales y de apoyo, cuando el coordinador de cada proceso lo determine conveniente. Las funciones de estos comités son: la revisión del estado de proceso, análisis de indicadores de gestión, toma y revisión de acciones correctivas, preventivas y productos no conformes (procesos operativos), análisis de los informes de auditorías internas de calidad. Los participantes de los comités son: los participantes del proceso, el coordinador ó dueño del proceso y como mínimo siempre estará presente la coordinadora ó la facilitadora de calidad.

#### 4.2.2. DETERMINACIÓN DEL ALCANCE Y EXCLUSIONES

El sistema de gestión de la calidad es establecido para los servicios de: consulta externa especializada, ayudas diagnósticas, cirugía oftalmológica y óptica. Sin embargo se excluye de la implementación del SGC el Numeral 7.3. *Diseño y Desarrollo* de la Norma ISO 9001: 2000 como requisito, ya que por ser una institución privada prestadora de servicios de salud visual, los procedimientos ya se encuentran preestablecidos y estandarizados por parte de la formación profesional con la que cuentan en el sector y pautas definidas por el Ministerio de Protección Social.

#### 4.2.3. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

La definición de la política de calidad se basó en el cumplimiento de los numerales 5.3 Política de calidad, 5.4.1. Política de Calidad, 5.4.2. Planificación del SGC y haciendo énfasis en el compromiso de CEDCO LTDA reflejado en la misión y visión, en el cumplimiento de los requisitos de los clientes y en la mejora continua.

La política de calidad se estableció de tal manera que permitiera el despliegue de los objetivos de calidad, teniendo en cuenta la importancia de ser fácilmente entendida y divulgada a todos el personal. Para la definición de los objetivos de calidad se tuvo en cuenta que éstos fueran medibles, alcanzables, consistentes y claros.

Una vez definidas la política y los objetivos de calidad por el equipo líder se realizó una reunión del comité de calidad general, se realizaron las correcciones y cambios requeridos para finalmente ser aprobados.

La política de calidad del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA es:

*“Proveer servicios de oftalmología y optometría en el área de consulta, exámenes y cirugía, caracterizados por su oportunidad, seguridad y amabilidad; contando para ello con profesionales competentes, tecnología adecuada e información clara y oportuna por parte de nuestro equipo de trabajo, apuntando al mejoramiento continuo de nuestros procesos con los objetivos de lograr la fidelización de nuestros clientes institucionales y satisfacer los requisitos y necesidades de nuestros usuarios, socios, personal médico, paramédico y administrativo”.*

Los objetivos de calidad que permitirán cumplir la política de calidad son:

- *Prestar servicios oportunos, seguros y cálidos a nuestros usuarios.*
- *Brindar información clara, veraz y oportuna a nuestros clientes.*

- ✚ *Contar con personal asistencial y administrativo, competente y comprometido en la prestación de servicios.*
- ✚ *Asegurar la satisfacción de nuestros usuarios, manteniendo así la vinculación de nuestros clientes institucionales.*
- ✚ *Mejorar el sistema de gestión de calidad de la organización.*

#### 4.2.4. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN

A través de reuniones realizadas con todo el personal y de las capacitaciones programadas dentro de la planificación del sistema de gestión de la calidad, se establecieron los siguientes procesos, agrupados en tres grandes bloques:

- ✚ *Procesos de Gerenciales ó Estratégicos:* Contribuyen a la definición de la política y la estrategia, la planificación del sistema de gestión de la calidad, su implementación, seguimiento, análisis y el desarrollo de planes de mejora.

PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Definir el direccionamiento estratégico de la institución y verificar el cumplimiento de los mismos.
AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD	Programación y ejecución de auditorias internas de calidad.
MEJORAMIENTO CONTINUO	Planificar, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión de la calidad.

**TABLA 2. Procesos de Dirección**

- ✚ *Procesos Operacionales:* Son los readicionados con la forma como se planifica la prestación del servicio, cómo se presta el servicio y como se gestionan los procesos relacionados con el cliente.

<b>PROCESO</b>	<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>
MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES	Adquirir y conservar los vínculos comerciales con los clientes institucionales
SERVICIO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Recuperación o mejora de la salud visual de los pacientes, mediante consulta especializada en optometría y oftalmología, de manera que genere una satisfacción integral al usuario.
SERVICIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	Brindar un diagnóstico acertado por medio de la realización de los diferentes exámenes diagnósticos ofrecidos por la institución
SERVICIO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA	Recuperación o mejora de la salud visual de los pacientes, mediante intervención quirúrgica de manera que genere una satisfacción integral al usuario.
SERVICIO DE OPTICA	Satisfacer la necesidad visual del paciente mediante el suministro de lentes y accesorios.
MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS	Organizar y manejar internamente las historias clínicas en la organización.

**TABLA 3. Procesos Operacionales**

- *Proceso de Apoyo:* Estos contribuyen al adecuado desarrollo de los procesos operacionales, aportándoles los recursos necesarios; son procesos en los que el cliente es interno.

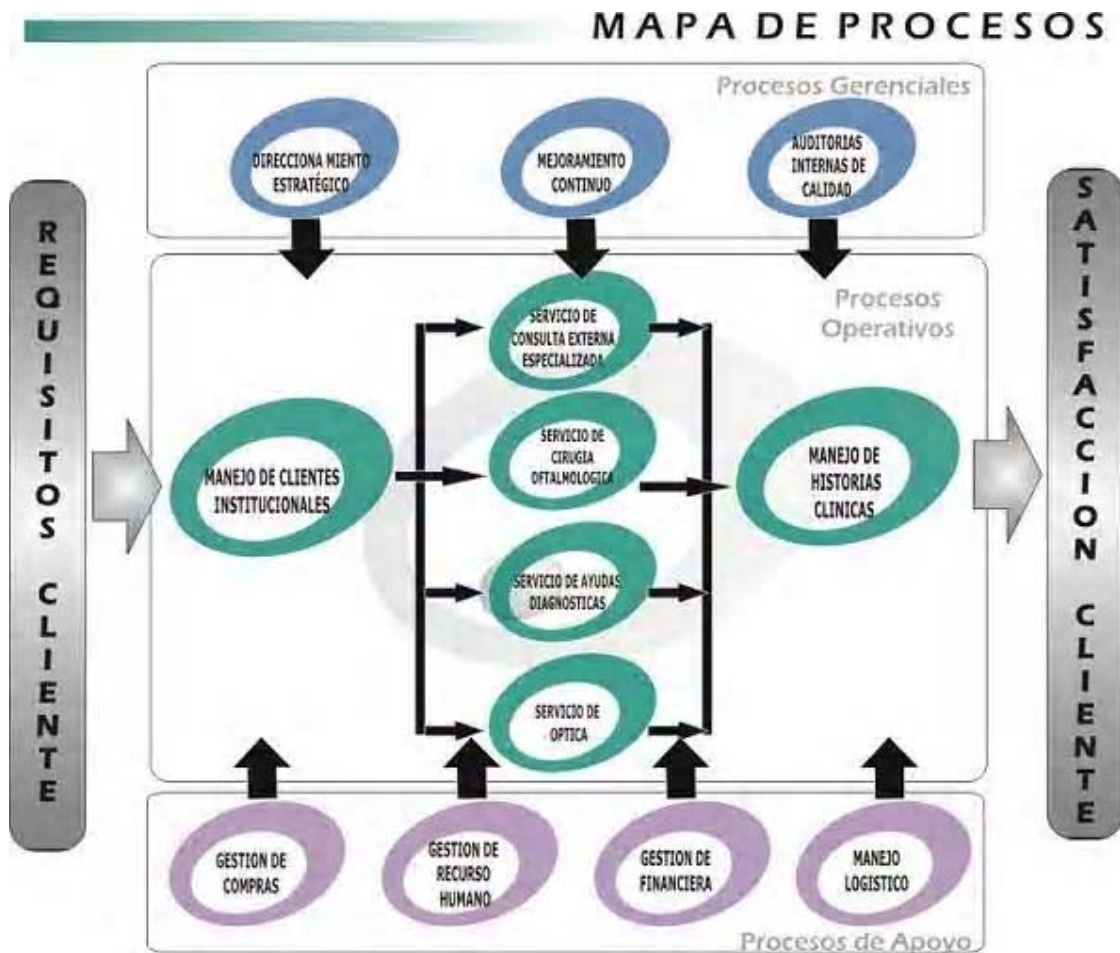
<b>PROCESO</b>	<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>
GESTION DE COMPRAS	Comprar los insumos médico quirúrgicos, productos y servicios requeridos por la empresa.
GESTION FINANCIERA	Elaboración de soportes contables de los servicios que presta la organización, y de sus obligaciones financieras y administrativas.
GESTION DE RECURSO HUMANO	Realizar la vinculación, contratación, capacitación y evaluación del personal, generando competencia de los mismos sin que afecte la calidad del servicio.
MANEJO LOGISTICO	Manejo de la infraestructura y logística necesaria para la prestación del servicio

**TABLA 4. Procesos de Apoyo**

#### 4.2.5. ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS.

Una vez definidos e identificados los procesos de la institución, se elaboró el MAPA DE PROCESOS; con el fin de reflejar claramente la secuencia e interacción de los procesos del SGC de la empresa.

El mapa de procesos fue revisado y aprobado por la Gerencia.



**FIGURA 9. Mapa de Procesos**

Diseñado y aprobado el mapa de procesos, mediante una reunión con todo el personal, se realizó la designación de los coordinadores de proceso. Esta responsabilidad a quedado asignada así:

**TABLA 5. Coordinadores de Procesos**

PROCESO	COORDINADOR ASIGNADO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente
AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD	Gerente
MEJORAMIENTO CONTINUO	Gerente
MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES	Gerente

<b>PROCESO</b>	<b>COORDINADOR ASIGNADO</b>
SERVICIO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Médico Oftalmólogo
SERVICIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	Optómetra de Ayudas Diagnósticas
SERVICIO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA	Médico Anestesiólogo
SERVICIO DE OPTICA	Optómetra de Consulta Externa
MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS	Auxiliar de Óptica y Archivo
GESTION DE COMPRAS	Gerente
GESTION FINANCIERA	Jefe de Facturación
GESTION DE RECURSO HUMANO	Jefe de Personal
MANEJO LOGISTICO	Facilitador de Calidad

**TABLA 5. Coordinadores de Proceso**

#### 4.2.6. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Estas caracterizaciones tienen como propósito describir en forma consolidada los diferentes procesos que componen el sistema de gestión de calidad, además de servir como herramienta para la rápida comprensión de los procesos por parte de los coordinadores, y una valiosa herramienta de estructuración.

Las caracterizaciones se elaboraron mediante reuniones con los participantes de cada uno de los procesos, sus coordinadores y la facilitadora de calidad, como herramienta se utilizó una el formato “Plantilla de caracterización”, suministrado por el asesor de calidad, en donde se definían cada uno de los aspectos que conforman la caracterización de cada proceso.

La caracterización de cada proceso incluye:

- Nombre del proceso
- Coordinador del proceso
- Objetivo ó misión del proceso

- ✘ Participantes del proceso.
- ✘ Recursos utilizados en el proceso.
- ✘ Mecanismos de Seguimiento del proceso.
- ✘ Mecanismos de Medición ó Indicadores de Gestión del proceso.
- ✘ Requisitos Legales y Reglamentarios que cumple el proceso.
- ✘ Requisitos NTC – ISO 9001, relacionados en el proceso.
- ✘ Documentos utilizados en el proceso.
- ✘ Registros generados por el proceso.
- ✘ Proveedores del proceso. Procesos que generan entradas para las actividades del proceso.
- ✘ Entradas del proceso.
- ✘ Actividades específicas del proceso.
- ✘ Salidas
- ✘ Clientes. Procesos a los que llegan las salidas del proceso

Una vez se realizó el primer borrador de la caracterización, se reunieron la coordinadora administrativa y de calidad y el coordinador de cada proceso para hacer la revisión y aprobación de la caracterización inicial, las cuales en su versión definitiva en el Manual de Calidad – CEDCO LTDA, ver Anexo No 9.

#### 4.2.7. INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD.

Para cada proceso se definieron indicadores de gestión, éstos sirven para dar seguimiento y medición y están encaminados al cumplimiento de los objetivos de calidad.

Todos los indicadores implementados se encuentran en el “Manual de Indicadores de Gestión de CEDCO LTDA. MC.M.02”, ver Anexo 10, en donde se estableció la ficha técnica para cada uno de ellos, incluyendo:

- ✘ Nombre del indicador.
- ✘ Fecha de aprobación.
- ✘ Proceso al que pertenece.
- ✘ Objetivo del indicador.
- ✘ Responsable de la medición.
- ✘ Característica del indicador.
- ✘ Descripción del Indicador. Cálculo de indicador
- ✘ Meta del indicador.
- ✘ Fuente de datos.
- ✘ Periodicidad del indicador.
- ✘ Niveles de Desagregación.

El cumplimiento de los indicadores para hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos de calidad, se encuentra relacionado en el Informe de Resultados de Indicadores de Gestión. Ver Anexo 8

## **5. SENSIBILIZACION Y CAPACITACION DEL PERSONAL**

La sensibilización al personal comienza una vez se plantea y aprueba el plan de trabajo (ver Anexo 2.), en donde se planificaron las jornadas de capacitación y sensibilización del todo el personal en cuanto a los conceptos básicos de la Norma ISO 9001 y a la implementación del sistema de gestión de la calidad de la institución.

### **5.1. SENSIBILIZACION**

La primera actividad a realizar fue un taller con todo el personal de la empresa, donde se resaltó el papel que juegan los empleados en la implementación de proyectos de mejoramiento para las empresas. Por medio de este taller se logró la participación activa del personal con la calidad. El objetivo de esta actividad fue lograr la sensibilización total de personal que en forma directa o indirecta, tuviera alguna relación con la calidad de los servicios prestados en Cedco Ltda.

Durante la conferencia se presentó un modelo de implementación de programas de mejoramiento enfocado a la calidad y se resaltó la importancia de la gestión de la calidad en una organización y así incrementar el valor agregado como herramienta para lograr el cumplimiento de sus requisitos en un mercado incierto con variada competencia.

Después de esta actividad, los empleados en su totalidad tuvieron presente que la institución estaba implementando un Sistema de Gestión de la Calidad y se comprometieron a participar activamente en las actividades que los requieran, tal como se demostró posteriormente. Para dar por terminada la reunión, la Gerencia comunicó a todo el personal que tendrían un premio las

personas que asistieran activamente a todas las capacitaciones y actividades de documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad, y se lograba la certificación por parte del ente certificador, un viaje, esto propició una gran motivación durante todo el proceso de implementación del sistema.

Como complemento a esta primera actividad, se instaló una cartelera para mantener informado a todo el personal sobre el avance del sistema y se realizaron reuniones informativas cada tres meses.

Adicionalmente a las actividades de sensibilización en cuanto al Sistema de Gestión de la Calidad, se contó con el conferencista de la institución, la empresa SERMARKETING a cargo del Dr. Gerardo Peña, para realizar sensibilizaciones y talleres encaminados a mejorar el clima laboral, trabajo en equipo, organización del puesto de trabajo, comunicación de ideas, etc. Estas facilitaron la implementación del SGC, ya que aumentó la motivación y la participación de todo el personal en todo el proceso.

## **5.2. CAPACITACIONES**

Inicialmente se programaron capacitaciones con base al conocimiento de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 y a la gestión por procesos, con el fin de involucrar al personal en el sistema de gestión de la calidad.

A medida que el sistema fue documentado, se inicia un ciclo de capacitaciones, las cuales eran programadas mensualmente por la coordinadora administrativa y de calidad, y eran realizadas por la facilitadora de calidad; éstas tenían como objetivo dar a conocer todos los procedimientos documentados para así iniciar el proceso de implementación y eran realizadas por procesos. Los temas tratados en las capacitaciones, participantes e intensidad horaria se encuentran relacionados en el Informe de Capacitaciones, ver Anexo 3.

En todas las capacitaciones se realizaron talleres ó evaluaciones de conocimientos, verificando que la capacitación fue entendida y asimilada por los asistentes, en las ocasiones en que se evidenciaron debilidades, se reprogramaron capacitaciones de refuerzo. Cuando por la programación de servicios era imposible contar con algún proceso, se reprogramaba la capacitación.

En la etapa final de implementación del sistema, se hicieron jornadas de sensibilización y capacitación según las debilidades encontradas en cada uno de los procesos, en el ciclo de auditorias internas realizado. Estas tenían como finalidad reforzar los conocimientos en la Norma ISO 9001 y en el sistema de gestión de la calidad de la institución, eran programadas y realizadas por la coordinadora administrativa y de calidad, el asesor de calidad y la facilitadora de calidad.

### **5.3. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES DE CAPACITACIONES**

- En todos los niveles de la institución, se conoce y se entiende el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad. Además se tiene conciencia y compromiso en las diferentes funciones que tiene cada persona como participante activo del sistema.
- Las diferentes jornadas de sensibilización, permitieron que el personal se involucrara y comprometiera con el proyecto de la institución hacia la certificación, lo que facilitó la implementación de los diferentes formatos y controles que se generaron durante la implementación del sistema.
- Los talleres realizados durante todas las capacitaciones, permitieron establecer mecanismos de seguimiento a la eficacia de éstas y tomar acciones para realizar refuerzos de conocimientos ó actividades de sensibilización.

- Durante todo el proceso de sensibilización y capacitación del personal, se observó un compromiso total por parte de los coordinadores de los diferentes procesos y de los demás participantes, teniendo en cuenta que sin el apoyo de la Gerencia para abrir los espacios y suministrar los recursos en la realización de éstas capacitaciones, no hubiese sido posible capacitar de eficazmente al personal de CEDCO en el sistema de gestión de la calidad.
  
- Según el informe de capacitaciones, ver Anexo 3, el porcentaje de asistencia del personal a las capacitaciones durante todo el proceso fue del 91% y únicamente un Médico Oftalmólogo no asistió a ninguna de las capacitaciones programadas, debido a que es un profesional que no es de planta y se encuentra ubicado en la ciudad de Bogotá, desplazándose cada quince días para cumplir con la programación de retina en CEDCO LTDA. El porcentaje de personal capacitado y evaluado durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA es del 96%.

## **6. ELABORACION DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE CEDCO LTDA.**

El sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA, establece los procesos que controlan aquellas actividades que afectan directa o indirectamente la calidad del servicio prestado. Por esto se hizo necesario documentar los procesos de acuerdo a lo establecido en los numerales 4.1 Requisitos Generales de SGC y 4.2. Requisitos de la norma ISO 9001:200 y de igual forma, diseñar aquellos procedimientos obligatorios para cumplir con todos los requisitos.

Una vez realizada la caracterización preliminar de un proceso del Sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA, se identificaban los *procedimientos* que se debían documentar, *los instructivos de trabajo* necesarios en caso de requerirse mayor nivel de detalle en actividades específicas, las *guías*, los *manuales* y formatos de registro exigidos para suministrar la evidencia objetiva del cumplimiento de los métodos establecidos.

En la etapa de diseño del Sistema de Gestión de la Calidad de la empresa, el primer documento que debió generarse fue el Manual de Calidad como base fundamental, en la práctica se requirió primero establecer aspectos de gestión de la documentación para garantizar la organización de todo el proceso de documentación.

Para el caso de CEDCO Ltda. la documentación contribuyó a mejorar la caracterización de los procesos preliminares, añadiendo, suprimiendo, fusionando, fragmentando, modificando procedimientos, instructivos, guías, manuales y formatos definidos inicialmente.

El procedimiento documentado para la creación y control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra en el Manual de Procedimientos de Mejoramiento continuo como “Procedimiento de control de documentos” MC.PR.01 y fue la base para la normalización de todos los documentos generados en esta etapa.

Debido al tamaño de la documentación del sistema de gestión de la calidad de la institución, por ser una institución prestadora de servicios de salud visual, se la elaboró un Manual de Procedimientos por Proceso, en donde se encuentra toda la estructura documental de cada uno de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

La documentación correspondiente a cada uno de los procesos se hizo simultáneamente a la implementación, con el objetivo de verificar la eficacia de la documentación ó establecer mejoras en los procedimientos y realizar las correspondientes modificaciones.

La estructura documental se elaboró en conjunto con el personal mediante entrevistas con la facilitadora de calidad, para proporcionar un primer borrador. Posteriormente, el coordinador de proceso revisa el documento y se hacen las respectivas modificaciones y por último la coordinadora administrativa y de calidad realiza la última revisión con el fin de ajustar el documento a los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la organización.

La estructura documental de Cedco Ltda por proceso se encuentra relacionada en la Tabla 6, especificando los tipos de documentos emitidos para los procesos que hacen parte del SGC.

