

PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 EN LOS  
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA (MEDICINA GENERAL Y PROGRAMAS DE  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN) DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.

JESÚS DAVID CHAPARRO MORENO

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

2005

PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 EN LOS  
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA (MEDICINA GENERAL Y PROGRAMAS DE  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN) DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.

JESÚS DAVID CHAPARRO MORENO

Proyecto de grado para optar al título de  
Ingeniero Industrial

Director  
JUAN BENJAMÍN DUARTE  
Ingeniero Industrial

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

2005

## AGRADECIMIENTOS

El autor del proyecto expresa sus agradecimientos a:

Ing. Juan Benjamín Duarte por el apoyo y colaboración en la asesoría para la realización de este proyecto.

Dr. Isaías Buenahora Arenas Gerente Clínica Santa Teresa S.A. y todo el personal médico - administrativo de la institución, por su confianza y apoyo durante el tiempo de realización de la práctica empresarial.

Los profesores por aportarme sus conocimientos, a lo largo de la carrera, inculcándome la importancia que tiene el conocimiento y el papel que desempeña la ingeniería en la sociedad.

Gracias a todos aquellos con quienes trabaje en equipo en cada una de las etapas que permitieron la culminación de ésta primera meta.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	27
1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO	28
1.1 ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	28
1.1.1 Título.	28
1.1.2 Modalidad.	28
1.1.3 Presentado ante.	28
1.1.4 Director del proyecto de grado.	28
1.1.5 Codirectores.	29
1.1.6 Autor.	29
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
1.3 JUSTIFICACIÓN	31
1.3.1 Justificación teórica.	31
1.3.2 Justificación metodológica.	32
1.3.3 Justificación práctica.	32
1.4 OBJETIVOS	33
1.4.1 Objetivo general.	33
1.4.2 Objetivos específicos.	33
1.5 ALCANCE Y LIMITACIONES	35
1.6 METODOLOGÍA	36
2. MARCO GENERAL DE LA EMPRESA	37
2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA	37
2.1.1 Reseña histórica.	37
2.1.2 Objeto social.	39
2.1.3 Misión.	40
2.1.4 Visión.	40
2.1.5 Filosofía institucional.	40

2.2 ASPECTOS ORGANIZACIONALES	40
2.2.1 Estructura organizacional y departamentos funcionales.	40
2.2.2 Recurso humano.	46
2.2.3 Infraestructura e instalaciones.	51
2.3 ASPECTOS COMERCIALES Y DE MERCADEO	75
2.3.1 Portafolio de servicios.	75
2.3.2 Clasificación de los clientes y perfil de los usuarios.	82
2.3.3 Proveedores de bienes y servicios.	87
2.4 ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES	88
2.4.1 Tipos de acciones y calidad de los accionistas:	88
2.4.2 Sobre los estados financieros y dividendos.	88
2.4.3 Políticas y prácticas contables.	89
2.4.4 Presupuestos.	90
3. MARCO DE REFERENCIA	91
3.1 MARCO TEÓRICO	91
3.1.1 Antecedentes históricos de la garantía de calidad en salud	91
3.1.2 ¿Qué es ISO?	94
3.1.3 Reseña histórica de la norma ISO.	95
3.1.4 Sistemas de gestión de calidad.	98
3.1.5 Principios de la gestión de calidad.	99
3.1.6 Enfoque basado en procesos.	104
3.1.7 Enfoque basado en la competencia.	106
3.1.8 El ciclo PHVA	107
3.1.9 Compatibilidad con otros sistemas de gestión.	108
3.2 MARCO LEGAL	108
3.2.1 Entorno jurídico y legal del negocio.	110
3.2.2 Ley 100 de 1993.	111
3.2.3 Regímenes que componen el sistema de seguridad social en salud.	116
3.2.4 Planes de Beneficios del sistema de seguridad social en salud.	117