**TABLA 6. Documentos Del SGC De CEDCO LTDA.**

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	INSTRUCTIVOS	MANUALES – GUIAS – PLANES DE CALIDAD
Direccionamiento Estratégico			<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cartilla de direccionamiento estratégico. DE.G.01</li> </ul>
Mejoramiento Continuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de control de documentos. MC.PR.01</li> <li>◆ Procedimiento de control de registros. MC.PR.02</li> <li>◆ Procedimiento de producto no conforme. MC.PR.03</li> <li>◆ Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. MC.PR.04</li> <li>◆ Procedimiento de revisión por la dirección. MC.PR.05</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Instructivo para el manejo del buzón de sugerencias. MC.INS.01</li> <li>◆ Instructivo de análisis de encuestas de satisfacción. MC.INS.02</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Manual de Calidad. MC.M.01</li> <li>◆ Manual de implementación de la estrategia cinco eses en Cedco Ltda. MC.M.02</li> <li>◆ Manual de Indicadores de Gestión. MC.M.03</li> </ul>
Auditorias Internas de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de auditoria interna. AIC.PR.01</li> </ul>		
Manejo de Clientes Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de Manejo de Clientes Institucionales. MCI.PR.01</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Planes de calidad de cada uno de los clientes institucionales.</li> </ul>
Servicio de Consulta Externa Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento del servicio de consulta externa especializada. SCE.PR.01</li> <li>◆ Procedimiento de adaptación de lentes de contacto. SCE.PR.02</li> <li>◆ Procedimiento de valoración ortóptica. SCE.PR.03</li> <li>◆ Procedimiento de sesión ortóptica. SCE.PR.04</li> <li>◆ Procedimiento de consulta de optometría. SCE.PR.05</li> <li>◆ Procedimiento de consulta de oftalmología. SCE.PR.06</li> <li>◆ Procedimiento de visimetría. SCE.PR.07</li> <li>◆ Procedimiento de examen bajo cicloplejia. SCE.PR.08</li> <li>◆ Procedimiento de consulta de retina. SCE.PR.09</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Guía de manejo de las 10 patologías de más frecuentes en consulta de oftalmología. SCE.G.01</li> </ul>
Servicio de Ayudas Diagnósticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento del servicio de ayudas diagnósticas. SAD.PR.01</li> <li>◆ Procedimiento de angiografía. SAD.PR.02</li> <li>◆ Procedimiento de campimetría. SAD.PR.03</li> <li>◆ Procedimiento de biometría. SAD.PR.04</li> <li>◆ Procedimiento de iridotomía y capsulotomía. SAD.PR.05</li> <li>◆ Procedimiento de electrólisis de pestañas. SAD.PR.06</li> <li>◆ Procedimiento de fotocoagulación y panfotocoagulación láser de argón. SAD.PR.07</li> </ul>		

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	INSTRUCTIVOS	MANUALES – GUIAS – PLANES DE CALIDAD
Servicio de Cirugía Oftalmológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento del servicio de cirugía oftalmológica. SCO.PR.01</li> <li>◆ Procedimiento de lavado quirúrgico de manos. SCO.PR.02</li> <li>◆ Procedimiento de lavado quirúrgico de pacientes. SCO.PR.03</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Instructivo de esterilización. SCO.INS.01</li> <li>◆ Instructivo de manejo de residuos hospitalarios. SCO.INS.02</li> <li>◆ Instructivo de asepsia y desinfección de sala de cirugía. SCO.INS.03</li> <li>◆ Instructivo para la toma de electrocardiograma. SCO.INS.04</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Guía de preparación de pacientes. SCO.G.01</li> <li>◆ Guía de cirugía de queratoplastia. SCO.G.02</li> <li>◆ Guía de cirugía vitrectomía posterior. SCO.G.03</li> <li>◆ Guía de cirugía de estrabismo. SCO.G.04</li> <li>◆ Guía de cirugía de catarata FEC. SCO.G.05</li> <li>◆ Guía de cirugía de chalazión. SCO.G.06</li> <li>◆ Guía de sondeo lagrimal en niños y plastia lagrimal en adultos. SCO.G.07</li> <li>◆ Guía de cirugía de catarata FACO. SCO.G.08</li> <li>◆ Guía de eviseración. SCO.G.09</li> <li>◆ Guía de cirugía de pterigión más plastia. SCO.G.10</li> <li>◆ Guía de cirugía de retinopexia. SCO.G.11</li> <li>◆ Guías de manejo de complicaciones anestésicas y quirúrgicas. SCO.G.12</li> </ul>
Servicio de Óptica	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento del servicio de óptica. SO.PR.01</li> </ul>		
Manejo de Historias Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de manejo de historias clínicas. MHC.PR.01</li> <li>◆ Procedimiento de Auditorias de historias clínicas. MHC.PR.02</li> </ul>		
Gestión de Compras	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de Compras. GC.PR.01</li> </ul>		
Gestión de Recurso Humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de Recursos Humanos. GRH.PR.01</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Manual de funciones de cargos. GRH.M. 01</li> <li>◆ Manual de perfiles de cargo. GRH.M.02</li> </ul>
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de Gestión Financiera. GF.PR.01</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Manual de Facturación. GF.M.01</li> <li>◆ Manual de copagos. GF.M.02</li> <li>◆ Plan de calidad de facturación de cada cliente institucional.</li> </ul>
Manejo Logístico	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Procedimiento de Manejo Logístico. ML.PR.01</li> <li>◆ Manual de desechos hospitalarios. ML.M.01</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆</li> </ul>

**TABLA 6. Documentos del SGC de CEDCO Ltda.**

## **7. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE CEDCO LTDA**

Para implementar eficazmente un Sistema de Gestión de la calidad, se hace necesario entrenar y capacitar durante todo el proceso al personal. De igual forma, se requiere un alto grado de compromiso y participación para lograr un mayor sentido de pertenencia e identidad con los objetivos y metas de CEDCO LTDA.

Reconociendo la necesidad de un cambio de mentalidad en el personal y un rompimiento de los esquemas tradicionales de CEDCO LTDA, se realizaron las sensibilizaciones respecto a los temas de calidad (ver Anexo 3), de manera que todos asimilaran los cambios y permitieran enfocar el desarrollo de sus actividades hacia la satisfacción del cliente y garantizar así una mayor flexibilidad en todos los procedimientos y registros a implementar.

El ambiente de trabajo fue muy importante para iniciar el proceso de implementación, por cuanto el personal tenía una actitud positiva ante la calidad y con anterioridad la empresa había realizado capacitaciones de servicio al cliente, calidad en la atención, ambiente laboral. Las etapas de capacitación, planeación y documentación influyeron directamente en los resultados obtenidos en la etapa de implementación.

La metodología aplicada a cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA, fue:

- Se capacitó al personal involucrado explicándole las actividades que conforman cada uno de los procesos, así como el correcto diligenciamiento de los formatos, registros requeridos y los respectivos indicadores que permitirán medir el desarrollo del proceso

- ✚ Se dio a conocer al personal los diferentes procedimientos generales que permiten la mejora continua del sistema y son procedimientos exigidos por la norma como: control de documentos, control de registros, acciones correctivas, acciones preventivas, control de producto no conforme y auditorias internas. De igual manera se dieron instrucciones sobre el uso de los formatos y registros, aplicados a cada uno de los procedimientos.
  
- ✚ En cada proceso se entregaba una copia dura y según el proceso una magnética de los formatos usados por puesto de trabajo. Para esto se diligenció el formato “Listado maestro de documentos internos” MC.PR.01-FR.01.
  
- ✚ Se revisó diariamente cada puesto de trabajo, para verificar el buen uso de los formatos y el correcto desarrollo de las actividades descritas.
  
- ✚ Periódicamente se verifica la conformidad del sistema, mediante los resultados obtenidos en los indicadores y el seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y planes de mejora.
  
- ✚ Se realizaba verificación de la actualización de los requisitos legales vigentes, aplicados a la institución para adaptar el Sistema de Gestión de la Calidad al cumplimiento de éstos, en lo referente a indicadores de gestión, condiciones de capacidad, etc.

La implementación del sistema de gestión de la calidad en CEDCO LTDA implicó un importante avance para la institución ya que organizaron las actividades cotidianas de tal manera que se creara en la institución una cultura entorno a la calidad.

En el presente capítulo se realiza una descripción de la implementación realizada en cada uno de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA.

## **7.1. PROCESOS GERENCIALES**

### **7.1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

Este proceso se implementó de acuerdo a la “Guía de direccionamiento estratégico” DE.G.01 y el “Procedimiento de revisión por la dirección del sistema de gestión de la calidad” MC.PR.05 según el formato de “Revisión por la dirección” MC.PR.05-FR.01.

La revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Gerencia se hizo durante el mes de Mayo, y se determinó la necesidad del cambio y el complemento en algunos aspectos de la política de calidad, objetivos de calidad, misión y visión de la empresa. Seguidamente, la Gerencia comunicó y sensibilizó a todo el personal, tanto de los cambios realizados en la misión, visión, política y objetivos de calidad, como del resultado de la revisión por la dirección y del plan de acción para cada uno de los procesos, en concertación con cada uno de los coordinadores.

Por último, se definieron mecanismos para conocer la satisfacción de los socios de CEDCO LTDA, en cuanto al sistema de gestión de la calidad y de las diferentes mejoras implementadas en la institución, esto se trabajó mediante la aplicación de la “Encuesta de satisfacción de socios de CEDCO LTDA” DE.FR.01, y se estableció un plan de mejora que no sólo estuvo enfocado hacia el mejoramiento del sistema de gestión de la calidad si no también hacia el aumento de la satisfacción de los socios de la empresa.

### 7.1.2. MEJORAMIENTO CONTINUO.

La implementación en este proceso se elaboró con base en los siguientes documentos:

- Procedimiento de control de documentos. MC.PR.01
- Procedimiento de control de registros. MC.PR.02
- Procedimiento de control de producto no conforme. MC.PR.03
- Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. MC.PR.04

Para la implementación de procedimientos se llevaron a cabo reuniones con los participantes de cada uno de los procesos para explicarles el manejo dado a los registros necesarios para la aplicación de éstos como lo son:

- Listado maestro de documentos internos. MC.PR.01-FR.01
- Listado maestro de documentos externos. MC.PR.01-FR.02
- Listado maestro de registros. MC.PR.02-FR.01
- Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01
- Acciones correctivas y acciones preventivas. MC.PR.04-FR.01
- Seguimiento de acciones correctivas. MC.PR.04-FR.02
- Seguimiento de acciones preventivas. MC.PR.04-FR.03

Durante las reuniones con los comités por procesos, la facilitadora de calidad acompañó y capacitó sobre la documentación de productos no conformes (para procesos operativos), acciones correctivas y preventivas de acuerdo a los formatos planificados, este acompañamiento fue permanente y se encuentra la evidencia en las diferentes actas de las reuniones realizadas.

En el proceso de mejoramiento continuo se trabajó la implementación de indicadores de gestión por proceso y de objetivos de calidad, los cuales se planificaron mediante el “Manual de indicadores de gestión de CEDCO LTDA” MC.M.03, (ver Anexo 11), teniendo en cuenta la normatividad vigente de Superintendencia de Salud y de las necesidades de control de los procesos de

la organización. Estos indicadores tuvieron un período de prueba con el fin de verificar la aplicabilidad y realizar los correspondientes ajustes para la adecuada implementación de los mismos. La medición de los indicadores de gestión fue ejecutada por la Facilitadora de Calidad, realizando un informe mensual para cada uno de los procesos, en donde el Coordinador del proceso es el encargado de realizar el análisis y tomar las acciones correspondientes de acuerdo al comportamiento de éstos. Al finalizar la implementación del sistema de gestión de la calidad, incluyendo la aplicación del plan de mejora se hizo la última medición de los indicadores de gestión de procesos, en donde se encontró un cumplimiento de las metas planteadas en el 85% de los indicadores de gestión analizados, según el Informe de Resultados de Indicadores de Gestión, ver Anexo 8.

Mediante la implementación del “Instructivo de buzón de sugerencias y tratamiento de quejas” MC.INS.01 se estandarizó el manejo dado a las diferentes quejas, reclamos y felicitaciones, generadas tanto en el buzón de sugerencias como en la prestación de los servicios, para tal fin se utilizó el “Formato de quejas, sugerencias y felicitaciones” MC.INS.01-FR.01, en el cual se detalla la queja. Adicionalmente, se conformó el comité de buzón de sugerencias, siendo el encargado de la apertura mensual del mismo y de dar el adecuado tratamiento a la información encontrada.

Se implementó el “Instructivo de análisis de encuestas de satisfacción ” MC.INS.02, en donde se define paso a paso la metodología aplicada para medir y analizar la satisfacción del usuario, teniendo como herramienta la “Encuesta de satisfacción del usuario” MC.INS.02-FR.01. Este instructivo fue implementado mediante la capacitación del personal por proceso y en su aplicación tuvo como resultado informes de satisfacción del usuario, los cuales eran analizados en cada uno de los comités por proceso, siendo dirigidos por el coordinador del proceso y por la facilitadora de calidad.

El proceso de Mejoramiento Continuo hizo la implementación de la estrategia de las “cinco eses” en todos los puestos de trabajo, de acuerdo con el “Manual de implementación de la estrategia cinco eses en Cedco Ltda” MC.M.02, para esto se construyó un diagnóstico inicial, se programó una jornada de sensibilización de todo el personal, se hizo “El día del descarte” con base al diagnóstico inicial, en donde todo el personal implementó la clasificación, orden y limpieza, y a partir de este momento, mensualmente se realizan auditorias de cinco eses, con el objetivo de verificar la eficacia de la implementación en cada puesto de trabajo, para esto se cuenta con el registro “Instrumento de auditoria programa cinco eses – CEDCO LTDA” MC.M.02-FR.01 y terminadas las auditorias se realiza un informe de desempeño por puesto de trabajo en donde se identifica el mejor puesto de trabajo, al cual se le adiciona una bonificación en el pago de nómina.

Adicionalmente este proceso fue el encargado de la recopilación de los datos para el informe de revisión por la dirección, su análisis parcial y entrega al proceso de direccionamiento estratégico para su completo diligenciamiento por parte de la Gerencia. Para la elaboración del informe se identificaron como entradas: los resultados de la auditoria, el estado de las acciones correctivas y preventivas, la retroalimentación con el cliente, el desempeño de los procesos, productos no conformes de los servicios, los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad y las recomendaciones para la mejora, las cuales fueron suministradas por la Gerencia desde el proceso de direccionamiento estratégico.

### 7.1.3. AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.

Para la implementación de éste procedimiento se determinaron como auditores internos la coordinadora administrativa y de calidad, la facilitadora de calidad y el jefe de personal, los cuales realizaron una curso de auditor interno

suministrado por la empresa de consultoría CON CALIDAD, este curso tuvo una duración de 48 horas.

De acuerdo al “Procedimiento de auditorías internas de calidad” AIC.PR.01, se planificó el ciclo de auditorías teniendo como registro “programación de auditorías” MC.PR.01-FR.01.

Para cada auditoría se designó a un auditor líder y un auditor observador, quienes eran los encargados de realizar el “plan de auditoría” AIC.PR.01-FR.04 y de entregarlo el día de la reunión de apertura, y si era una auditoría de varios procesos, una semana antes. Seguidamente se daba inicio a la auditoría, mediante una reunión de apertura con todos los participantes del proceso a auditar, dirigida por el auditor líder y se procedía a desarrollar la auditoría con base en la “lista de verificación” AIC.PR.01-FR.03, donde el auditor registraba todas las observaciones y hallazgos encontrados. Por último se hacía una reunión de conclusiones por parte del equipo auditor, donde se registraban las no conformidades encontradas en el formato “acciones correctivas y acciones preventivas” MC.PR.04-FR.01 y se daba paso a la reunión de cierre con el proceso auditado, entregándose las no conformidades e informándose las debilidades, fortalezas, conclusiones y recomendaciones para la mejora. Durante los siguientes ocho días el equipo auditor entregó al coordinador del proceso auditado el “informe de auditoría” AIC.PR.01-FR.02, donde relaciona todos los aspectos observados en la auditoría y el resumen de la misma.

Según el manejo dado por el auditor líder durante toda la auditoría, el coordinador administrativo y de calidad ó el consultor de calidad, realiza una evaluación del auditor líder mediante el diligenciamiento del “desempeño de auditores” AIC.PR.01-FR.05, donde se evalúan los aspectos como: planificación de auditoría, ejecución de esta, redacción de no conformidades e informe de auditoría.

En el proceso de implementación del SGC se llevó a cabo un ciclo de auditorías internas, dirigido por los auditores internos de CEDCO LTDA, con el acompañamiento del consultor en calidad, como auditor evaluador.

## **7.2. PROCESOS OPERATIVOS**

### **7.2.1. MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES.**

En este proceso se incluye el manejo dado a los clientes institucionales, como son las diferentes EPS, ARS, IPS y el manejo dado a los clientes particulares.

Se planificó mediante el “Procedimiento de manejo de clientes institucionales” MCI.PR.01 y el “Procedimiento de manejo de clientes particulares” MCI.PR.02, este procedimiento se implementó directamente en cada uno de los servicios.

En el proceso se aplicaron los registros de “determinación de los requisitos relacionados con el servicio” MCI.PR.01-FR.09, en cada una de las visitas realizadas por CEDCO LTDA ó en la revisión de las licitaciones a las cuales va a aplicar la institución, con el objetivo de determinar los requisitos solicitados por el cliente tanto en tarifas, acceso a los servicios, disponibilidad del equipo médico y paramédico, horarios, cantidad de usuarios y facturación. Con soporte en esta información se elabora la “propuesta de prestación de servicios” MCI.PR.01-FR.02, se envía con el portafolio de servicios, una vez remitida la propuesta, se ingresa en el “listado de propuestas enviadas a clientes potenciales” MCI.PR.01-FR.02 para hacer seguimiento al estado de la propuesta, aceptada ésta por medio de una carta de intención ó la legalización del contrato, se procede a elaborar un “plan de calidad” para cada cliente institucional en donde se especifican los requisitos especificados por el cliente, los que el cliente no especifica pero debe cumplir la institución, los requisitos legales para el cumplimiento del contrato, etc. Seguidamente se ingresa el nuevo cliente institucional al listado de “Servicios autorizados a clientes

institucionales” MCI.PR.01-FR.04, donde se especifican los servicios a los cuales tienen acceso los usuarios del cliente institucional y la vigencia del contrato ó de la relación comercial establecida. Cada vez que un cliente institucional genere un cambio, ya sea la vigencia del contrato, servicios a prestar, requisitos de facturación, éstos son registrados en el “control de cambios” MCI.PR.01-FR.05, que viene dentro de cada plan de calidad. Adicionalmente, el proceso de manejo de clientes institucionales, actualiza semanalmente el registro de la “Disponibilidad de servicios” MCI.PR.01-FR.07, con el fin de planificar cada uno de los servicios con los que cuenta la institución y mantener la oportunidad definida para todos los clientes institucionales.

Como seguimiento al proceso de facturación por empresa, el proceso de manejo de clientes institucionales, hace un control de las glosas enviadas por los clientes institucionales, diligenciando el “Registro de glosas enviadas por los clientes institucionales” MCI.PR.01-FR.08, de esta manera se analiza el estado de la glosa, la acción tomada para su solución y la fecha de cierre de esta.

Por último, semestralmente hace seguimiento a la satisfacción de cada uno de los clientes institucionales con la aplicación de la “Encuesta Institucional” MCI.PR.01-FR.01, donde se recopilan las sugerencias, quejas y reclamos de los coordinadores médicos ó auditores de todos nuestros clientes, con esta aplicación se genera un informe de satisfacción del cliente institucional, para ser analizado por el coordinador del proceso.

#### 7.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.

Este proceso se implementa de acuerdo al “Procedimiento del servicio de consulta externa especializada” SCE.PR.01, y como apoyo el “Procedimiento de adaptación de lentes de contacto” SCE.PR.02, “Procedimiento de valoración ortóptica” SCE.PR.03, “Procedimiento de sesión ortóptica”. SCE.PR.04,

“Procedimiento de consulta de optometría” SCE.PR.05, “Procedimiento de consulta de oftalmología” SCE.PR.06, “Procedimiento de visiometría” SCE.PR.07, “Procedimiento de examen bajo ciclopejía” SCE.PR.08, “Procedimiento de consulta de retina” SCE.PR.09 y las “guía de manejo de las 10 patologías más frecuentes en consulta externa en CEDCO LTDA” SCE.G.01.

Para este proceso se llevaron los registros de la “agenda de citas especializada” TS.FR.02, durante la programación y asignación de citas de las jornadas de consulta externa especializada, en este formato se toman los datos personales del paciente, día que realizó la llamada, se indaga si el paciente ya tiene orden de prestación de servicio, y al momento de la jornada de consulta se detallan los pacientes cancelados y los pacientes adicionales. La disponibilidad de los profesionales del servicio, es planificada por la coordinadora administrativa y de calidad de acuerdo a la “Disponibilidad de servicios” MCI.PR.01-FR.07. Además se estandarizó el manejo dado a los pacientes que vienen por primera vez a la institución ó vuelven a ella luego de 30 días desde su última atención, a quienes se le hace apertura de “Historia clínica de oftalmología” SCE.PR.01-FR.02 ó “Historia clínica de optometría” SCE.PR.01-FR.08 y de otra parte a los pacientes que vienen a cita de control ó en un período de tiempo menor a 30 días desde su última atención, a éstos se les diligencia una “Nota de evolución” TS.FR.01.

La implementación del proceso de consulta externa especializada, no sólo se basó en el procedimiento, también en la definición del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 aplicados al proceso por parte de CEDCO LTDA, relacionados a continuación:

✚ **Planificación De La Realización Del Producto / Servicio:** La planificación del servicio de consulta externa especializada se hizo mediante la implementación del procedimiento del servicio, el cumplimiento de la programación de la jornada de consulta, revisión de

la disponibilidad de información en el servicio, como son los procedimientos, guías, información del paciente, historia clínica previamente diligenciada con los datos del paciente, antes que éste ingrese a consulta.

✚ **Control Del Servicio:** Como controles del servicio se establecieron e implementaron de la siguiente manera.

PARAMENTROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Hora atención de consulta	Mensual	Facilitadora de calidad	Verificación del cumplimiento del indicador: Porcentaje de retraso en la atención de consulta externa especializada.	Historia clínica de oftalmología. Historia clínica de Optometría. Informe de indicadores de gestión.
Equipos oftalmológicos y de optometría	Semestral	Jefe de mantenimiento y seguridad Proveedor de mantenimiento.	Verificación del funcionamiento de los equipos	Hoja de vida de equipos de consulta externa
Diligenciamiento de Historia clínica	Trimestral	Coordinador de Manejo de Historias Clínicas	Comité de Historias Clínicas	Registro de Auditoria de Historias Clínicas. MHC.PR.02 -FR.01
Pacientes atendidos	Diario	Recepcionista	Verificación de la relación de pacientes atendidos. SCE.PR.01-FR.09	Relación de pacientes atendidos. SCE.PR.01-FR.09
Consolidado mensual	Mensual	Recepcionista	Consolidado de consulta externa. SCE.PR.01-FR.10 Consolidado de optometría.SCE.PR.01-FR.16 Consolidado de retina. SCE.PR.01-FR.03	Consolidado de consulta externa. SCE.PR.01-FR.10 Consolidado de optometría.SCE.PR.01-FR.16 Consolidado de retina. SCE.PR.01-FR.03

**TABLA 7. Parámetros de Control del Servicio de Consulta Externa Especializada**

✚ **Identificación Y Trazabilidad:** La trazabilidad en el servicio de consulta externa especializada se realiza mediante el diligenciamiento de la historia clínica de cada uno de los pacientes, identificada por el número del documento de identificación, nombre del paciente e institución a la cual pertenece. Adicionalmente, dentro de la historia clínica se encuentra el nombre del especialista, la evaluación realizada, el

diagnóstico obtenido, el plan de tratamiento recomendado por el médico tratante.

- ✦ **Validación Del Servicio:** La validación del servicio se realiza mediante el cumplimiento de los perfiles de cargos establecidos en el manual de perfiles de cargos de CEDCO LTDA, el seguimiento de la prestación del servicio que se hace a través de encuestas de satisfacción del usuario, quejas e indicadores de gestión, la disponibilidad permanente de la historia clínica que se elabora en el servicio y los demás registros necesarios para la prestación del servicio, verificación de la disponibilidad de personal médico e insumos necesarios, uso permanente de equipos adecuados y mantenimiento de los mismos y la experiencia adquirida durante los 3 años de trabajo de la institución, prestando el servicio de consulta externa especializada.
  
- ✦ **Propiedad Del Cliente:** Se determinó como propiedad del cliente, la información que contiene cada una de las historias clínicas, que son identificadas por el nombre y el documento de identificación, se verifican las condiciones mediante el comité de historias clínicas, el cual se realiza trimestralmente y se protege por medio de carpetas que las conforman, guardándolas en los archivos de historias clínicas en donde sólo ingresa personal autorizado.
  
- ✦ **Preservación De Los Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio:** Se verifican periódicamente las condiciones de los productos utilizados para la prestación del servicio de consulta externa especializada. En la Tabla 8 se relaciona el manejo dado a estos productos.

PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	MANIPULACIÓN	ALMACENAMIENTO	PROTECCIÓN
Medicamentos	Por el nombre de cada uno de los medicamentos.	No dejarlos destapados luego de su utilización.	En el depósito de medicamentos.	Mantenerlos a temperatura indicada por el fabricante.
Medicamentos usados dentro del servicio.	Por el nombre de cada medicamento	No dejarlos destapados luego de su utilización	En recipientes instalados dentro del servicio	Mantenerlos a temperatura indicada por el fabricante
Historia Clínica	Por el nombre, cédula de ciudadanía, EPS a la cual pertenece.	No mojar, no arrugar, ni ensuciar. Evitar el consumo de alimentos en el área donde se manipula papelería.	En el archivo de historias clínicas.	Mantenerlas en cada una de las carpetas correspondientes y en el archivo si no están siendo utilizadas en el servicio

**Tabla 8. Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio De Consulta Externa Especializada**

✚ **Control De Los Dispositivos De Seguimiento Y Medición:** Para este requisito, se identificaron los dispositivos a los cuales era necesario hacer calibración ó verificación de la misma, con la colaboración del proceso de Manejo Logístico. En la Tabla 9. Se relacionan éstos y el tipo de control aplicado.

EQUIPO	MAGNITUD	UNIDADES	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Queratómetro	Curvatura corneal	Dioptrías	Verificación de la calibración y ajuste.	Semestral	Jefe de Logística Proveedor de mantenimiento
Lensómetro	Poder de lentes oftálmicos	Dioptrías	Verificación de la calibración y ajuste.	Semestral	Jefe de Logística Proveedor de mantenimiento
Tonómetrp	Presión intraocular	Milímetros de mercurio	Verificación de la calibración y ajuste	Semestral	Jefe de Logística Proveedor de mantenimiento

**Tabla 9. Dispositivos De Seguimiento Y Medición Del Servicio De Consulta Externa Especializada**

✚ **Seguimiento Y Medición Del Servicio:** Una vez definidas actividades del servicio que permitían realizar el seguimiento y la medición del servicio se contó con la colaboración de todos los participantes del proceso, y se implementaron indicadores de gestión para cuantificar y analizar el desempeño del servicio. En la Tabla 10. Se relacionan las

actividades del servicio que implementadas para realizar el seguimiento y la medición del servicio.

ACTIVIDAD	CARACTERISTICA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	FUENTE DE DATOS	META
Programación de la cita	Oportunidad	Facilitadora de calidad	Mensual	Oportunidad en la atención de consulta externa especializada	Agenda de citas especializada. TS.FR.02	3 Días
Atención del paciente	Satisfacción del usuario	Facilitadora de calidad Auxiliar de Consulta Externa	Trimestral	Índice de satisfacción del usuario	Encuesta de satisfacción del usuario. MC.INS.02-FR.01	85%
Realización de la consulta.	Cumplimiento en la programación de consulta externa	Facilitadora de calidad	Mensual	Porcentaje de retraso en la atención consulta externa especializada	Historia clínica de oftalmología SCE.PR.01-FR.02 Historia clínica de optometría. SCE.PR.01-FR.08	25%

**Tabla 10. Seguimiento Y Medición Del Servicio De Consulta Externa Especializada**

■ **Servicio No Conforme:** Se definieron los servicios no conformes, de tal manera que todos los participantes del proceso los identificaran y los documentaran cada vez que se presentaran durante la prestación del servicio. Para tal fin, se maneja el registro de “Producto no conforme” MC.PR.03-FR.01, este se halla a disposición de todos los participantes, la verificación de los servicios no conformes es realizada por el coordinador del proceso mediante el comité de calidad del proceso. En la Tabla 11 se presenta el tratamiento dado a cada uno de los productos /servicios no conformes en el servicio de consulta externa especializada.

ACTIVIDAD	SERVICIO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE
Realización de la consulta	Queja	Ofrecer disculpas al paciente y enviarle una carta con las medidas tomadas para la solución de la queja. Toma de acción correctiva.	Formato de Buzón de sugerencias. Producto no conforme	Coordinador de consulta externa especializada
Realización de la consulta	Queja por Incumplimiento del horario de las consultas programadas	Ofrecer disculpas al paciente y explicarle el motivo del incumplimiento. Toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Coordinador de consulta externa especializada
Realización de la consulta	Formulación del lente inadecuada	Volver a realizar la consulta sin ningún costo al paciente. Si es reiterativa toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Óptometra de Consulta Externa
Realización de la consulta	Espera del paciente para la atención por falta de comunicación entre el personal auxiliar y especialista	Hablar con el paciente, explicándole las causas del retraso y conciliar si este espera la atención el mismo día o se reprograma la consulta. Si es reiterativa toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Auxiliar de consulta externa.

**Tabla 11. Tratamiento De Servicios No Conformes Del Servicio De Consulta Externa Especializada**

✚ **Comunicación Con El Cliente:** En el servicio de consulta externa, la comunicación con el cliente se realiza inicialmente por teléfono al asignar la cita de consulta y en el momento de la consulta, se hace personalmente. La comunicación se basa en brindar información veraz en todo momento durante la prestación del servicio, aclarando cualquier inquietud que se le pueda presentar al usuario, ya sea sobre su estado visual o sobre los diferentes trámites para acceder a cada uno de los servicios prestados por CEDCO LTDA.

✚ **Satisfacción del Cliente:** La satisfacción del paciente se mide mediante la realización de la encuesta de satisfacción al usuario, y el

empleo del buzón de sugerencias, donde el usuario manifiesta sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

### 7.2.3. SERVICIO DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS.

El proceso del Servicio de Ayudas Diagnósticas se implementó de acuerdo al “Procedimiento del Servicio de Ayudas Diagnósticas” SAD.PR.01 con el apoyo de los procedimientos de todos los exámenes de diagnóstico realizados en la institución siendo estos: “Procedimiento de angiografía” SAD.PR.02, “Procedimiento de campimetría” SAD.PR.03, “Procedimiento de biometría” SAD.PR.04, “Procedimiento de iridotomía y capsulotomía” SAD.PR.05, “Procedimiento de electrólisis de pestañas” SAD.PR.06, “Procedimiento de fotocoagulación y panfotocoagulación láser de argón” SAD.PR.08, “Procedimiento de taquimetría” SAD.PR.09.

Además, para el cumplimiento de los requisitos aplicados al proceso se implementaron:

✚ **Planificación de la Realización Del Producto / Servicio:** Se implementó mediante el cumplimiento de la programación de exámenes, la revisión de la disponibilidad de información en el servicio, como lo son instructivos, procedimientos, información del paciente, manuales de funcionamiento de equipos, la planificación diaria mediante la agenda de citas de ayudas diagnósticas y la agenda de citas especializada para el caso de campimetrías, la planificación mensual mediante la Disponibilidad del personal médico y paramédico – CEDCO LTDA. TS.FR.04.

✚ **Control del Servicio:** Como controles del servicio se establecieron e implementaron según la Tabla 12.

PARAMETROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Mantenimiento de equipos.	Según cronograma de mantenimiento	Jefe de Logística	Verificación del cronograma de mantenimiento.	Cronograma de mantenimiento. ML.FR.04
Cumplimiento de horarios	Mensual	Facilitadora de calidad	Indicador: Porcentaje de retraso en la atención de ayudas diagnósticas	Informe de indicadores de gestión
Cumplimiento de la fecha de entrega de examen	Mensual	Facilitadora de calidad	Porcentaje de retraso en el diligenciamiento de reportes de exámenes de diagnóstico.	Informe de indicadores de gestión
Consolidado de Exámenes de Diagnóstico	Mensual	Auxiliar de ayudas diagnósticas	Verificación de exámenes realizados por empresa	Consolidado de Exámenes de Diagnóstico SAD.PR.01-FR.20

**Tabla 12. Parámetros De Control Del Servicio De Ayudas Diagnósticas**

✚ **Identificación Y Trazabilidad:** La trazabilidad en el servicio de ayudas diagnósticas, se identifica mediante el diligenciamiento de los registros correspondientes a cada tipo de examen, de cada uno de los pacientes, identificado por el número de cédula, nombre del paciente, EPS/ ARS a la cual pertenece ó particular. Adicionalmente se realiza mediante las historias clínicas, donde se guardan todos los reportes, las lecturas (campimetrías, angiografía y ecografías) y los negativos (angiografías) de los exámenes de pacientes de CEDCO LTDA. Para los pacientes de Campimetría, se archivan los cassettes de lectura marcados con la fecha y el nombre de los pacientes, dentro del área de exámenes de diagnóstico.

✚ **Validación del Servicio:** Para dar cumplimiento a la validación del servicio se verificó el cumplimiento de los perfiles de cargos establecidos en el manual de perfiles de cargos de CEDCO LTDA, del personal del servicio, se hizo seguimiento de la satisfacción del usuario y las características del servicio mediante la aplicación de encuestas de satisfacción, la disponibilidad permanente de los registros necesarios para la prestación del servicio, la verificación de la disponibilidad de personal médico e insumos necesarios, de procedimientos e instructivos dentro del servicio, equipos adecuados para la prestación del servicio con mantenimiento preventivo y su respectiva calibración y los tres años de experiencia en la toma de exámenes de diagnóstico.

✦ **Propiedad del cliente:** En el servicio de ayudas diagnósticas se considera propiedad del cliente, la información que contiene cada una de las historias clínicas y los exámenes realizados en la institución. A continuación se presenta el manejo dado a la propiedad del cliente.

DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	PROTECCION
Información contenida en el resultado del examen de diagnóstico	Por nombre, documento de identidad y empresa	Inspección visual	En carpetas y guardándolas en el archivo, en donde solo ingresa personal autorizado.
Información del paciente contenida en la historia clínica.	Por nombre, documento de identidad y empresa	Inspección visual de las condiciones de la historia clínica	En carpetas y guardándolas en el archivo, donde solo ingresa personal autorizado.
Exámenes de diagnóstico que no han sido reclamados por el paciente después de 1 mes de realizado.	Por documento de identidad y empresa.	Inspección visual de las condiciones de la historia clínica en donde es archivado el resultado del examen, una vez transcurre el mes sin reclamarlo	En la historia clínica del paciente, en carpetas y guardándolas en el archivo, en donde sólo ingresa personal autorizado. Transcurrido el mes sin que sea reclamado.

**TABLA 13. Propiedad del Cliente del Servicio de Ayudas Diagnósticas**

✦ **Preservación De Los Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio:** Se hace mediante una verificación periódica de las condiciones de los productos utilizados para la prestación del servicio de ayudas diagnósticas. En la Tabla 14 se relaciona el manejo dado a estos productos.

PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	MANIPULACIÓN	ALMACENAMIENTO	PROTECCIÓN
Medicamentos	Por el nombre de cada uno de los medicamentos.	No dejarlos destapados luego de su utilización.	Dentro del servicio en recipientes.	Mantenerlos a temperatura indicada por el fabricante, revisando mensualmente las fechas de vencimiento.
Fluoresceína	Por el nombre.	Manipularlo con cuidado sin ejercer presión sobre la ampolla para evitar su ruptura y abrirlo alejado del paciente.	En el depósito de medicamentos, dentro del refrigerador.	Mantenerlos a temperatura indicada por el fabricante, revisando mensualmente las fechas de vencimiento.
Historia Clínica	Por el nombre, cédula de ciudadanía, EPS/ARS a la cual pertenece ó particular.	No mojar, no arrugar, ni ensuciar. Evitar el consumo de alimentos en el área donde se manipula papelería.	En el archivo de historias clínicas donde solo ingresa personal autorizado.	Mantenerlas en cada una de las carpetas correspondientes.
Lentes utilizados en procedimientos láser	Por tipo de lente, especificado en el estuche.	Manipularlos con las manos limpias	En un cajón designado en el servicio bajo llave	Mantenerlos en el estuche suministrado por el fabricante

**TABLA 14. Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio De Ayudas Diagnósticas**

✚ **Control De Los Dispositivos De Seguimiento Y Medición:** Para el cumplimiento de éste requisito, se identificaron los dispositivos a los que era necesario realizar calibración ó verificación de la misma, en colaboración del proceso de Manejo Logístico. En la Tabla 15. Se relacionan éstos dispositivos y el tipo de control aplicado.

**TABLA 15. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Ayudas Diagnósticas**

EQUIPO	MAGNITUD	UNIDADES	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Biómetro	Tamaño del globo ocular	m.m	Verificación / Calibración	Semanal / Anual	Óptometra de Ayudas Diagnósticas Jefe de Logística
Paquímetro	Mide el grosor de la córnea	Micras	Calibración	Anual	Jefe de logística
Campímetro	Delimitación del campo visual	Decídeles	Calibración	Anual	Jefe de logística
Yag Láser	Potencia energética del láser	Mili joules	Verificación/ Calibración	Semanal / Anual	Médico Oftalmólogo Jefe de Logística

EQUIPO	MAGNITUD	UNIDADES	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Láser de Argón	Potencia energética del láser Tiempo de acción Intervalo de tiempo entre disparos Spot (Tamaño de la quemadura).	Mili joules  Milisegundos Milisegundos  Micras	Calibración	Anual	Jefe de Logística

**TABLA 15. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Ayudas Diagnósticas**

✚ **Seguimiento Y Medición Del Servicio:** Para definir las actividades del servicio que permiten hacer seguimiento y medición, se contó con la colaboración de todos los participantes del proceso, además, se establecieron indicadores de gestión para cuantificar y analizar el desempeño del servicio. En la Tabla 16. Se relacionan las actividades del servicio en donde se aprecia el seguimiento y la medición del servicio.

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	FUENTE DE DATOS	META
Asignación de la cita del examen	Oportunidad	Facilitadora de calidad	Mensual	Oportunidad en la programación de apoyo de diagnóstico	Agenda de citas de ayudas diagnósticas. SAD.PR.01-FR.14	5 días. (Para láser de argón la oportunidad es de 15 días)
Atención del paciente	Satisfacción del usuario	Facilitadora de calidad Auxiliar de Ayudas Diagnósticas	Trimestral	Índice de satisfacción del usuario	Encuesta de satisfacción del usuario.	85%
Realización del examen.	Cumplimiento de horarios	Facilitadora de calidad	Mensual	Porcentaje de retraso en la atención de ayudas diagnósticas	Registros de cada uno de los exámenes de diagnóstico	25%
Entrega de resultados	Cumplimiento de los tiempos de entrega	Facilitadora de calidad	Mensual	Porcentaje de retraso en el diligenciamiento de reportes de exámenes de diagnóstico.	Ordenes de exámenes entregados a facturación. SAD.PR.01-FR.19	36%

**TABLA 16. Seguimiento Y Medición Del Servicio De Ayudas Diagnósticas**

✚ **Servicio No Conforme:** Identificados los servicios no conformes que se pueden presentar durante la prestación del servicio de ayudas diagnósticas y definido el tratamiento a dar a cada uno de ellos, se

comenzó a reportarlos en el registro de “Producto no conforme” MC.PR.03-FR.01 y su verificación fue realizada por el coordinador del proceso durante las reuniones del comité de calidad del proceso. En la Tabla 17. se presenta el tratamiento dado a cada uno de los productos / servicios no conformes en el servicio de ayudas diagnósticas.

ACTIVIDAD	SERVICIO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE
Asignación de cita.	Oportunidad en la asignación de exámenes mayor a 5 días (Para láser de argón mayor a 15 días)	Explicación al paciente de los horarios disponibles y concesión de la programación de la cita en los horarios disponibles y verificación del tratamiento. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Coordinador de Ayudas Diagnósticas
Realización del examen	Queja	Ofrecer disculpas al paciente y enviarle una carta con las medidas tomadas para la solución de la queja y verificación del tratamiento. Toma de acción correctiva.	Formato de Buzón de sugerencias. Encuesta de satisfacción del usuario.	Coordinador de Ayudas Diagnósticas
Realización del examen	Queja por incumplimiento del horario de los exámenes programados	Ofrecer disculpas al paciente y explicarle el motivo del incumplimiento y verificación del tratamiento. Toma de acción correctiva.	Formato de Buzón de sugerencias. Encuesta de satisfacción del usuario.	Coordinador de Ayudas Diagnósticas
Entrega de resultados	Información errónea en el resultado del examen, documento de identidad ó nombre.	Ofrecer disculpas y repetir el examen. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Coordinador de Ayudas Diagnósticas
Archivo y conservación de los resultados del examen	Pérdida de la propiedad del cliente.	Informarle al paciente la pérdida de la historia clínica y solicitarle al paciente copia de la historia extraviada. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Coordinador de Ayudas Diagnósticas
Entrega de resultados	Entrega del examen por fuera de los plazos establecidos	Ofrecer disculpas al paciente, explicarle los motivos del retraso y enviar el resultado a la casa. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Coordinador de Ayudas Diagnósticas

**TABLA 17. Tratamiento De Servicios No Conformes Del Servicio De Ayudas Diagnósticas**

✚ **Comunicación Con El Cliente:** En el servicio de ayudas diagnósticas, la comunicación con el cliente se realiza telefónicamente al asignar la cita para la toma del examen y en el momento de la realización del mismo, se hace personalmente. Se basa en brindar información clara y veraz en todas las etapas de la prestación del servicio, aclarando cualquier inquietud que se pueda presentar en el paciente, ya sea sobre

la toma del examen o sobre los diferentes trámites para acceder a cada uno de los servicios prestados por CEDCO LTDA, este tipo de comunicación tiene como evidencia el Certificado de entrega de información y documentos a pacientes de láser y angiografía. SAD.PR.01-FR.21.

- ✦ **Satisfacción Del Cliente:** La satisfacción del paciente se mide mediante la realización de la encuesta de satisfacción al usuario, y el empleo del buzón de sugerencias, en donde el usuario manifiesta sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

#### 7.2.4. SERVICIO DE CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA.

Para el proceso del Servicio de Cirugía Oftalmológica se implementó el “Procedimiento del servicio de cirugía oftalmológica” SCO.PR.01 y como apoyo de éste, las “Guías de cirugías oftalmológicas”, “Guías de manejo de complicaciones anestésicas”, la “Guía de preparación de pacientes – cirugía ocular. SCO.G.01, “Procedimiento de lavado quirúrgico de manos” SCO.PR.02, “Procedimiento de lavado quirúrgico de pacientes” SCO.PR.03, “Instructivo de esterilización” SCO. INS.01, “Instructivo de manejo de residuos hospitalarios” SCO.INS.02, “Instructivo de asepsia y desinfección de sala de cirugía. SCO.INS.03, “Manual de instrumental” SCO.M.01

Los requisitos aplicados a este proceso se implementaron de la siguiente manera:

- ✦ **Planificación De La Realización Del Producto / Servicio:** Se realizó mediante la documentación del procedimiento del servicio, elaborando la programación mensual de cirugía, revisando la disponibilidad de información en el servicio, tales como guías, instructivos, procedimientos, manuales, información del paciente, historia clínica

previamente diligenciada, se programa el personal médico y paramédico el diligenciando del formato de “Disponibilidad del personal médico y paramédico – CEDCO LTDA” TS.FR.04.

✚ **Control del Servicio:** Los controles del servicio, que se establecieron e implementaron fueron:

**TABLA 18. Parámetros De Control Del Servicio De Cirugía Oftalmológica**

PARAMENTROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Esterilización	Diaria	Instrumentadoras Auxiliares del servicio	Inspección visual de la cinta de control, tira química de esterilización y de los indicadores biológicos.	Control de esterilización SCO.FR.26 Registro de esterilización. SCO.FR.27 Registro de esterilización instrumental. SCO.FR.28 Orden de servicio de esterilización GC.PR.01-FR.12
Asepsia	Diaria	Auxiliar de servicios generales Auxiliar de recuperación	Cumplimiento del instructivo de asepsia y desinfección.	Registro de aseo en zona quirúrgica. SCO.FR.20
Mantenimiento de equipos	Según cronograma de mantenimiento	Jefe de Logística	Verificación del cumplimiento del cronograma de mantenimiento	Cronograma de mantenimiento CEDCO LTDA. ML.FR.04
Insumos médico quirúrgicos	Diario	Instrumentadora	Verificación de inventarios. Verificación de la temperatura del depósito de medicamentos.	Reporte mensual de medicamentos de cirugía. SCO.FR.24 Reporte mensual de insumos de cirugía. SCO.FR.21 Registro diario de humedad y temperatura .MC.PR.02-FR.02
Requisitos prequirúrgicos del paciente.	Cada jornada quirúrgica	Auxiliar de cirugía oftalmológica	Verificación del cumplimiento de las diferentes listas de verificación.	Lista de verificación cirugías mayores. SCO.FR.14 Lista de verificación cirugías locales. SCO.FR.15
Disponibilidad de zona quirúrgica	Cada jornada quirúrgica	Jefe de Cirugía	Verificación del cumplimiento de la lista de verificación de la zona quirúrgica.	Lista de verificación en zona quirúrgica. SCO.FR.19
Funcionamiento de los equipos de anestesia y reanimación	Cada jornada quirúrgica.	Médico Anestesiólogo	Verificación del cumplimiento de la lista de verificación de anestesia y reanimación.	Lista de verificación de anestesia y reanimación. SCO.FR.43

PARAMENTROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Colocación adecuada del lente intraocular	Por cada paciente que ingresa a cirugía	Médico Oftalmólogo	Verificación con la historia clínica de la información contenida en el rótulo colocado al paciente, antes de la cirugía.	Rótulo colocado al paciente, anexo en el formato de Historia Clínica SCO.FR.03
Cumplimiento de los turnos del personal auxiliar	Mensual	Gerente	Verificación del cumplimiento de los turnos programados para el personal auxiliar	Verificación de horas programadas. SCOFR.52

**TABLA 18. Parámetros De Control Del Servicio De Cirugía Oftalmológica**

✚ **Identificación Y Trazabilidad:** La trazabilidad en el Servicio de Cirugía Oftalmológica, se implementó mediante el diligenciamiento de la historia clínica de cada uno de los pacientes, identificada por el número de cédula, nombre del paciente y EPS a la cual pertenece. Adicionalmente, dentro de la historia clínica se encuentra el nombre de los especialistas que atendieron al paciente, el tipo de procedimiento quirúrgico realizado y el correspondiente sticker utilizado para la realización del procedimiento en donde se especifica: nombre, cirugía, ojo, poder del lente y empresa.

✚ **Validación Del Servicio:** Para dar cumplimiento a la validación del servicio se verificó el cumplimiento de los perfiles de cargos, establecidos en el manual de perfiles de cargos de CEDCO LTDA, además, se hizo seguimiento a la satisfacción del usuario y las características del servicio mediante la aplicación de encuestas de satisfacción, se verificó la disponibilidad permanente de los registros necesarios para la prestación del servicio, personal médico e insumos necesarios, procedimientos e instructivos dentro del servicio, equipos adecuados con mantenimiento preventivo y su respectiva calibración, la entrega de indicaciones postquirúrgicas al paciente, para asegurar una adecuada recuperación luego de la cirugía, la entrega y firma del paciente en el Certificado de entrega de información y documentos SCO.FR.16, el cumplimiento de las listas de verificación de la

disponibilidad de insumos, esterilización, personal, equipos, documentación y medicamentos, antes de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico y los tres años de experiencia en la toma de exámenes de diagnóstico.

✦ **Propiedad Del cliente:** En el servicio de cirugía, se considera propiedad del cliente la información que contiene cada una de las historias clínicas, los objetos personales tales como prótesis, joyas, ropa, etc. Para manejar la propiedad del cliente se implementó el formato de “Listado de propiedad del cliente” SCO.FR.46. A continuación se describe el manejo dado a la propiedad del cliente en cuanto a identificación, verificación y protección:

DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	PROTECCION
Información del paciente contenida en la historia clínica.	Por nombre y documento de identidad.	Inspección visual de las condiciones de historia clínica	En carpetas y guardándolas en el archivo.
Objetos personales	Por el nombre del paciente en el rótulo adherido a la bolsa.	Inspección visual de las condiciones de la historia clínica	En bolsas plásticas, guardándolos en un recipiente. Instalado en el servicio.
Ropa del paciente	Por el nombre del paciente, en el rótulo adherido a la ropa.	Inspección visual de las condiciones de la historia clínica	Colgada en ganchos, dentro del vestier de pacientes.

**TABLA 19. Propiedad Del Cliente Del Servicio De Cirugía Oftalmológica**

✦ **Preservación De Los Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio:** Con verificación periódica de las condiciones de los productos utilizados para la prestación del servicio cirugía oftalmológica Mensualmente, se analizan las fechas de vencimiento de los medicamentos, insumos del depósitos de medicamentos y el stock disponible dentro de sala de cirugía y de las fechas de vencimiento de esterilización de los lentes intraoculares, utilizados en la cirugía de catarata. A continuación se relaciona el manejo dado a estos productos.

PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	MANIPULACIÓN	ALMACENAMIENTO	PROTECCIÓN
Medicamentos	Por el nombre	Manipularlos sólo dentro del servicio con las manos limpias y no dejarlos destapados luego de su uso.	Almacenarlos en un sitio techado ó en el refrigerador, según las condiciones del fabricante	Mantenerlo a la temperatura especificada por el fabricante.
Lentes intraoculares	Por el nombre y rótulo entregado por la auxiliar del servicio de cirugía con el nombre del paciente.	Manipularlo con las manos limpias.	Almacenarlo en un sitio a temperatura ambiente	Mantenerlos a temperatura ambiente.
Córnea	Por el nombre del paciente colocado en el empaque	Manipularlo con cuidado durante el traslado dentro el servicio y con las manos limpias	Almacenarlo en el servicio de cirugía.	Mantenerla refrigerada y trayéndola a la institución el día de la cirugía.
Muestras biológicas	Por el nombre del paciente colocado en el empaque	Manipularlo con cuidado durante el traslado dentro el servicio y con las manos limpias	Almacenarla en el servicio de cirugía durante la terminación de la cirugía, para luego ser entregada al paciente.	Mantenerla dentro del quirófano antes de entregarla al paciente

**TABLA 20. Productos Utilizados En El Servicio De Cirugía Oftalmológica**

▣ **Control De Los Dispositivos De Seguimiento Y Medición:** Para la implementación de éste requisito, se identificaron los dispositivos a los cuales era necesario realizar calibración ó verificación de la misma, con la colaboración del proceso de Manejo Logístico. Ver Tabla 21.

**TABLA 21. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Cirugía Oftalmológica**

EQUIPO	MAGNITUD	UNIDADES	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Equipo Multiparámetro	Presión arterial no invasiva Presión arterial invasiva Oximetría de pulso. Frecuencia respiratoria por minuto Capnometría Temperatura	MmHg MmHg % Unidades / Minuto % °C - °F	Calibración.	Anual	Jefe de logística
Oxímetro de pulso	Concentración de oxígeno en la sangre Frecuencia de pulso	% de concentración Unidades/ Minuto	Calibración.	Anual	Jefe de logística

EQUIPO	MAGNITUD	UNIDADES	TIPO DE CONTROL	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Equipo multiparamétrico Dinamap	Presión arterial no invasiva	mmhg	Calibración.	Anual	Jefe de logística
Electrocardiógrafo	Frecuencia cardíaca	Unidades / Minuto	Calibración.	Anual	Jefe de logística
Facoemulsificador	Irrigación Aspiración Poder de FACO	Cm3 / Minuto mmhg %	Calibración.	Anual	Jefe de logística
Desfibrilador	Potencia	Vatios	Calibración.	Anual	Jefe de logística

**TABLA 21. Dispositivos de Seguimiento y Medición del Servicio de Cirugía Oftalmológica**

▣ **Seguimiento Y Medición Del Servicio:** Para definir las actividades del servicio que permitían realizar el seguimiento y la medición del servicio se contó con la colaboración de los participantes del proceso, adicionalmente, se establecieron indicadores de gestión para cuantificar y analizar el desempeño del servicio. Las actividades del servicio en donde se realiza el seguimiento y la medición del servicio son:

ACTIVIDAD	CARACTERISTICA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	FUENTE DE DATOS	META
Recepción del paciente en cirugía	* Amabilidad * Veracidad en la información	Facilitadora de calidad	Trimestral	Índice de satisfacción del usuario Índice de satisfacción del usuario por información brindada	Encuestas de satisfacción al usuario. MC.INS.02-FR.01	85%
Programación de cirugía	Oportunidad	Facilitadora de calidad	Mensual	Oportunidad en la programación de cirugía oftalmológica	Agenda de programación de cirugías. SCO.FR.42	10 Días
Ingreso del paciente a la cirugía	Puntualidad en la programación de cirugías	Facilitadora de calidad Auxiliar de Cirugía Oftalmológica	Mensual	Porcentaje de retraso en la atención de cirugía oftalmológica	Agenda de programación de cirugías. SCO.FR.42 Programación de cirugías. SCO.FR.31	25%
Realización del procedimiento quirúrgico.	Seguridad	Facilitadora de calidad	Mensual	Porcentaje de complicaciones en el servicio de cirugía oftalmológica	Complicaciones intraoperatorias. SCO.FR.35	2%
Prestación del servicio.	Satisfacción	Facilitadora de calidad	Trimestral	Índice de satisfacción del usuario	Encuestas de satisfacción al usuario. MC.INS.02-FR.01	85%

**TABLA 22. Seguimiento Y Medición Del Servicio De Cirugía Oftalmológica**

✚ **Servicio No Conforme:** Para reportar los servicios no conformes que se presenten en el servicio, todos lo participantes del proceso manejan el registro de “Producto no conforme” MC.PR.03-FR.01 y la verificación de estos servicios no conformes es hecha por el coordinador del proceso durante las reuniones del comité de calidad del proceso. A continuación se presenta el tratamiento dado a cada uno de los productos / servicios no conformes en el servicio de cirugía oftalmológica.

ACTIVIDAD	SERVICIO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE
Programación de cirugía.	Programar cirugías en un lapso mayor a 15 días.	Informar al paciente los motivos de la falta de disponibilidad de cirugías y conciliar con el paciente una fecha.	Producto no conforme.	Auxiliar de Cirugía oftalmológica
Recepción del paciente en cirugía	Ingreso del paciente 1 hora después de la hora programada para la cirugía	Solicitarle disculpas al paciente y explicarle las razones del retraso. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme.	Auxiliar de Cirugía Oftalmológica
Realización de cirugía.	Cancelación de la cirugía por la no disponibilidad del lente intraocular, de insumos médico quirúrgicos ó daño de algún equipo.	Solicitarle disculpas al paciente. Explicarle los motivos del retraso en el lente o en el insumo. Darle un descuento en el precio del lente intraocular. Toma de acción correctiva.	Cancelación de cirugías.	Auxiliar de cirugía oftalmológica.
Realización de la cirugía	Inadecuada selección y/o colocación del lente intraocular	Evaluación posquirúrgica de la agudeza visual. Informar al paciente de lo ocurrido y programar nuevamente la cirugía para colocar el lente adecuado sin ningún costo. Toma de acción correctiva.	Producto no conforme	Médico Oftalmólogo Médico Anestesiólogo Auxiliar de quirófano Auxiliar de recuperación Instrumentadora Auxiliar de cirugía oftalmológica.

**TABLA 23. Tratamiento De Servicios No Conformes Del Servicio De Cirugía Oftalmológica**

✚ **Comunicación Con El Cliente:** En el servicio cirugía oftalmológica se define e implementa la comunicación personal y de manera directa, durante todas las actividades realizadas en el servicio de cirugía, con el

fin de brindar confianza y tranquilidad en el procedimiento quirúrgico mediante el suministro de información clara y veraz al paciente, y la solución de inquietudes que se puedan presentar antes, durante y después de la prestación del servicio. La comunicación escrita con el paciente se realiza mediante la entrega del Certificado de entrega de información y documentos SCO.FR.16

✚ **Satisfacción Del Cliente:** La satisfacción del paciente se mide mediante la realización de la encuesta de satisfacción al usuario, y el empleo del buzón de sugerencias, en donde el usuario manifiesta sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

#### 7.2.5. SERVICIO DE ÓPTICA.

Para el Servicio de Optica se implementó el “Procedimiento del Servicio de Óptica” SO.PR.01.

La implementación del proceso, no sólo se baso en la ejecución del procedimiento, si no en la definición y el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 aplicados e éste , relacionados a continuación:

✚ **Planificación De La Realización Del Producto / Servicio:** Para realizar la planificación del servicio, se elaboró el procedimiento del servicio, diariamente la auxiliar de óptica y archivo inspecciona la disponibilidad de monturas y productos en las vitrinas, y finalmente, se verifica la disponibilidad de información por parte de la Auxiliar de Óptica y Archivo, como las listas de precios de productos, referencias de monturas actualizadas y la publicidad de lentes.

✚ **Control del Servicio:** Los controles del servicio se definieron e implementaron así:

PARAMENTROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Revisión de monturas	Diario	Optómetra Auxiliar de Óptica y Archivo	Inspección visual	Inventario de monturas
Revisión de lentes a entregar	Diario	Optómetra	Lensometría	Registro de Elaboración de Lentes SO.PR.01-FR.02
Ventas	Mensual	Auxiliar del servicio de óptica	Verificación mensual de las ventas	Estado de Resultados
Inventarios	Mensual	Gerente	Verificación de los libros de inventarios	Libro de Inventarios

**TABLA 24. Parámetros De Control Del Servicio De Óptica**

✚ **Identificación Y Trazabilidad:** La trazabilidad en el servicio de óptica, se lleva a cabo mediante el “Registro de Elaboración de Lentes” SO.PR.01-FR.02, identificando el nombre del paciente, documento de identidad, el tipo de montura, la fórmula del lente, fecha de elaboración y tipo del lente.

✚ **Propiedad del cliente:** En el servicio de óptica, la propiedad del cliente está definida por las monturas que los pacientes traen a CEDCO LTDA para la elaboración y adaptación de los lentes oftálmicos, y los lentes de contacto a los cuales se suministra limpieza ó modificaciones para su uso adecuado. A continuación se presenta el manejo de la propiedad del cliente:

DESCRIPCION	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	PROTECCION
Monturas	Diligenciamiento del listado de propiedad del cliente. SO.PR.01-FR.01	Verificación visual de las condiciones del producto entregado por el cliente.	Estuches y archivadores bajo llave
Lentes de contacto	Diligenciamiento del listado de propiedad del cliente. SO.PR.01-FR.01	Verificación visual de las condiciones del producto entregado por el cliente.	Estuches de lentes de contacto y en archivadores

**TABLA 25. Propiedad Del Cliente Del Servicio De Óptica**

Si la propiedad del cliente se daña o se deteriora CEDCO LTDA responde por el valor del monto de la propiedad que el cliente deja en el servicio.

**▣ Preservación De Los Productos Utilizados En La Prestación Del**

**Servicio:** Se hace verificación periódica de las condiciones de los productos utilizados para la prestación del servicio óptica. A continuación se relaciona el manejo dado a estos productos.

PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	MANIPULACIÓN	ALMACENAMIENTO	PROTECCIÓN	TRANSPORTE
Montura	Por el código de la montura	* No manejarlos con fuerza. * No lanzarlos al piso y tener cuidado de no rayarlos. *Con las manos limpias	* Almacenar en vitrinas de vidrio ubicadas en lugares protegidos de la luz del sol.	* Se conservan en la vitrina bajo la supervisión de la Auxiliar de Óptica y Archivo. *Se realiza mantenimiento y aseo a la vitrina semanalmente.	* En cajas plásticas con tapa suministrados al laboratorio por CEDCO LTDA, para evitar daños en los productos.
Lentes de contacto.	Por el tipo de lente, gas permeables o blandos.	* No sacar los lentes del estuche, ni de la solución oftálmica, hasta que el cliente los recoja.	* Se almacena en un cajón del servicio de óptica mientras el cliente los recoge.	*Mantenerlos siempre en la solución oftálmica.	* Se aseguran en el transporte para evitar que la solución del lente de contacto se derrame ó se rompa.
Lentes elaborados	Mediante un sticker que contiene el nombre y la fecha.	*No sacar de la bolsa hasta que el cliente los recoja.	*Por orden alfabético en un cajón del archivador del servicio de óptica.	*Manteniéndolos en las bolsas plásticas.	* Se aseguran en el transporte para evitar que se rompan o rayen
Líquidos para lentes de contactos	Por el nombre del producto y el fabricante	* No abrir el líquido hasta que el usuario lo reclame	* Se almacenan en estantes colocados en el servicio	*Manteniéndolos en cajas verificando las condiciones del sello de seguridad	* Se aseguran en el transporte para evitar que la solución oftálmica se derrame ó se rompa.

**TABLA 26. Productos Utilizados En La Prestación Del Servicio De Óptica**

**▣ Seguimiento Y Medición Del Servicio:** Una vez definidas las actividades que permiten la realización del seguimiento y medición del proceso se implementaron las herramientas necesarias para la recolección de datos. Las actividades del servicio en donde se realiza el seguimiento y la medición del servicio, las herramientas ó fuentes de datos necesarias dicha labor fueron:

ACTIVIDAD	CARACTERISTICA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	FUENTE DE DATOS	META
Atención en el servicio de óptica	Satisfacción del usuario	Facilitadora de calidad	Trimestral	Índice de satisfacción del usuario	Encuesta de satisfacción del usuario. MC.INS.PR.02-FR.01	85%
Entrega de productos	Calidad en la entrega de los productos.	Facilitadora de calidad	Mensual	Porcentaje de productos no conformes en servicio	Producto no conforme	2%

**TABLA 27. Seguimiento y Medición del Servicio de Óptica**

✚ **Servicio No Conforme:** Para la implementación del servicio no conforme se acordó que el diligenciamiento del registro de “Producto No Conforme” es realizado por la coordinadora del proceso ó la auxiliar de óptica y archivo. A continuación se especifica el tratamiento aplicado a los diferentes tipos de servicios no conformes identificados para el servicio.

ACTIVIDAD	SERVICIO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE
* Información * Negociación * Entrega de productos.	Queja por mala información al usuario, atención y demora.	Evaluar las causas que ocasionaron la queja y las posibles soluciones para su corrección. Toma de acción correctiva.	Quejas y sugerencias. Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01	Auxiliar de Óptica y Archivo.
Entrega del producto.	Líquido para lentes de contacto con fecha de vencimiento cumplida	Solicitarle disculpas al usuario. Reproceso del producto, envío a domicilio del producto reprocesado y si es reiterativo, toma de acción correctiva	Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01	Auxiliar de Óptica y Archivo
Entrega del producto.	El lente elaborado no corresponde con la prescripción médica.	Solicitarle disculpas al usuario, reproceso del producto, envío a domicilio del producto reprocesado y si es reiterativo, toma de acción correctiva	Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01	Auxiliar de Óptica y Archivo
Entrega del producto.	Lente roto o rayado	Devolución del lente y cambio. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01 Devoluciones. SO.PR.01-FR.04	Auxiliar de Óptica y Archivo
Entrega del producto	Propiedad del cliente dañada o deteriorada.	Solicitarle disculpas al paciente y pagarle al usuario el valor de la propiedad. Si es reiterativo, toma de acción correctiva.	Producto no conforme. MC.PR.03-FR.01	Auxiliar de óptica y Archivo.

**TABLA 28. Tratamiento De Servicios No Conformes Del Servicio De Óptica**

✚ **Comunicación con el Cliente:** El servicio óptica define e implementa la comunicación personal y de manera directa, brindando al cliente información veraz y clara sobre los productos ofrecidos, de manera que permita solucionar todas las dudas e inquietudes que se puedan presentar. Este tipo de comunicación se maneja de forma directa. Además se maneja comunicación escrita mediante la entrega de garantía, donde se especifica el cubrimiento de la garantía para cada tipo de producto.

✚ **Satisfacción Del Cliente:** La satisfacción del paciente se mide mediante la realización de la encuesta de satisfacción al usuario, y el empleo del buzón de sugerencias, en donde el usuario manifiesta sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

#### 7.2.6. MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Para la implementación del proceso de manejo de historias clínicas se tomó como referencia normativa, la Resolución 1995 de 1999, donde se define el manejo dado a las historias clínicas y las características que éstas deben cumplir. Además se implementó el “procedimiento para el manejo de historias clínicas” MHC.PR.01 y el “procedimiento de auditorias de historias clínicas” MHC.PR.02, con el objetivo verificar la conformidad de las historias clínicas con la normatividad aplicada al proceso.

Implementando el procedimiento de manejo de historias clínicas se identificaron los archivos de historias clínicas como zonas de acceso restringido en donde sólo ingresa personal autorizado, así como los horarios para el ingreso al mismo, en horarios adicionales, se debe solicitar la llave a la coordinadora del proceso.

Se identificaron los estantes donde se almacenan las historias clínicas con los números de los documentos de identificación contenidos en cada uno de los entrepaños, esto para facilitar la recuperación y almacenamiento de las historias clínicas. Para tener control de las condiciones de humedad y temperatura se instalaron termo-higrómetros en los archivos, donde el jefe de mantenimiento y seguridad, verificaba las condiciones adecuadas mediante la toma de datos en el “Registro de humedad y temperatura” MC.PR.02-FR.02.

La implementación del “procedimiento de auditorias de historias clínicas” MHC.PR.02, conformó el comité de historias clínicas, quienes se reúnen trimestralmente, y su principal objetivo es la verificación del cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos que deben cumplir las historias clínicas, para esto se revisan 30 historias clínicas por especialista y se diligencia el “Registro de auditoria de historias clínicas” MHC.PR.02-FR.01, donde opta como historia clínica adecuada si cumple el 95% de los criterios evaluados, seguidamente se procede a la medición del indicador del proceso Porcentaje de historias clínicas mal diligenciadas.

**🔧 Control del Proceso:** Para el control del proceso de manejo de historias clínicas, se implementó:

PARAMETROS DE CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL	RESPONSABLE	HERRAMIENTAS	REGISTRO
Temperatura del archivo	Diaria	Jefe de mantenimiento y seguridad	Inspección visual	Registro de diario de humedad y temperatura MC.PR.02-FR.02
Copia de seguridad de la base de datos de pacientes	Diaria	Auxiliar de historias clínicas Auxiliar de óptica y archivo	Dispositivos de almacenamiento de medios magnéticos	Base de datos de pacientes. SCE.PR.01-FR.13

**TABLA 29. Parámetros De Control - Proceso De Manejo De Historia Clínicas**

**🔧 Propiedad del Cliente:** El proceso de manejo de historias clínicas considera propiedad del cliente la información contenida en las historias clínicas. El manejo dado se presenta a continuación:

PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	PROTECCIÓN
Información del paciente contenida en la historia clínica.	Por nombre y documento de identidad.	Mediante el comité de historias clínicas.	En carpetas y guardándolas en el archivo donde solo ingresa personal autorizado.

**TABLA 30. Propiedad Del Cliente del Proceso de Manejo De Historias Clínicas**

✚ **Seguimiento y Medición del Proceso:** El seguimiento del proceso se hace mediante la implementación y reunión del comité de historias clínicas cada tres meses, para desarrollar el muestreo, revisar las características que deben poseer y los criterios establecidos. A continuación se presenta la implementación del seguimiento y la medición del proceso.

ACTIVIDAD	CARACTERISTICA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	FUENTE DE DATOS	META DEL INDICADOR
Diligenciamiento de historias clínicas	Veracidad y concordancia	Comité de historias clínicas	Trimestral	Porcentaje de historias clínicas mal diligenciadas	Registro de auditoria de historias clínicas	5%

**TABLA 31. Seguimiento y Medición del Proceso de Manejo de Historias Clínicas**

✚ **Producto No Conforme:** Para la implementación del producto no conforme, se entregó a la auxiliar de óptica y archivo el formato de “Producto no conforme” MC.PR.03-FR.01, en el proceso de manejo de historias clínicas se implemento el tratamiento a los productos no conformes:

ACTIVIDAD	PRODUCTO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE
Archivo y búsqueda de historias clínicas	Historias clínicas mal archivadas o extraviadas.	Abrir una carpeta auxiliar y pasar la historia clínica a los servicios mientras se encuentra la extraviada y si el paciente trae copia de la historia se saca fotocopia de la misma y se archiva.	Producto no conforme	Auxiliar de óptica y archivo
Diligenciamiento de historias clínicas	Historias clínicas archivadas mal diligenciadas	Corrección de los datos en las carpetas.	Carpetas de historias clínicas.	Auxiliar de óptica y archivo
Apertura de las historias clínicas	Historias clínicas dobles en los servicios	Eliminación de la historia clínica sobrante y levantamiento de acción correctiva si es repetitivo	Producto no conforme	Auxiliar de óptica y archivo.

**TABLA 32. Productos No Conformes Del Proceso De Manejo De Historias Clínicas**

### 7.3. PROCESOS DE APOYO

#### 7.3.1. GESTIÓN DE COMPRAS

Para implementar este proceso, primero fue necesario determinar cuáles son las compras que afectan la prestación del servicio y por ende la satisfacción del cliente. Dando como resultado que las compras críticas son:

- **Productos:** Insumos, medicamentos, monturas, estuches de gafas, lentes de contacto y lentes oftálmicos, rollos de revelado, iluminación de equipos oftalmológicos, gases para el servicio de cirugía, córneas y lentes intraoculares para la cirugía de catarata.
- **Servicios:** Servicio de mantenimiento y calibración de equipos, servicio de revelado de rollos de angiografía, servicio de manejo de residuos hospitalarios, servicio de esterilización de instrumental y servicio de litografía.

El proceso se basó en el “procedimiento de compras” GC.PR.01, donde se implementó que la información de la compra y los requisitos son especificados en las diferentes órdenes de productos ó servicios del proceso. Al inicio de la semana, cada puesto de trabajo reporta al proceso de gestión de compras las necesidades de productos ó servicios para el adecuado desempeño de sus labores, mediante la “orden de pedido semanal”. GC.PR.01–FR.07, seguidamente la Jefe de compras separa los productos solicitados en productos que no afectan la calidad del servicio, para ello se utiliza la “orden de pedido de que productos no afectan la calidad del servicio” GC.PR.01-FR.02. En los productos que afectan la calidad del servicio se procede a verificar la existencia del proveedor en el “Listado de proveedores” GC.PR.01-FR.04 y si no existe el proveedor, se solicita cotización y se envía al proveedor la “Ficha técnica de proveedor de productos que afectan la calidad del servicio” GC.PR.01-FR.08 ó la “Ficha técnica del proveedor de servicios” GC.PR.01-FR.09 para su diligenciamiento, luego la coordinadora administrativa y de calidad elabora la “Evaluación de proveedores nuevos” GC.PR.01-FR.19 y si el proveedor es aceptado se ingresa al listado de proveedores.

Una vez seleccionado el proveedor, se diligencian las diferentes órdenes de compra de productos ó servicios, donde se especifica la información de la compra, relacionadas a continuación:

- ✘ Orden de facturación y reposición de monturas. GC.PR.01-FR.01
- ✘ Orden de servicio. GC.PR.01-FR.06
- ✘ Orden de pedido de insumos y medicamentos, GC.PR.01-FR.10
- ✘ Orden de pedido de productos que afectan la calidad del servicio. GC.PR.01-FR.11
- ✘ Orden de servicio de esterilización. GC.PR.01-FR.12
- ✘ Orden de servicio de revelado de rollos. GC.PR.01-FR.13
- ✘ Orden de facturación y reposición de lentes intraoculares. GC.PR.01-FR.14
- ✘ Orden de lentes oftálmicos. GC.PR.01-FR.18

Se entrega la orden de compra al proveedor y una vez se decepciona el producto ó servicio, se diligencia el espacio exclusivo de CEDCO LTDA, donde se verifica el cumplimiento de la información, requisitos de la compra y entrega del producto ó servicio completo.

Para la evaluación de proveedores actuales el 4 de Abril de 2006 se llevo a cabo una capacitación con todos proveedores de productos ó servicios ubicados en Bucaramanga, con el objetivo se comunicarles el manejo de las órdenes de compra de nuestra empresa en el momento de entrega del pedido, se hizo entrega y diligenciamiento de las Fichas Técnicas de los Proveedores, se explicaron los criterios a analizar en la Evaluación de desempeño de proveedores y se sensibilizó sobre la influencia cómo proveedores, en la prestación de los diferentes servicios que presta la institución, ya que afectan directamente la calidad de éstos, para los proveedores de otras ciudades esta información fue enviada por correo junto con la memorias utilizadas en la capacitación.

Semestralmente se recolectan las órdenes de pedido de los productos ó servicios que afectan la calidad del servicio y se separan por proveedor a fin de evaluar a los proveedores, donde basados en la información contenida en el espacio exclusivo para CEDCO LTDA de todas las órdenes compra, se diligencia la “Evaluación de proveedores de lentes oftálmicos” GC.PR.01-FR.15, “Evaluación de proveedores de servicios” GC.PR.01-FR.16 ó la “Evaluación de proveedores de productos” GC.PR.01 – FR.17, según el tipo de productos ó servicios que suministre el proveedor. Seguidamente, se determina el nivel de desempeño del proveedor según el “Procedimiento de compras” GR.PR.01 y se envía comunicación escrita al proveedor, con el nivel de desempeño obtenido y los aspectos ó criterios a mejorar. Si durante la segunda evaluación de desempeño del proveedor no han mejorado las debilidades encontradas, se procede a eliminar al proveedor del listado de proveedores.

### 7.3.2. GESTIÓN DE RECURSO HUMANO

En este proceso, lo primero que se realizó fue la definición de las competencias de cada uno de los cargos existentes mediante de la definición de requisitos de educación, habilidades y experiencia, esto dió como resultado el “Manual de perfiles de cargos de CEDCO LTDA” GRH.M.02 que sirvió como base para hacer la verificación de perfiles de acuerdo al formato de “verificación de perfiles” GRH.PR.01-FR.09, generándose un plan de acción para solicitar los respectivos registros que dieran evidencia del cumplimiento de educación y formación a todo el personal, además se programó un ciclo de capacitaciones con el objetivo de dar cumplimiento a los requisitos de formación, esta programación la elaboró el jefe de personal mediante la “programación de capacitaciones” GRH.PR.01-FR.12, de acuerdo con el “procedimiento de recurso humano” GRH.PR.01, y para dar soporte a los requisitos de experiencia CEDCO LTDA generó dichas certificaciones.

El cumplimiento de las habilidades se verificó mediante la evaluación de desempeño laboral, de acuerdo al “Instructivo de calificación de la evaluación de desempeño laboral de CEDCO LTDA” GRH.INS.01, ésta fue realizada durante el mes de Marzo de 2006, con la aplicación de los formatos “Evaluación de desempeño. Gerencia” GRH.PR.01.-FR.01, “Evaluación de desempeño laboral. Personal de CEDCO LTDA” GRH.PR.01.-FR.02, “Autoevaluación de desempeño laboral” GRH.PR.01-FR.03 y como evidencia se produce el “Reporte individual de evaluación de desempeño laboral de CEDCO LTDA” GRH.PR.01-FR.16. La socialización del nivel de desempeño y las habilidades por mejorar estuvo a cargo de la Gerencia mediante reuniones con cada uno de los empleados de CEDCO LTDA.

En la implementación del procedimiento de recurso humano, se unificaron las actividades para la convocatoria y selección del personal, de acuerdo con el perfil buscado, generándose la “Evaluación de selección” GRH.PR.01-FR.15 y la “Entrevista laboral” GRH.PR.01-FR.10, la contratación, la inducción al cargo

y al sistema de gestión de la calidad en donde se generan el “Informe de inducción” GRH.PR.01-FR.06 y la “Evaluación de inducción” GRH.PR.01-FR.07, las capacitaciones programadas mensualmente por el jefe de personal, mediante su registro en la “programación de capacitaciones” GRH.PR.01-FR.12, y una vez terminada toda capacitación se verifica su eficacia mediante la aplicación de la “evaluación de capacitación” GRH.PR.01-FR.08, y por último la medición de la satisfacción del cliente interno con la aplicación de la “encuesta del cliente interno” GRH.PR.01-FR.04, esta es semestralmente, generando el informe de satisfacción del cliente interno y un plan de acción por parte del jefe de personal, para mejorar la satisfacción del cliente interno.

### 7.3.3. GESTIÓN FINANCIERA

El proceso de gestión financiera se implementó con el “Procedimiento de gestión financiera” GF.PR.01, con el cual se estableció el manejo dado a las diferentes actividades realizadas en el proceso como lo son:

- Pago a proveedores: Una vez registrada la compra en el software contable manejado en la institución “HELISSA”, y de acuerdo a la “Programación de pagos” GC.PR.01-FR.03, elaborada mensualmente por la coordinadora administrativa y de calidad, se hace el respectivo comprobante de egreso y cheque, éstos son firmados por las personas autorizadas, una vez se revisen los soportes contables, seguidamente, se procede a hacer el pago al proveedor respectivo.
  
- Manejo de Facturas: Las facturas generadas en la institución son las facturas de compra (FX), que son utilizadas para el pago de proveedores, facturas de venta de óptica (FO), facturas de venta de contado (FV) con las cuales se registran contablemente las ventas con pago de contado en todos los servicios en el software HELISSA, y por último las facturas de consulta y exámenes (FE) y facturas de cirugía

(FC), éstas son utilizadas en el proceso de facturación de servicios y enviadas a los diferentes clientes institucionales, de acuerdo a las fechas de entrega estipuladas en el registro de “Planificación de facturación” GF.PR.01-FR.03.

- ✚ El recaudo de caja: Se ejecuta el recaudo de caja por concepto de cancelación de copagos de los diferentes servicios, este esta a cargo de la auxiliar contable y cajero, al final del día el contador hace el arqueo de caja, verificando que el valor recaudado coincida con lo especificado en los recibos y seguidamente, se registra en el libro de caja.
  
- ✚ Manejo de caja menor: La encargada de esta labor es la auxiliar contable y cajero, quien una vez realizada la compra y entregadas las respectivas facturas, el contador diligencia el “Registro de caja menor” GF.PR.01-FR.01.
  
- ✚ Revisoría Fiscal: Esta bajo la responsabilidad de la revisora fiscal quien durante el desarrollo de la actividad, registra los hallazgos y observaciones en el formato “Revisión del revisor fiscal – CEDCO LTDA” GF.PR.01-FR.04.
  
- ✚ Cobro de cartera: Mensualmente, el contador con la colaboración del mensajero, de acuerdo al vencimiento de cartera del mes realizan la planificación para el cobro de cartera en el formato “Cobro de cartera” GF.PR.01-FR.02, si el cobro es realizado telefónicamente, el contador es quien diligencia el registro y si es realizado por el mensajero se solicita la firma en el registro, de la persona que los atendió en la entidad.
  
- ✚ Comprobantes de contabilidad: Se unificó el manejo dado a los comprobantes de contabilidad, utilizados para registrar las consignaciones hechas en los bancos, siendo comprobantes de

contabilidad: consignaciones bancarias, depreciaciones, amortizaciones, pagos a facturas, algunos honorarios – servicios, algunos pagos, ajustes contables y conciliaciones bancarias.

- El manejo de la facturación mensual dada a los clientes institucionales, se desarrollaron planes de calidad para cada uno de ellos, donde se definieron las tarifas manejadas, descuentos, manejo dado a las facturas por cada servicio prestado, soportes que se deben anexar en cada factura, de acuerdo al servicio y los paquetes utilizados para las cirugías oftalmológicas. Adicionalmente se contó con el apoyo del “Manual de facturación” GF.M.01, donde se establecieron los códigos y tarifas utilizadas para facturar en los servicios, conforme al Manual de tarifas ISS 2001 y 2004, expedida por el Ministerio de la Protección Social, las pautas para efectuar la liquidación de derechos de sala, materiales y honorarios médicos, y los rangos manejados en la facturación de servicios según el régimen contributivo y subsidiado.
  
- Para el recontrol de los copagos cobrados a los usuarios, de acuerdo al tipo de contrato y a las tarifas manejadas con cada cliente institucional, el proceso de gestión financiera implementó en cada puesto de trabajo el “Manual de copagos” GR.M.02, con el fin que las auxiliares de los servicios conocieran los valores de los copagos a recaudar, por empresa, para así prestar información clara a los usuarios antes de la prestación del servicio y evitar la glosas por falta de cobro de copagos durante la facturación por empresa. Para la implementación de este manual se llevo a cabo una capacitación por parte de la jefe de gestión financiera y jefe de facturación a la auxiliar de consulta externa especializada, auxiliar de ayudas diagnósticas, auxiliar de cirugía oftalmológica, auxiliar de óptica y archivo, auxiliar de manejo de historias clínicas y recepcionista.

#### 7.3.4. MANEJO LOGÍSTICO

El proceso de manejo logístico abarca el mantenimiento de preventivo y correctivo de equipos oftalmológicos y de cómputo, mantenimiento del espacio físico de la institución, la disponibilidad de esterilización de insumos médico quirúrgicos en los diferentes servicios y el manejo de los residuos hospitalarios, de acuerdo al “Procedimiento de manejo logístico ML.PR.01.

- ✦ *Manejo de Equipos Oftalmológicos:* Para este aspecto se realizó una relación de los equipos con los que cuenta la institución en todos los servicios, se dio apertura de la hoja de vida de cada uno mediante el formato “Hoja de vida de equipos” ML.FR.01, con la colaboración del Jefe de mantenimiento y seguridad, en cada hoja de vida de equipo se anexó el “historial de mantenimiento” ML.FR.02 y se realizó un análisis de la criticidad del equipo y del tipo de control necesario, es decir, calibración, mantenimiento preventivo, comprobación de calibración y ajuste. De acuerdo a este análisis se anexó en la hoja de vida de los equipos que requerían calibración el formato “Certificado de calibración CEDCO LTDA” ML.FR.03 y en los equipos que requerían comprobación ó verificación de la calibración el formato “Verificación de calibración y funcionamiento de equipos de CEDCO LTDA.” ML.FR.10.

Seguidamente, se seleccionó a los proveedores de mantenimiento de equipos, con la colaboración del proceso de gestión de compras y se elaboró el cronograma de mantenimiento de equipos por proveedor, ya sea de mantenimiento correctivo ó de calibración, de acuerdo al formato “Cronograma de mantenimiento” ML.FR.04. Según el procedimiento en cada visita del proveedor de mantenimiento este entrega un soporte de servicio, diligencia el “Historial de mantenimiento” ML.FR.02 y si es servicio de calibración el formato “Certificado de calibración CEDCO LTDA” ML.FR.03, que se encuentra en la hoja de vida de cada equipo.

Una vez realizado el mantenimiento el profesional encargado de su uso es quien verifica que el equipo este en perfectas condiciones, para esto diligencia en el “Historial de mantenimiento” ML.FR.02 el espacio correspondiente a verificación del servicio.

Si los equipos presentan fallas en cada uno de los servicios, son reportados mediante el “Reporte de fallas” ML.FR.06 el cual se encuentra disponible en cada servicio, seguidamente se informa al Jefe de Logística para que realice el contacto con el proveedor encargado.

✚ *Manejo de Equipos de Cómputo:* Para equipos de cómputo se programaron mantenimientos de acuerdo al “Cronograma de mantenimiento” ML.FR.04 y en todas las visitas el proveedor diligencia “Historial de mantenimiento” ML.FR.02, por equipo.

✚ *Manejo del Espacio Físico:* Para el mantenimiento del espacio físico, semestralmente, el Jefe de mantenimiento y seguridad realiza el “Cronograma de mantenimiento – Espacio físico CEDCO LTDA” ML.FR.11, el cual va encaminado al mejoramiento de pisos, ventanas, adecuaciones de equipos, instalación de dispositivos de ventilación, etc. El jefe de logística es el encargado de verificar el cumplimiento del cronograma.

Además, diariamente la auxiliar de servicios generales realiza mantenimiento a las condiciones de aseo de toda la institución y el cumplimiento de dichas actividades es verificado diariamente por el jefe de logística mediante el diligenciamiento de “Verificación de actividades de servicios generales” ML.FR.12.

Si existe la necesidad de algún arreglo locativo, debe ser solicitado al jefe logística mediante el diligenciamiento de “Solicitud de arreglo de

infraestructura” ML.FR.07, para que éste pueda pedir los recursos necesarios para el arreglo al proceso de compras.

## 8. EVALUACION DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION

Después de haber ejecutado el plan de trabajo para cumplir con los objetivos de esta práctica empresarial, el siguiente paso es la evaluación de la eficacia de la implementación, fue así como se utilizó, el proceso de auditorías internas de calidad como herramienta para verificar que el Sistema de Gestión de la Calidad de CEDCO LTDA cumpliera con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000

### 8.1. AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Con el objeto de verificar paso a paso cada actividad de la implementación y poder tomar acciones correctivas basadas en las no conformidades evidenciadas inmediatamente, la Coordinadora Administrativa y de Calidad junto con la Facilitadora de Calidad, realizaron la programación de las auditorías de los diferentes procesos el día 20 de Febrero de 2006. Este primer ciclo de auditorías permitió que tanto los coordinadores de procesos, como los participantes evidenciaran el conocimiento y el manejo dado al sistema de gestión de la calidad implementado, aspecto que resulta favorable como entrenamiento para la auditoría de certificación. A continuación se presenta la programación:

**TABLA 33. Programación De Auditorias**

PROCESO	FECHA AUDITORIA
MEJORAMIENTO CONTINUO	15 DE MAYO DE 2006
MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES	15 DE MAYO DE 2006
MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS	15 DE MAYO DE 2006
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	15 DE MAYO DE 2006

PROCESO	FECHA AUDITORIA
SERVICIO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA	15 DE MAYO DE 2006
SERVICIO DE OPTICA	16 DE MAYO DE 2006
GESTION DE COMPRAS	16 DE MAYO DE 2006
GESTION DE RECURSO HUMANO	16 DE MAYO DE 2006
MANEJO LOGISTICO	16 DE MAYO DE 2006
SERVICIO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	16 DE MAYO DE 2006
AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD	16 DE MAYO DE 2006
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	17 DE MAYO DE 2006
GESTION FINANCIERA	17 DE MAYO DE 2006

**TABLA 33. Programación De Auditorias**

El equipo auditor estuvo conformado por la auditora de la empresa de consultoría Con Calidad como auditora líder, la Coordinadora Administrativa y de Calidad y la Facilitadora de Calidad como equipo auditor. Las auditorias fueron realizadas de acuerdo al “Procedimiento de Auditorias Internas” AIC.PR.01.

La auditoria comenzó con una reunión de apertura con todo el personal en la cual se hicieron las respectivas presentaciones, se leyó el plan de auditoria y se explicó el objetivo de la auditoria, los criterios utilizados y la metodología utilizada.

En el transcurso de la auditoria se entrevistó a cada uno de los coordinadores de procesos del sistema de gestión de la calidad y sus participantes, se verificó el cumplimiento de la norma y de cada uno de los procedimientos, instructivos, guías y manuales aplicables a cada uno de los procesos, la Facilitadora de Calidad auditó los procesos de quien era responsable el auditor líder y viceversa, cada auditor tomó nota de los hallazgos, en las listas de verificación realizadas para cada proceso.

Terminadas las entrevistas con cada uno de los coordinadores del proceso, el equipo auditor realizó la reunión de conclusiones, con el objetivo de definir

debilidades, fortalezas, no conformidades, conclusiones y recomendaciones para mejorar.

La auditoria terminó con una reunión de cierre en la cual se leyeron las debilidades, fortalezas, no conformidades, conclusiones y recomendaciones para mejorar, las cuales se encuentran relacionadas en el informe de auditoria dentro del Anexo 6. La evidencia de las auditorias realizadas se encuentran en:

- Programación de auditorias. AIC.PR.01-FR.01 (Anexo 4)
- Plan de auditoria. AIC.PR.01-FR.04 (Anexo 5)
- Lista de verificación. AIC.PR.01-FR.03
- Informe de auditoria. AIC.PR.01-FR.02 (Anexo 6 )

Durante la auditoria se encontraron dos No Conformidades Mayores, debido a la repetición de no conformidades menores, la primera hace referencia a la falta de concordancia de los números de actualización de los procedimientos de control de documentos, control de registros, acciones correctivas y preventivas y lo relacionado en el listado maestro de documentos internos, y la segunda por la falta de inclusión de los cargos de los coordinadores de procesos en el organigrama, y la falta de definición de las competencias de estos cargos.

Una vez fue entregado el informe de la auditoria a los respectivos coordinadores de proceso, se dio inicio al tratamiento de las no conformidades y acciones de mejora presentadas por medio de la aplicación del procedimiento de acciones correctivas y preventivas.

Cada dueño de proceso emprendió las acciones correctivas y preventivas derivadas de la primera auditoria y las implementó satisfactoriamente, se realizó la primera revisión gerencial, el informe de revisión por la dirección del sistema de gestión reposa en la Gerencia de CEDCO LTDA.

### 8.1.1. PLAN DE MEJORA BASADO EN LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA

El plan de mejora se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua y por tanto, en una de las principales fases a desarrollar dentro del mismo. La elaboración de dicho plan requiera el respaldo y la implicación de todas las personas que participan en cada uno de los procesos.

De acuerdo a las no conformidades encontradas en la auditoria y a las recomendaciones de mejora se estableció el plan de mejora basado en la auditoria interna, el cual se encuentra en el Anexo 7.

Este plan fue implementado en su totalidad, ya que su cumplimiento fue el único requisito establecido por la gerencia, para la solicitud de la auditoria de certificación al ente certificador, ICONTEC.

Los resultados de la implementación del plan de mejora, se reflejan en los indicadores de gestión obtenidos en el mes de Julio de 2006, relacionados en el informe de resultados de indicadores de gestión, ver Anexo 8.

## 8.2. AUDITORIA DE CERTIFICACION

La auditoria de certificación fue ejecutada durante los días 31 de Agosto y 1 de Septiembre de 2006, siendo el ente certificador ICONTEC, representado por la Ingeniera Maria Teresa Cortes como auditoria líder y como especialista la Optómetra Marcela Prince.

Los objetivos de la auditoria de certificación fueron:

- Determinación del grado de conformidad del sistema de gestión de calidad con los requisitos establecidos en la norma técnica colombiana ISO 9001:2000.
- Evaluación de la capacidad del sistema de gestión de la calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios del servicio.
- Evaluación de la eficacia del sistema de gestión de la calidad para logra los objetivos de calidad y el cumplimiento de la política de calidad.
- Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión de la calidad.
- Obtener la certificación por parte de ente certificador, ICONTEC.

El resultado de la auditoria fue la recomendación del otorgamiento de la certificación por parte de la Auditora encargada, y el hallazgo de dos no conformidades menores, en las que CEDCO LTDA tomó las respectivas acciones correctivas. Estas fueron:

1. No se evidencia calibración de los termómetros ubicados en las neveras de medicamentos y en el depósito.
2. No se evidencia el control de los medicamentos que hacen parte del carro de paro, durante la semana del 28 de Agosto de 2006.

## 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 9.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL	LOGROS	CAPITULO
<p>Diseñar, documentar e implementar un sistema de gestión de la calidad para los servicios de Óptica, Consulta Externa Especializada, Ayudas Diagnósticas y Cirugía Oftalmológica, del Centro de Diagnóstico y Cirugía Ocular CEDCO LTDA, basado en el cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001: 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se diseñaron, documentaron e implementaron todos los procesos que conforman el sistema de gestión de la calidad de CEDCO LTDA.</li> <li>■ Se cuenta con una estructura documental por procesos, la cual fue implementada eficazmente, teniendo en cuenta los requisitos de la norma ISO 9001, requisitos reglamentarios y requisitos internos de la institución.</li> </ul>	<p>Capítulos 4 al 7</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	LOGROS	CAPITULO
<p>Realizar un diagnóstico del sistema de gestión la de calidad, para evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma.</p>	<p>Mediante el informe de diagnóstico se dio a conocer a la organización el estado actual del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001, sirviendo como base para la elaboración del plan de trabajo.</p>	<p>Capítulo 3</p>
<p>Realizar acompañamiento en la planificación del sistema de gestión de la calidad.</p>	<p>Se acompañó en la planificación del SGC de CEDCO LTDA, como participante del equipo líder, durante la definición de la política y objetivos de calidad, indicadores para monitorizar el cumplimiento de los objetivos de calidad y la definición de las primeras caracterizaciones de procesos.</p>	<p>Capítulo 4</p>

OBJETIVOS ESPECIFICOS	LOGROS	CAPITULO
Capacitar y sensibilizar al personal en las actividades planificadas para el sistema de gestión de la calidad de CEDCO LTDA.	Personal capacitado en cuanto a los requisitos de la norma ISO 9001 y el Sistema de Gestión de la Calidad de la empresa, en un 96%.	Capítulo 5
Elaborar en conjunto con el personal la documentación necesaria para el sistema de gestión de la calidad de la institución, de tal manera que suministre la información necesaria para que los procesos desarrollados por la organización cumplan con los requisitos exigidos.	La documentación se desarrolló con la participación activa de todo el personal, generándose manuales de procedimientos para cada uno de los procesos que conforman el SGC. Mediante esta documentación se establecieron los requisitos internos para cada uno de los procesos.	Capítulo 6
Acompañar en la implementación del sistema de gestión de la calidad a la organización.	Se suministro apoyo en la implementación del SGC en cada uno de los procesos de la institución, capacitando al personal en el manejo de los documentos y formatos planificados y verificando la adecuada aplicación en cada puesto de trabajo.	Capítulo 7

OBJETIVOS ESPECIFICOS	LOGROS	CAPITULO
Realizar seguimiento a la implementación de los procesos, mediante la definición y el establecimiento de indicadores de gestión que permitan medir la mejora de los mismos.	El seguimiento a la implementación tuvo como base la elaboración del manual de indicadores de gestión, ajustándolos para lograr una medición real, se diseñaron las herramientas para la recolección de datos y a partir del mes de Diciembre se elaboraron informes de desempeño del proceso y se presenta el informe de la primera medición de indicadores y la última realizada con la implementación del plan de mejora propuesto.	Numeral 7.1.2
Realizar auditorias internas de calidad para verificar la efectividad del sistema de gestión de la calidad.	Se desarrolló un ciclo de auditorias internas, haciendo parte del equipo auditor, los días 15, 16 y 17 de Mayo de 2006, elaborando el plan de auditoria, las listas de verificación y la ejecución de las mismas, y el informe de auditoria.	Numeral 8.1.
Acompañar en la toma de acciones correctivas y preventivas a los procesos de la organización para establecer planes de mejora.	Mediante la realización de los comités de calidad se entreno al personal, en la documentación de acciones preventivas y correctivas, generando compromiso tanto en la implementación como en el seguimiento de las acciones, por parte de los coordinadores de procesos.	Numerales 7.1.2 –8.1.1
Acompañar a la organización durante la auditoria de certificación.	Acompañamiento durante la auditoria de certificación durante el 31 de Agosto y el 1 de Septiembre de 2006. Logrando la recomendación de certificación por parte del auditor externo.	Numeral 8.2.

## 9.2. CONCLUSIONES.

- Mediante la implementación del SGC en CEDCO LTDA, se dio paso a la cultura PHVA permitiendo que los procesos se gestionen de una manera más organizada y controlada, detectando con facilidad las oportunidades de mejora.
- El éxito de la implementación SGC de CEDCO se fundamenta en la realización adecuada del diagnóstico, el establecimiento del respectivo plan de acción y por último en la evaluación permanentemente y seguimiento realizado al sistema.
- La realización de las jornadas de capacitación y sensibilización, referentes a la norma ISO 9001 y a la implementación del SGC, permitieron la apropiación de los conocimientos necesarios para la implementación del sistema y el cambio en la cultura organizacional hacia el mejoramiento continuo y satisfacción del cliente.
- Se documentaron los procesos, elaborando e implementando todos los instrumentos necesarios para establecer los métodos de operación de la empresa, evidenciando la planificación apropiada del sistema.
- La implementación del SGC permite a la empresa tener un mejor control de su operación mediante la estandarización de los procesos y la identificación de su interrelación, dirigiendo los esfuerzos hacia el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Con la realización del informe de indicadores de gestión, basado en datos reales de los diferentes procesos, se evalúa el desempeño del sistema de gestión de la calidad y facilita la toma de decisiones y acciones de mejora de la organización
- En la implementación del SGC se contó con la participación activa del personal de la empresa, quienes mediante el aporte de su conocimiento y experiencia se convirtieron en pieza clave para consecución de un

sistema de gestión de la calidad acorde a los requisitos de la NTC – ISO 9001:2000.

### 9.3. RECOMENDACIONES

- Al realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad, éstos deben ser comunicados lo más pronto posible a los coordinadores de los procesos, para que no exista desinformación y por ende se presenten no conformidades. Revisar continuamente el sistema de gestión de la calidad para asegurar una mejora continua del mismo, a través de la realización de los comités de calidad implementados y la documentación e implementación de acciones correctivas y preventivas.
- Capacitar y sensibilizar permanentemente a todo el personal de CEDCO LTDA, ya que este constituye la base fundamental para obtener buenos resultados en el proceso mantenimiento y mejora del sistema de gestión de la calidad de la organización.
- Revisar el estado de actualización de todos los documentos del SGC para evitar el uso de documentos obsoletos y seguir implementando los procesos los procesos que se vayan actualizando.
- Seguir realizando las mediciones mensuales de los indicadores de gestión implementados y su respectivo análisis por parte de los coordinadores de procesos.
- Revisar continuamente los requisitos reglamentarios aplicados a la organización, ya que por la naturaleza del sector, la normatividad aplicada a las IPS, cambia constantemente por el ente reglamentario, el Ministerio de la Protección Social. Una vez conocidos y analizados los cambios, comunicarlos a los coordinadores de procesos y adaptar el SGC para el cumplimiento de dichos requisitos.

- Implementar el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), teniendo como herramientas la medición de la satisfacción del usuario y el manejo dado al buzón de sugerencias.
  
- Realizar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), tomando como base las auditorias internas de calidad realizadas y las oportunidades de mejora identificadas durante la auditoria de certificación, para así dar cumplimiento al Decreto 1011 de 2006 en lo referente a este componente.
  
- Iniciar el proceso de acreditación institucional, basándose en el mantenimiento, mejora del SGC y en la verificación del cumplimiento de los estándares de acreditación, los cuales se encuentran contemplados en el manual de estándares del Sistema Único de Acreditación, del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1445 de 2006.
  
- Establecer planes de mejora orientados hacia el cumplimiento de los indicadores de gestión cuyo desempeño mejoró notablemente respecto a la primera medición pero no alcanzaron a cumplir la meta planteada por la empresa, durante la realización de la práctica empresarial.

## **BIBLIOGRAFIA**

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Manual para las pequeñas empresas. Guía sobre la norma ISO 9001:200, Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2001.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño. NTC ISO 9004. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. NTC ISO 9000. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. NTC ISO 9001. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de gestión de la calidad. Directrices para las auditorias de calidad. NTC ISO 19011. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Manual industrial del servicio. Guía sobre la norma. NTC ISO 9001:2000. Santa Fé de Bogotá D.C. ICONTEC 2002.

GOMEZ PAVA, Gladis. Documentación del sistema de gestión de la calidad de los procesos de crédito en COPACREDITO LTDA, basado en la NTC ISO 9001:2000

Portafolio de servicios CEDCO LTDA

<http://www.icontec.org.co/certificacion.asp>

# **ANEXOS**

# **ANEXO 1. Informe de Diagnóstico**



## INFORME DE DIAGNOSTICO

**F- GO01-03**

EMPRESA: CEDCO LTDA  
 REMITIDO: DRA. LINA DIAZ TORRES  
 ELABORADO POR: ING. WUILMER CORREA – ADRIANA LUCIA MOROS LEON  
 FECHA DE REALIZACION: 28 DE OCTUBRE DE 2005  
 NORMA QUE APLICA: NTC – ISO 9001. ALCANCE: SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA, EXAMENES DE DIAGNOSTICO DE BIOMETRIA, CAMPIMETRIA, YAG LASER, LASER DE ARGON, ANGIOGRAFIA, SERVICIO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA, SERVICIO DE OPTICA

REQUISITO	EXIGENCIA DE LA NORMA	EXISTE		FALTA			
		SI	NO	E	I	M	
REQUISITOS GENERALES	IDENTIFICACION DE PROCESOS		X	X			IDENTIFICACION DE MANERA INFORMAL DE LOS PROCESOS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS DE LA EMPRESA
	SECUENCIA E INTERACCION		X	X			ACTIVIDAD POR DESARROLLAR
	METODOS DE CONTROL		X	X			ACTIVIDAD POR DESARROLLAR
DOCUMENTACION	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS	X				X	EXISTE MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS. PROTOCOLOS DE CIRUGIA
	MANUAL DE CALIDAD		X	X			DOCUMENTO POR ELABORAR
	CONTROL DE DOCUMENTOS		X	X			DOCUMENTO POR ELABORAR
	CONTROL DE REGISTROS		X	X			DOCUMENTO POR ELABORAR. SE MANTIENE UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS Y ARCHIVOS DE OFICINA
RESPONDABILIDAD DE LA DIRECCION	POLITICA DE CALIDAD		X	X			DIRECTRIZ A DEFINIR
	OBJETIVOS DE CALIDAD		X	X			ACTIVIDAD POR DESARROLLAR
	OBJETIVOS ESPECIFICOS PARA LOS PROCESOS		X	X			ACTIVIDAD POR DESARROLLAR
	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION DEFINIDA EN LA ORGANIZACION	X				X	SE ENCUENTRAN DEFINIDOS EN EL MANUAL DE FUNCIONES. SE CUENTA CON UN ORGANIGRAMA EL CUAL ESTA DESACTUALIZADO
	REPRESENTANTE DE LA DIRECCION	X			X		DRA. LINA GISELLA DIAZ TORRES
	COMUNICACIÓN INTERNA	X				X	COMUNICACIÓN DIRECTA CON EL PERSONAL POR MEDIO DE CIRCULARES
	REVISION POR LA DIRECCION		X	X			ACTIVIDAD POR DESARROLLAR

## **ANEXO 2. Plan de Trabajo del SGC de CEDCO LTDA.**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
FUNDAMENTACION																																					
Introducción a la Norma ISO 9001	Asesor – Facilitadora																																				
Gestión por procesos	Asesor – Facilitadora																																				
Elaboración del Mapa de procesos y caracterizaciones de los procesos	Coordinadora de calidad y de procesos – Facilitadora																																				
Direccionamiento estratégico	Asesor – Facilitadora																																				
Elaboración de Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad	Gerente																																				
Indicadores de Gestión	Asesor – Facilitadora																																				
Elaboración de indicadores de objetivos de calidad y procesos	Asesor – Coordinadores de procesos – Facilitadora																																				
Elaboración del procedimiento documentado de control de documentos y control de registros.	Coordinadora de calidad – Facilitadora de Calidad.																																				
Gestión de Recursos	Asesor – Facilitadora																																				

**ANEXO 2. Plan De Trabajo del SGC De CEDCO LTDA**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO											
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Elaboración de perfiles de cargos, procedimiento de recurso humano y manejo de infraestructura	Coordinadores de procesos – Facilitadora																																								
Prestación del servicio I (Planificación, proceso relacionado con el cliente)	Asesor – Facilitadora																																								
Prestación del servicio II (Compras, prestación del servicio)	Asesor – Facilitadora																																								
Elaboración del procedimiento de compras.	Coordinadores de Procesos – Facilitadora																																								
Elaboración de los procedimientos de las actividades de los servicios.	Coordinadores de procesos - Facilitadora																																								
Prestación de servicio III (Control de dispositivos de seguimiento y medición)	Asesor – Facilitadora																																								
Elaboración del procedimiento sobre el control de los dispositivos de seguimiento y medición (Manejo logístico)	Coordinadores de procesos - Facilitadora																																								

**ANEXO 2. Plan De Trabajo del SGC De CEDCO LTDA**





## **ANEXO 3. Informe de capacitaciones.**



**INFORME DE CAPACITACIONES  
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR – CEDCO LTDA**

INFORME REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON

CAPACITADORES: ING. WULMER CORREA – ADRIANA MOROS – DRA. LINA DIAZ

PERIODO: NOVIEMBRE 2005 A JULIO 2006

<b>TEMA DE CAPACITACION</b>	<b>CAPACITADOR</b>	<b>HORAS</b>	<b># PERSONAS PROGRAMADAS</b>	<b># PERSONAS ASISTENTES</b>	<b>% ASISTENCIA</b>
SENSIBILIZACION SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN CEDCO LTDA	CONSULTOR - FACILITADORA	1	24	24	100%
INTRODUCCION A LA NORMA ISO 9001:2000	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	20	83%
GESTION POR PROCESOS	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	21	88%
PLANEACION ESTRATEGICA: POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD	CONSULTOR - FACILITADORA	3	20	18	90%
PLANEACION ESTRATEGICA: INDICADORES DE GESTION	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	23	96%
DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	21	88%
GESTION DE RECURSOS	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	20	83%
PRESTACION DEL SERVICIO I (PROCESOS RELACIONADOS POR EL CLIENTE)	CONSULTOR - FACILITADORA	1,5	24	22	92%
PRESTACION DEL SERVICIO II (COMPRAS, PRESTACION DEL SERVICIO)	CONSULTOR - FACILITADORA	2,5	24	22	92%

**ANEXO 3. Informe De Capacitaciones**



**INFORME DE CAPACITACIONES  
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR – CEDCO LTDA**

INFORME REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON

CAPACITADORES: ING. WULMER CORREA – ADRIANA MOROS – DRA. LINA DIAZ

PERIODO: NOVIEMBRE 2005 A JULIO 2006

TEMA DE CAPACITACION	CAPACITADOR	HORAS	# PERSONAS PROGRAMADAS	# PERSONAS ASISTENTES	% ASISTENCIA
PRESTACION DEL SERVICIO III (CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	21	88%
MEDICION ANALISIS Y MEJORA I (SEGUIMIENTO, MEDICION Y CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	22	92%
MEDICION ANALISIS Y MEJORA II (ANALISIS DE DATOS Y MEJORA CONTINUA)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	23	96%
REFUERZO NORMA ISO 9001:2000	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	23	96%
REPASO NORMA ISO 9001	CONSULTOR - FACILITADORA	1	24	20	83%
COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCCUPACIONAL COPASO	FACILITADORA	1	24	17	71%
EVALUACION DE LA NORMA ISO 9001:2000	CONSULTOR - FACILITADORA	2	24	23	96%
DECRETO 2309 DE 2002: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD	FACILITADORA	2	24	18	75%
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EN CEDCO LTDA	FACILITADORA	1	24	21	88%
IMPLEMENTACION DE CINCO ESES EN CEDCO LTDA	COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD - FACILITADORA	2	24	22	92%

**ANEXO 3. Informe De Capacitaciones**



**INFORME DE CAPACITACIONES  
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR – CEDCO LTDA**

**INFORME REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON**

**CAPACITADORES: ING. WULMER CORREA – ADRIANA MOROS – DRA. LINA DIAZ**

**PERIODO: NOVIEMBRE 2005 A JULIO 2006**

<b>TEMA DE CAPACITACION</b>	<b>CAPACITADOR</b>	<b>HORAS</b>	<b># PERSONAS PROGRAMADAS</b>	<b># PERSONAS ASISTENTES</b>	<b>% ASISTENCIA</b>
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS EN CEDCO LTDA	FACILITADORA	1	24	22	92%
PROCEDIMIENTO DE PRODUCTO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS EN CEDCO LTDA	CONSULTOR - FACILITADORA	3	24	21	88%
RESOLUCION 1995 Y 1715. MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS	FACILITADORA	1	24	20	83%
REFUERZO I: REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2000 (PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	9	9	100%
PROCEDIMIENTO DE COMPRAS EN CEDCO LTDA	FACILITADORA	1	24	23	96%
REFUERZO II: REQUISITOS DE LAN ORMA ISO 9001:2000 (PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	9	8	89%
EVALUACION CAPACITACION REFUERZO DE LA NTC ISO 9001:2000	CONSULTOR - FACILITADORA	2	9	9	100%
INDICADORES DE GESTION EN CEDCO LTDA: MANUAL DE INDICADORES DE GESTION	FACILITADORA	2	24	22	92%
PROCEDIMIENTO DE MANEJO LOGISTICO Y MANEJO DE REPORTE DE FALLAS	FACILITADORA	1	24	22	92%
PROCEDIMIENTO DE RECURSO HUMANO Y MANEJO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO	JEFE DE PERSONAL-CONSULTOR	1	24	23	96%

**ANEXO 3. Informe De Capacitaciones**



**INFORME DE CAPACITACIONES  
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR – CEDCO LTDA**

**INFORME REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON**

**CAPACITADORES: ING. WULMER CORREA – ADRIANA MOROS – DRA. LINA DIAZ**

**PERIODO: NOVIEMBRE 2005 A JULIO 2006**

<b>TEMA DE CAPACITACION</b>	<b>CAPACITADOR</b>	<b>HORAS</b>	<b># PERSONAS PROGRAMADAS</b>	<b># PERSONAS ASISTENTES</b>	<b>% ASISTENCIA</b>
TALLER I: REFUERZO DE LA NORMA ISO 9001:2000 (PERSONAL DIVIDIDO EN 2 GRUPOS)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	14	14	100%
TALLER II: REFUERZO DE LA NORMA ISO 9001:2000 (PERSONAL DIVIDIDO EN 2 GRUPOS)	CONSULTOR - FACILITADORA	2	10	10	100%
REFUERZO CINCO ESES	FACILITADORA	2	20	18	90%
DECRETO 1011 DE 2006: MODIFICACION DEL DECRETO 2309 DE 2002	FACILITADORA	1	24	22	92%
MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	SANDESOL - FACILITADORA	1	24	23	96%
MANEJO DE FORMATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA NORMA I	FACILITADORA	1	24	21	88%
MANEJO DE FORMATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA NORMA II	COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD - FACILITADORA	2	24	21	88%
COMITÉ DE INFECCIONES Y ETICA HOSPITALARIA	COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD - FACILITADORA	2	20	19	95%



**INFORME DE CAPACITACIONES  
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OCULAR – CEDCO LTDA**

INFORME REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON

CAPACITADORES: ING. WUILMER CORREA – ADRIANA MOROS – DRA. LINA DIAZ

PERIODO: NOVIEMBRE 2005 A JULIO 2006

<b>TEMA DE CAPACITACION</b>	<b>CAPACITADOR</b>	<b>HORAS</b>	<b># PERSONAS PROGRAMADAS</b>	<b># PERSONAS ASISTENTES</b>	<b>% ASISTENCIA</b>
SOCIALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y MANUAL DE PERFILES	JEFE DE PERSONAL - FACILITADORA	2	24	23	96%
PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS (CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, AYUDAS DIAGNOSTICAS, CIRUGIA OFTALMOLOGICA Y SERVICIO DE OPTICA)	COORDINADORES DE PROCESOS - FACILITADORA	8	24	24	100%
<b>TOTAL HORAS DE CAPACITACION</b>		<b>74</b>	<b>PROMEDIO ASISTENCIA</b>		<b>91%</b>
<b>PERSONAS NO ASISTENTES A CAPACITACIONES</b>		<b>1 MEDICO OFTAMOLOGO</b>	<b>PORCENTAJE DE PERSONAS CAPACITADAS</b>		<b>96%</b>

**ANEXO 3. Informe De Capacitaciones**

## **ANEXO 4. Programación de Auditorias.**



PROGRAMACION DE AUDITORIAS

CODIGO: AIC.PR.01 – FR.01
VERSION: 0
FECHA: 21 / 11 / 05

OBJETIVO:DEFINIR LA PLANIFICACION DE LAS AUDITORIAS A REALIZAR A TODOS LOS PROCESOS DE CEDCO LTDA

RESPONSABLE: LINA DIAZ TORRES PERIODO: MARZO 2006 – AGOSTO 2006 FECHA DE REALIZACION: 20 DE FEBRERO DE 2006

PROCESO	MARZO / 06				ABRIL / 06				MAYO / 06				JUNIO / 06				JULIO / 06				AGOSTO / 06											
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4								
CONSULTA EXTERNA																									8-9-10	17-18-19						
SERVICIO DE OPTICA																													8-9-10	17-18-19		
GESTION DE COMPRAS																													8-9-10	17-18-19		
GESTION DE RECURSO HUMANO																													8-9-10	17-18-19		
MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS																													8-9-10	17-18-19		
MEJORAMIENTO CONTINUO																													8-9-10	17-18-19		
MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES																													8-9-10	17-18-19		



PROGRAMACION DE AUDITORIAS

CODIGO : AIC.PR.01 – FR.01
VERSION: 0
FECHA: 21 / 11 / 05

PROCESO	MARZO / 06				ABRIL / 06				MAYO / 06				JUNIO / 06				JULIO / 06				AGOSTO / 06			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
GESTION FINANCIERA									17 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		
CIRUGIA OFTALMOLOGICA									15 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		
MANEJO LOGISTICO									16 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		
AYUDAS DIAGNOSTICAS									16 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		
AUDITORIAS INTERNAS									16 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO									17 P-E												8-9-10 P-R	17-18-19 P		

AUDITORIA INTERNA



AUDITORIA DE CERTIFICACION



Aprobado por: LINA DIAZ TORRES

Fecha de Actualización: 15 DE JUNIO DE 2006

## **ANEXO 5. Plan de Auditoria**



## PLAN DE AUDITORIA

<b>CODIGO:</b> AIC.PR.01-FR.04
<b>VERSION:</b> 0
<b>FECHA:</b> 21 / 11 / 05

**PROCESO AUDITADO:** Todos los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad

**FECHA DEL PLAN:** 9 de Mayo de 2006      **FECHA AUDITORIA:** 15,16 y 17 de Mayo de 2006

**OBJETIVO:** Evidenciar la eficacia del SGC implementado en los servicios integrales en el área de la salud visual (Consulta oftalmológica, cirugía oftalmológica, servicio de óptica y exámenes especializados).

**CRITERIOS:** NTC-ISO 9001 versión 2000, Manual de Calidad de Cedco MC.M.01, Decreto 1011 del 2006, Procedimientos y demás documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad.

**AUDITOR LIDER:** Luz Maryuri Camacho Florez (LMC)

**EQUIPO AUDITOR:** Adriana Lucía Moros León (ALML) - Lina Gisella Diaz Torres (LGDT)

HORA	ACTIVIDAD	AUDITADO	AUDITOR
<b>15.05.06</b> 8:00 am a 8:20 am	Reunión de Apertura	Personal de Cedco Ltda	LGDT-ALML
8:20 am a 10:30 am	Proceso de Mejoramiento Continuo, con presentación del Sistema de Gestión de Calidad	Lina Diaz Torres	LMC - ALML
10:30 am a 12:30 pm	Proceso Manejo de clientes Institucionales	Lina Diaz Torres	LMC - ALML
2:30 pm a 4:00 pm	Proceso de Servicio de cirugía oftalmológica	Juan Rafael Iguarán	LMC-LGDT-ALML
4:00 pm a 5:00 pm	Proceso Manejo de Historias clínicas	Herminda Franco	LMC-LGDT-ALML
5:00 p.m a 6:30 pm	Proceso de Servicio de Consulta especializada	Luis Miguel Girón	LMC-LGDT-ALML



**PLAN DE AUDITORIA**

<b>CODIGO:</b> AIC.PR.01-FR.04
<b>VERSION:</b> 0
<b>FECHA:</b> 21 / 11 / 05

<b>HORA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>AUDITADO</b>	<b>AUDITOR</b>
<b>16.05.06</b> 8:00 am a 9:30 am	Proceso Servicio de Ayudas Diagnósticas	Julia C. Agudelo	LMC-LGDT-ALML
9:30 am a 11:00 am	Proceso de Auditorias Internas de Calidad	Lina Diaz Torres	LMC-ALML
11:00 am a 12:30 pm	Proceso Servicio de Óptica	Adriana Gómez	LMC-LGDT-ALML
2:00 pm a 3:30 pm	Proceso Gestión de Compras	Lina Diaz Torres	LMC-ALML
3:30 pm a 5:00 pm	Proceso Gestión de Recurso Humano	Edinson Suarez	LMC-LGDT-ALML
5:00 pm a 6:30 pm	Proceso Manejo Logístico	Adriana Moros	LMC-LGDT
<b>17.05.06</b> 9:00 am a 10:00 am	Proceso Gestión Financiera	Edinson Suarez	LMC-LGDT-ALML
10:00 am a 11:30 am	Proceso Direccionamiento Estratégico	Lina Diaz Torres	LMC-ALML
11:30 am a 11:45 am	Análisis de Resultados y preparación de la reunión de cierre	----- ---	LMC-LGDT-ALML
11:45 am a 12:30 am	Reunión de Cierre	----- ----	LMC-LGDT-ALML

**NOMBRE AUDITOR LIDER:** LUZ MARYURY CAMACHO FLOREZ

**NOMBRES DEL EQUIPO AUDITOR:** ADRIANA LUCIA MOROS LEON

LINA GISELLA DIAZ TORRES

## **ANEXO 6. Informe de Auditoria**



## INFORME DE AUDITORIA

<b>CODIGO:</b>	AIC.PR.01-FR.02
<b>VERSION:</b>	0
<b>FECHA:</b>	21 / 11/05
<b>PAGINA</b>	<b>DE</b>

**PROCESO AUDITADO:** Todos los procesos del sistema de gestión de la calidad

**FECHA:** 15, 16 y 17 de Mayo de 2006

**OBJETIVO DE LA AUDITORIA:** Evidenciar la eficacia del SGC implementado en los servicios integrales en el área de salud visual (consulta externa especializada, ayudas diagnósticas, cirugía oftalmológica, servicio de óptica).

**CRITERIOS UTILIZADOS:** NTC-ISO 9001:2000- Manual de Calidad de CEDCO LTDA MC.M.01 – Decreto 1011 de 2006 – Procedimientos y demás documentos que hacen parte del sistema de gestión de la calidad.

**AUDITOR LIDER:** Luz Maryuri Camacho

**EQUIPO AUDITOR:** Adriana Moros León – Lina Diaz Torres

**PERSONAL ENTREVISTADO:** Lina Diaz Torres, Juan Rafael Igurán, Luis Miguel Girón, Adrianan Gómez, Julia Cristina Agudelo, Edinson Suarez, Herminda Franco y demás participantes de cada proceso.

### FORTALEZAS

Las siguientes fortalezas aplican a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad SGC:

- Disponibilidad, disposición y compromiso del personal.
- Conocimiento del SGC por parte del personal en todos los niveles de la organización.
- Liderazgo por parte de los Coordinadores de Procesos y la Gerencia.
- Participación de todo el personal en la documentación e implementación del SGC.
- Disponibilidad de los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos definidos.
- Cumplimiento de los requisitos legales.
- Identificación, recolección, almacenamiento de los registros.
- Documentación e implementación de acciones correctivas y preventivas por proceso.



## INFORME DE AUDITORIA

<b>CODIGO:</b> AIC.PR.01-FR.02
<b>VERSION:</b> 0
<b>FECHA:</b> 21 / 11/05
<b>PAGINA</b> DE

### DEBILIDADES

- Control de documentos internos en cuanto a la normalización y actualización (manuales , procedimientos y formatos).
- Referencia de cargos en los documentos del SGC los cuales no existen en el manual de funciones y en el organigrama.
- Falta de soporte de la implementación de los requisitos en el proceso de compras (reevaluación de proveedores) y en el proceso de manejo logístico (control de instrumentos de medición).

### NO CONFORMIDADES

#### NO CONFORMIDADES MAYORES

- 4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS: Se evidenció que los números de actualización de los procedimientos de control de documentos, control de los registros, acciones correctivas y preventivas, no corresponden con lo descrito en el listado maestro de documentos.
- 6.2. RECURSO HUMANO: Existen cargos referenciados en el manual de calidad que no están incluidos en el organigrama y no tienen definidas competencias (coordinador de compras, coordinador de recurso humano, coordinador de historias clínicas).

#### NO CONFORMIDADES MENORES

- 4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS: No se esta diligenciando el formato de turnos de cirugía en el formato normalizado. Se está diligenciando el formato Turnos de enfermería y este no se encuentra normalizado ni controlado.
- PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES MCI.PR.01: En el capítulo 5.1 en cuanto a la legalización del contrato de Saludcoop y Vivir, no se tienen los contratos de estos según lo definido en el procedimiento.
- PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS: No se tienen definidos en los documentos, cómo se reciben, registran y controlan las historias clínicas recibidas de los clientes institucionales (Ej: Fundación Médico Preventiva).



## INFORME DE AUDITORIA

CODIGO:	AIC.PR.01-FR.02
VERSION:	0
FECHA:	21 / 11/05
PAGINA	DE

### NO CONFORMIDADES

- 6.2. RECURSO HUMANO: No se encontró evidencia del cumplimiento de las competencias definidas en el manual de perfiles en cuanto a educación y formación. Del médico oftalmólogo Juan David Arias, faltan soportes de asistencia a seminarios y del Médico Anestesiólogo Carlos Perdomo, faltan soporte de educación y formación.
- PROCEDIMIENTO DE RECURSO HUMANO: No se encontró en la hoja de vida de Martha Andrea Suarez Trujillo la copia del certificado judicial y examen médico, según lo definido en el procedimiento de recurso humano el numeral de contratación.

### CONCLUSIONES

- Los resultados de la auditoria indican que el sistema de gestión de la calidad es eficaz en cuanto al cumplimiento de los requisitos definidos internamente, los reglamentarios, los del cliente y los de la NTC ISO 9001:2000.
- A la fecha el SGC esta en la etapa de implementación, verificación y mejoramiento.

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR

A continuación se presentan recomendaciones para mejorar por proceso:

#### DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

- Formalizar a todo el personal el cargo de Coordinador Administrativo y de Calidad como representante de la Gerencia.
- Definir el sistema de actualización de la Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Misión, Visión.
- Identificar el estado de actualización de los directrices que se encuentran publicadas e incluirlas en el listado maestro de documentos internos.
- Definir cómo se mide el grado de satisfacción de los socios. Esta es una premisa de la política de calidad.

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR

#### MEJORAMIENTO CONTINUO

- Revisar la interacción de los procesos en las caracterizaciones del manual de calidad.
- Definir el funcionamiento de los comités, quiénes participan y cada cuánto se reúnen.
- Analizar la conveniencia de tener incluido en el manual de calidad el despliegue de indicadores de gestión, ya que se recomienda incluirlo como un Anexo.
- Ampliar en el procedimiento de control de documentos cómo se lleva a cabo la actualización de los documentos externos.
- Revisar y complementar el listado maestro de documentos externos.
- Definir cómo se llevan a cabo las copias de seguridad como medio de recuperación de registros en medio magnético.
- Definir de manera específica el tiempo de retención de los registros.
- Complementar el procedimiento de control de registros, el control de los que se encuentran en medio magnético.
- Complementar el procedimiento de acciones correctivas y preventivas la metodología que se esta implementando para la investigación de causas.
- Aclarar qué es eficacia de las acciones.
- Incluir en el procedimiento de acciones correctivas y preventivas la revisión de no conformidades.
- Continuar con el refuerzo de capacitación en la redacción de no conformidades potenciales e investigación de causas.
- Definir el manejo de copias controladas y no controladas.
- Incluir el procedimiento de acciones correctivas y preventivas que las quejas son fuentes de una no conformidad.



## INFORME DE AUDITORIA

<b>CODIGO:</b>	<b>AIC.PR.01-FR.02</b>
<b>VERSION:</b>	<b>0</b>
<b>FECHA:</b>	<b>21 / 11/05</b>
<b>PAGINA</b>	<b>DE</b>

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR

#### AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

- Complementar en el procedimiento de auditorias internas los criterios para programar las auditorias, aclarar la frecuencia de realización de auditorias y definir de qué manera se realiza la conclusión de la auditoría.

#### MANEJO DE CLIENTES INSTITUCIONALES

- Incluir en el listado maestro de documentos externos los requisitos legales referenciados en la caracterización.
- Especificar cómo se notifica ó comunica al cliente el cumplimiento de los requisitos legales de habilitación por parte de CEDCO LTDA.
- Especificar cómo se realiza la venta del servicio a clientes particulares.
- Incluir los planes de calidad en el listado maestro de documentos internos.

#### SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, AYUDAS DIAGNOSTICAS, CIRUGIA OFTALMOLOGICA Y SERVICIO DE OPTICA

- Reforzar en el personal el cumplimiento del requisito "Validación de la prestación del servicio".
- Verificar las condiciones de legibilidad de los formatos utilizados en los procesos.
- Describir las características de "Manipulación con cuidado" dentro de los procedimientos.
- Estandarizar los criterios que se aplican para implementar acciones correctivas en un producto no conforme.
- En el proceso de servicio de óptica, definir los lineamientos para controlar los productos que nos son recogidos oportunamente por los usuarios.
- En el proceso de servicio de óptica, definir si los catálogos de lentes oftálmicos especiales, listas de referencias de monturas incluidos en la caracterización del proceso, se deben controlar como documentos externos.
- En el proceso de cirugía oftalmológica, definir si el personal en las zonas de ingreso restringidas puede usar maquillaje y accesorios.



## INFORME DE AUDITORIA

CODIGO:	AIC.PR.01-FR.02
VERSION:	0
FECHA:	21 / 11/05
PAGINA	DE

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR

#### MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS

- Revisar en la caracterización del proceso si el usuario es un proveedor de este proceso.
- Especificar el sistema de identificación de las historias clínicas con base en los documentos de identificación de colombianos y extranjeros.
- Ampliar los requisitos de confidencialidad en el manejo de historias clínicas.
- Identificar las zonas de archivo con acceso restringido.

#### GESTION DE COMPRAS

- Verificar el diligenciamiento de la ficha técnica de proveedor antiguos y nuevos.
- Aclarar la metodología para determinar la frecuencia de reevaluación de los proveedores.
- Agilizar el proceso de reevaluación de los proveedores.
- Mejorar en el procedimiento de compras la descripción de la información que se designa en los documentos de compras.

#### GESTION FINANCIERA

- En la caracterización incluir en los requisitos legales el régimen tributario y en requisitos de la norma el 6.1.
- Reforzar el entrenamiento en el manual de copagos.
- Revisar el tiempo de entrega de la facturación a los diferentes clientes institucionales.



## INFORME DE AUDITORIA

CODIGO:	AIC.PR.01-FR.02
VERSION:	0
FECHA:	21 / 11/05
PAGINA	DE

### RECOMENDACIONES PARA MEJORAR

#### MANEJO LOGISTICO

- Mejorar la identificación de zonas de almacenamiento, de evacuación, de disposición de residuos, lavandería, entre otros.
- Diseñar un método de registro para las jornadas de aseo y mantenimiento de la infraestructura.
- Llevar a cabo un análisis individual por cada instrumento de medición en el cual se definan claramente las necesidades de comprobación y/o calibración.
- Aclarar en los registros la evidencia del control de los equipos realizados por KAICA.
- Revisar los colores y bolsas para el manejo de residuos hospitalarios.

#### GESTION DE RECURSO HUMANO

- Incluir el COPASO como herramienta de seguimiento.
- Referenciar en el procedimiento de recurso humano el formato de programación de capacitaciones.
- Revisar los soportes de competencias, incluidos en las hojas de vida de todo el personal.

**LUZ MARYURY CAMACHO**  
AUDITOR LIDER

**LINA DIAZ TORRES**  
EQUIPO AUDITOR

**ADRIANA MOROS LEON**  
EQUIPO AUDITOR

## **ANEXO 7. Plan de Mejora basado en la Auditoria Interna de Calidad**

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
Jornada de revisión de la gestión por procesos.	Revisar la interacción de los procesos en las caracterizaciones del manual de calidad	<input checked="" type="checkbox"/> Coordinadores de procesos. <input checked="" type="checkbox"/> Facilitadora de calidad.	1 Día	Disponibilidad de los coordinadores de procesos.	18 de Agosto de 2006	Manual de Calidad en Versión No. 2 con adecuada interrelación de procesos.
Actualización de los procedimientos y registros obligatorios del SGC	<p>Actualizar el listado maestro de documentos externos, listado maestro de registros y listados maestro de documentos internos.</p> <p>Procedimiento de control de registros:            Incluir cómo se realiza el control de los registros en medio magnético, definir como se llevan a cabo las copias de seguridad de estos registros y realizar la primera por puesto de trabajo, además sensibilización al personal sobre el uso y la frecuencia de la copias de seguridad.</p> <p>Procedimiento de control de documentos:            Incluir e implementar mecanismos para la actualización de documentos externos, en lo referentes a decretos, resoluciones, normas y la frecuencia de revisión de la actualización. Definir el manejo dado a las copias controladas y no controladas</p>	Facilitadora de calidad  <input checked="" type="checkbox"/> Facilitadora de calidad <input checked="" type="checkbox"/> Coordinadora administrativa y de calidad	3 Días	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Humano <input checked="" type="checkbox"/> Papelera <input checked="" type="checkbox"/> Equipo de cómputo	15 de Julio de 2006	Listados actualizados, acuerdos con la documentación implementada  Rutas de acceso a los archivos en medio magnético en todos los equipos planificación de copias de seguridad y conocimiento del manejo, realización de las primeras copias el 12 de Junio de 2006
		<input checked="" type="checkbox"/> Facilitadora de calidad <input checked="" type="checkbox"/> Coordinadora administrativa y de calidad	3 Días	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Humano <input checked="" type="checkbox"/> Papelera <input checked="" type="checkbox"/> Equipo de cómputo	13 de Julio de 2006	Actualización de documentos externos mediante la consulta de Internet, la realización de capacitaciones suministradas por la secretaria de salud y la suscripción a revistas y entes reguladores de los requisitos aplicados a la empresa

### ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
	Procedimiento de acciones correctivas y preventivas: Referenciar la metodología utilizada en el análisis de causas, cómo se verifica la eficacia de las acciones y el seguimiento. Realizar capacitación sobre la documentación de acciones correctivas y preventivas y el análisis de causas. Incluir que las quejas son fuentes de no conformidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Facilitadora de calidad</li> <li>⑩Coordinadora administrativa y de calidad</li> </ul>	1 Semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Recurso Humano</li> <li>⑩Papelera</li> <li>⑩Equipo de cómputo</li> </ul>	4 de Julio de 2006	Inclusión de la metodología para el análisis de causas dentro del procedimiento, personal sensibilizado por los coordinadores de procesos y coordinadores capacitados por la facilitadora de calidad, sobre el análisis de causas y la definición de acciones correctivas y preventivas
Jornada de revisión del estado de actualización de documentos conforme al listado maestro de documentos internos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Identificación del estado de actualización de la política y objetivos de calidad, misión y visión en el listado maestro de documentos internos.</li> <li>⑩Revisar con el listado maestro de documentos todos los códigos, versiones y fechas de aprobación especificados en toda la documentación del sistema.</li> <li>⑩Verificación de la implementación de los formatos con las versiones actuales en cada puesto de trabajo, conforme al listado maestro de documentos internos y recolección de versiones obsoletas que se encuentren para su eliminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Facilitadora de calidad</li> <li>⑩Personal de procesos</li> </ul>	1 Semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Recurso Humano</li> <li>⑩Papelera</li> <li>⑩Equipo de cómputo</li> </ul>	18 de Julio de 2006	Documentos directrices codificados e incluidos en el listado maestro de documentos internos, listado maestro de documentos internos actualizado y acorde con los formatos y documentación implementada.
Implementar el manejo dado a clientes particulares en cada uno de los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Documentar el procedimiento de manejo de clientes particulares y realizar la sensibilización e implementación del mismo con los participantes de los procesos; manejo de historias clínicas, servicio de óptica, consulta externa, ayudas diagnósticas y cirugía oftalmológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Facilitadora de calidad</li> <li>⑩Coordinadores de procesos.</li> <li>⑩Participantes de procesos operativos.</li> </ul>	15 Dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Recurso Humano</li> <li>⑩Papelera</li> <li>⑩Equipo de cómputo</li> </ul>	23 de Junio de 2006	Estandarización del manejo dado a los clientes particulares en todos los servicios que presta CEDCO LTDA.
Revisión de la legibilidad de los formatos y registros utilizados en los procesos de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Realizar una auditoría con el objetivo de comprobar el diligenciamiento de los formatos utilizados en los servicios y tomar las acciones de mejora por parte de cada uno de los coordinadores de procesos.</li> <li>⑩Identificar los formatos cuya legibilidad no sea la adecuada y enviarlos a litografía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Facilitadora de calidad</li> <li>⑩Coordinadora administrativa y de calidad</li> </ul>	20 Dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩Recurso Humano</li> <li>⑩Papelera</li> </ul>	20 de Agosto de 2006	Identificación de los formatos cuyo diligenciamiento no era el adecuado, personal sensibilizado por los coordinadores de procesos, y papelera no legible enviada a tipografía.

## ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
Capacitación del personal en cuanto los procedimientos del SGC por proceso.	<p>⑩ Programar refuerzo de capacitación por proceso para sensibilizar al personal en el cumplimiento de los procedimientos definidos en cada uno de los procesos.</p> <p>⑩ Realizar capacitación para explicar el manejo dado a los diferentes productos no conformes de los procesos y definir cuando mediante un producto no conforme se debe implementar una acción correctiva.</p> <p>⑩ Jornada de refuerzo en los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y los requisitos reglamentarios que debe cumplir el SGC</p>	<p>⑩ Jefe de personal</p> <p>⑩ Consultor de calidad.</p> <p>⑩ Facilitadora de calidad</p> <p>⑩ Coordinadora administrativa y de calidad</p> <p>⑩ Coordinadores de procesos.</p>	30 Días	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Papelera</p> <p>⑩ Equipo de cómputo</p>	22 de Agosto de 2006	<p>Personal capacitado en la identificación y reporte de productos no conformes en todos los servicios, en los requisitos de la norma y legales, aplicados al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Inclusión dentro de los procedimientos de los servicios, cuando un producto no conforme, necesita la toma de acciones correctivas</p>
Definición de los diferentes tipos de documentos contractuales con los que se establecen relaciones comerciales con los clientes institucionales.	<p>⑩ Enviar carta a los clientes institucionales con los cuales no se tiene contrato legalizado, solicitando un documento contractual que evidencie las relaciones comerciales vigentes.</p> <p>⑩ Realizar la revisión de la vigencia de los contratos actuales y solicitar la renovación ó carta de intención a los clientes institucionales a los cuales la vigencia esta próxima a cumplirse.</p>	<p>⑩ Facilitadora de calidad</p> <p>⑩ Coordinadora administrativa y de calidad</p> <p>⑩ Mensajero</p>	20 Días	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Servicio de correo</p> <p>⑩ Transporte</p> <p>⑩ Papelera</p>	10 de Agosto de 2006	<p>Entrega de cartas de intención por parte de los clientes institucionales y renovación de los contratos cuyo vencimiento estaba próximo. Planes de calidad actualizados y comunicados al personal auxiliar.</p>
Implementación del control de productos no entregados en el servicio de óptica.	<p>⑩ Definición de la metodología para el manejo de los productos que no son reclamados por los usuarios en el servicio de óptica y de los formatos para la respectiva evidencia.</p> <p>⑩ Inclusión del manejo de productos no reclamados en el procedimiento del servicio.</p> <p>⑩ Sensibilización e implementación del procedimiento con los participantes.</p>	<p>⑩ Facilitadora de calidad</p> <p>⑩ Coordinadora de óptica</p> <p>⑩ Auxiliar de óptica y archivo.</p>	1 Semana	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Papelera</p> <p>⑩ Equipo de cómputo</p>	22 de Junio de 2006	<p>Baja de inventarios no reclamados, según lo definido en el procedimiento del servicio y acta de la reunión de dicha actividad</p>

### ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
Agilizar el proceso de reevaluación de proveedores y asegurar la disponibilidad de los registros de todos los proveedores con que cuenta el proceso de compras.	<p>⑩ Realizar revisión de las Fichas técnicas con el listado de proveedores actuales y solicitar las faltantes a los proveedores.</p> <p>⑩ Realizar la reevaluación de los proveedores faltantes, de acuerdo con el listado de proveedores.</p> <p>⑩ Realizar tabulación de la reevaluación de desempeño de proveedores y el informe de desempeño.</p> <p>⑩ Definir en el procedimiento de compras la frecuencia de la evaluación de proveedores actuales ó reevaluación de proveedores y sensibilizar a los participantes del proceso</p>	<p>⑩ Facilitadora de calidad</p> <p>⑩ Coordinadora administrativa y de calidad</p> <p>⑩ Jefe de compras</p>	20 Dias	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Papelería</p> <p>⑩ Equipo de cómputo</p>	1 de Agosto de 2006	Fichas técnicas de todos los proveedores relacionados en el listado de proveedores evaluación de los mismos, informe de desempeño de proveedores y definición de la frecuencia de evaluación de un periodo de 6 meses para proveedores antiguos y para proveedores nuevos, 2 pedidos
Implementar planificación de entrega de facturación a clientes institucionales.	<p>⑩ Realizar planificación de la facturación en donde se especifique las fechas en las que se debe enviar y el medio para enviar la facturación a los diferentes clientes institucionales</p>	<p>⑩ Jefe de gestión financiera.</p>	1 Dia	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Papelería</p> <p>⑩ Equipo de cómputo</p>	15 de Agosto de 2006	Cumplimiento en la planificación y disminución de las glosas por ocasionadas por la entrega por fuera de los plazos establecidos y conocimiento de la planificación por los participantes del proceso de gestión financiera.
Refuerzo del manual de copagos en las auxiliares de servicios	<p>⑩ Capacitación sobre el manual de copagos y su manejo a la auxiliar de consulta externa especializada, ayudas diagnósticas, cirugía oftalmológica, servicio de óptica, auxiliar de historias clínicas y recepcionista.</p> <p>⑩ Verificación de la disponibilidad del manual de copagos en medio magnético con la versión vigente en los equipos de las auxiliares</p>	<p>⑩ Jefe de gestión financiera.</p> <p>⑩ Auxiliar contable y calero.</p> <p>⑩ Facilitadora de calidad</p>	2 Dias	<p>⑩ Recurso Humano</p> <p>⑩ Equipo de cómputo</p>	15 de Agosto	Auxiliares de servicios operativos capacitadas en el manejo del manual y disminución en el pago de copagos del personal por el cobro inadecuado. Manual disponible en medio magnético por la intranet.

### ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
<p>Definición de confidencialidad y acceso restringido en el manejo del archivo de historias clínicas.</p>	<p>⑩ Definición de la identificación dada a los diferentes tipos de documentos de pacientes colombianos y extranjeros.  ⑩ Definición del almacenamiento dado a los mismos.  ⑩ Inclusión en el procedimiento de manejo de historias clínicas.  ⑩ Realización de sensibilización a las auxiliares de servicios y a la auxiliar de historias clínicas sobre el manejo dado a los diferentes tipos de documentos de identificación.</p>	<p>⑩ Auxiliar de óptica y archivo.  ⑩ Facilitadora de calidad.</p>	<p>2 Días</p>	<p>⑩ Recurso Humano  ⑩ Papelería  ⑩ Equipo de cómputo</p>	<p>19 de Julio de 2006</p>	<p>Procedimiento de manejo de historias clínicas actualizado, Auxiliares capacitadas en la identificación de los documentos en las historias clínicas.</p>
<p>Definición de confidencialidad y acceso restringido en el manejo del archivo de historias clínicas.</p>	<p>⑩ Establecer horarios de ingreso al archivo de historias clínicas.  ⑩ Definir el personal autorizado para el ingreso al archivo de historias clínicas.  ⑩ Identificar la entrada del archivo con los horarios de ingreso, el acceso restringido y el personal autorizado para el ingreso.  ⑩ Establecer una metodología para el ingreso de personal diferente al autorizado y que sea de la institución, mediante la solicitud de autorización por parte del coordinador del proceso.  ⑩ Incluir el manejo del acceso al archivo dentro del procedimiento de manejo de historias clínicas.  ⑩ Informar al personal sobre el manejo dado al ingreso del archivo.  ⑩ Implementar un código de ética y confidencialidad para todo el personal de CEDCO LTDA, en donde se garantice la confidencialidad de la información manejada tanto en las historias clínicas de los pacientes, como en la documentación del SGC de CEDCO LTDA.</p>	<p>⑩ Auxiliar de óptica y archivo.  ⑩ Facilitadora de calidad.  ⑩ Coordinadora administrativa y de calidad</p>	<p>2 Días</p>	<p>⑩ Recurso Humano  ⑩ Papelería  ⑩ Equipo de cómputo</p>	<p>20 de Julio de 2006</p>	<p>Identificación de los archivos de historias clínicas y delimitación de las zonas de acceso restringido, establecimiento de horarios para el ingreso del personal asignado para la búsqueda y archivo de historias clínicas y disminución del tiempo empleado para la búsqueda y archivo de historias. Según las auxiliares encargadas</p>

### ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPO	RECURSOS NECESARIOS	SEGUIMIENTO	
					FECHA	RESULTADO
Refuerzo del manejo dado a los residuos hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ Capacitación a todo el sobre el manejo dado a los residuos hospitalarios, solicitándola al proveedor encargado (SANDESOL).</li> <li>⑩ Actualización del instructivo de manejo de residuos hospitalarios en base a la capacitación.</li> <li>⑩ Revisión de la identificación de las zonas de almacenamiento, evacuación y disposición de residuos y solicitud al proceso de gestión de compras de los avisos faltantes para su colocación</li> <li>⑩ Revisión de la identificación y los colores de las canecas y bolsas colocadas en toda la institución, de acuerdo con los residuos manejados y solicitud a gestión de compras de las canecas faltantes para su adecuación.</li> </ul>	Jefe de logística (Facilitadora de calidad)	1 Mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ Recurso Humano</li> <li>⑩ Capacitador externo.</li> <li>⑩ Papelera</li> <li>⑩ Equipo de cómputo</li> <li>⑩ Bolsas plásticas</li> <li>⑩ Canecas.</li> <li>⑩ Avisos de identificación de zonas</li> <li>⑩ Recursos económicos</li> </ul>	31 de Mayo de 2006	Personal capacitado en el manejo de residuos hospitalarios para hacer uso eficiente de las canecas de la clínica, instructivo actualizado en base a la formación, zonas de almacenamiento identificadas y reubicación de las canecas en los servicios, de acuerdo al tipo de residuos manejados en cada puesto de trabajo.
Calibración de los dispositivos de medición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ Solicitar los certificados de calibración de las calibraciones realizadas por KAIKA durante el año anterior y los patrones utilizados en las mismas, a los equipos de exámenes de diagnóstico.</li> <li>⑩ Solicitar cotizaciones para la calibración de equipos del servicio de cirugía oftalmológica y realizar la programación del mismo.</li> <li>⑩ Seguir realizando la comprobación de la calibración de los equipos de consulta externa especializada: queratómetro, tonómetro y Lensómetro, con el apoyo del proveedor, revisar el diligenciamiento del certificado de calibración de estos equipos.</li> </ul>	Jefe de logística (Facilitadora de calidad)	2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑩ Recurso Humano</li> <li>⑩ Papelera</li> <li>⑩ Equipo de cómputo</li> <li>⑩ Recursos económicos</li> </ul>	4 de Agosto de 2006	Certificados de calibración de los equipos de exámenes de diagnóstico enviados por el proveedor con los respectivos patrones, calibración de los equipos de cirugía y el proveedor de mantenimiento de equipos de consulta se encuentra haciendo un diligenciamiento adecuado de los formatos del proceso, a la fecha.

### ANEXO 7. Plan De Mejora Basado En La Auditoria Interna de Calidad

## **ANEXO 8. Informe de Resultados de Indicadores de Gestión**



**CEDCO**  
Centro de Diagnóstico  
y Cirugía Ocular

**INFORME DE RESULTADOS DE INDICADORES DE GESTION  
PRIMERA MEDICION DICIEMBRE 2006 – ULTIMA MEDICION JULIO 2006  
FINALIZADO LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE MEJORA**

**REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON**

**APROBADO POR: LINA GISELLA DIAZ TORRES**

INDICADOR	PROCESO	META	RESULTADOS DE INDICADORES		META CUMPLIDA	
			PRIMERA MEDICION: DICIEMBRE 2006	ULTIMA MEDICION: JULIO 2006 (PLAN DE MEJORA IMPLEMENTADO)	SI	NO
Porcentaje de retraso en la atención de consulta externa especializada	Servicio de Consulta Externa Especializada	25%	34%	11%	X	
Oportunidad en la atención de consulta externa especializada	Servicio de Consulta Externa Especializada	3 Días	4.85 Días	3Días	X	
Tasa de citas canceladas	Servicio de Consulta Externa Especializada	10%	15%	11%		X
Porcentaje de retraso en la atención del servicio de ayudas diagnósticas	Servicio de Ayudas Diagnósticas	25%	34%	24%	X	
Porcentaje de retraso en el diligenciamiento de reportes de exámenes	Servicio de Ayudas Diagnósticas	36%	65%	27%	X	
Oportunidad en la atención de servicios de apoyo diagnóstico	Servicio de Ayudas Diagnósticas	5 Días	4.57 Días	3.32 Días	X	
Porcentaje de retraso en la atención de cirugía oftalmológica	Servicio de Cirugía Oftalmológica	25%	40%	14%	X	
Porcentaje de complicaciones en el servicio de cirugía oftalmológica	Servicio de Cirugía Oftalmológica	1%	0%	0%	X	
Oportunidad en la programación de cirugía oftalmológica	Servicio de Cirugía Oftalmológica	10 Días	11.27 Días	9.25 Días	X	
Porcentaje de productos no conformes en el servicio de óptica	Servicio de Óptica	5%	5.5%	2%	X	
Porcentaje de personal con evaluación de desempeño laboral excelente	Gestión de Recurso Humano	80%	70%	77%		X



**INFORME DE RESULTADOS DE INDICADORES DE GESTION  
PRIMERA MEDICION DICIEMBRE 2006 – ULTIMA MEDICION JULIO 2006  
FINALIZADO LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE MEJORA**

REALIZADO POR: ADRIANA LUCIA MOROS LEON

APROBADO POR: LINA GISELLA DIAZ TORRES

INDICADOR	PROCESO	META	RESULTADOS DE INDICADORES		META CUMPLIDA	
			PRIMERA MEDICION: DICIEMBRE 200	ULTIMA MEDICION: JULIO 2006 (PLAN DE MEJORA IMPLEMENTADO)	SI	NO
Indice de satisfacción del cliente interno	Gestión de Recurso Humano	90%	82%	91%	X	
Porcentaje de Glosas	Gestión Financiera	5%	1.19%	0.08%	X	
Cumplimiento en el cronograma de mantenimiento de equipos.	Manejo Logístico	90%	73%	93%	X	
Porcentaje de historias clínicas mal diligenciadas	Manejo de Historias Clínicas	5%	16.6%	1%	X	
Porcentaje de clientes institucionales que continúan vinculados comercialmente con CEDCO LTDA	Manejo de Clientes Institucionales	90%	98%	96%	X	
Índice de satisfacción del cliente institucional	Manejo de Clientes Institucionales	90%	83%	89%		X
Índice de satisfacción del usuario	Mejoramiento Continuo	85%	85.57%	94.4%	X	
Indice de satisfacción del usuario por información brindada	Mejoramiento Continuo	85%	87.5%	96.1%	X	
Porcentaje de indicadores de gestión con meta cumplida	Mejoramiento Continuo	80%	35%	85%		