3.2.5 De los niveles de atención en salud.	121
3.2.6 Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2003	123
3.2.7 Resolución 1439 de 2002 - Anexos técnicos.	124
3.3 MARCO ESPACIAL	124
3.4 MARCO TEMPORAL	124
4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	126
4.1 PRELIMINARES AL DIAGNÓSTICO	126
4.1.1 Reconocimiento de la empresa.	126
4.1.2 Capacitación sobre la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del S.G.S.S.S.	126
4.1.3 Capacitación en la norma ISO 9001:2000.	128
4.2 DIAGNÓSTICO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN Y DE SU ENTORNO.	138
4.2.1 Etapa de los insumos.	138
4.2.2 Etapa de la adecuación	141
4.2.3 Etapa de la decisión.	144
4.3 ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL PUNTAJE DE ATRACTIVIDAD	145
4.4 DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN CON RESPECTO A LA NORMA NTC - ISO 9001:2000	145
5. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	147
5.1 PRELIMINARES DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL	147
5.1.1 Estructura del sistema de gestión de calidad.	147
5.1.2 La función de la documentación.	148
5.1.3 La documentación del Sistema de gestión de calidad.	149
5.2 MACROPROCESO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	150
5.2.1 Metodología para la elaboración del mapa y caracterización de los procesos.	150
5.2.2 Diseño y descripción del mapa de procesos.	151
5.2.3 Diseño y descripción del formato para caracterización de procesos.	153
5.3 MANUAL DE CALIDAD	154
5.3.1 Estructura del manual de calidad.	154

5.3.2 Metodología para el establecimiento de la política y los objetivos de calidad.	157
5.3.3 Actualización de la Misión.	160
5.3.4 Actualización de la Visión.	160
5.3.5 Política de calidad establecida.	160
5.3.6 Objetivos de calidad establecidos.	161
5.4 MANUAL DE DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CARGOS	162
5.4.1 Metodología para el análisis de cargos.	162
5.4.2 Formato anexo al manual de descripción y análisis de cargos	163
5.5 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS.	164
5.5.1 Formatos anexos al procedimiento para el control de documentos.	165
5.6 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS	168
5.6.1 Formatos anexos al procedimiento para el control de los registros.	168
5.7 PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA	170
5.7.1 Formatos anexos al procedimiento de auditoria interna.	170
5.8 PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	173
5.8.1 Formato anexo al procedimiento para el control del servicio no conforme.	174
5.9 PROCEDIMIENTO DE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	174
5.9.1 Formatos anexos al procedimiento de acción correctiva y acción preventiva.	175
5.10 MANUAL DE INDICADORES	177
5.10.1 Metodología utilizada para la elaboración de indicadores de gestión	177
5.10.2 Formato de la ficha técnica de indicadores.	180
5.11 PROCEDIMIENTO DE COMPRAS.	181
5.11.1 Formatos para la selección de proveedores	181
5.11.2 Formatos para la evaluación del desempeño de proveedores	183
5.12 PROCEDIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS	183
5.12.1 Ingreso y formación	184
5.12.2 Evaluación del desempeño laboral.	186
5.13 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	190

5.13.1 Generalidades.	190
5.13.2 Procedimiento de asignación de citas.	191
5.13.3 Procedimiento para el manejo de historia clínica y direccionamiento al usuario.	191
5.13.4 Procedimiento de atención médica.	191
5.13.5 Procedimiento de promoción y prevención.	192
5.14 PROCEDIMIENTO PARA CONSECUCIÓN, EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL CONTRATO.	194
5.15 GUÍA PARA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	194
6. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, AUDITORIAS INTERNAS Y CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	195
6.1 SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL	195
6.1.1 Generalidades.	195
6.1.2 Programación de la sensibilización.	196
6.1.3 Metodología utilizada.	197
6.1.4 Actividades desarrolladas	197
6.2 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	203
6.2.1 Generalidades de la implementación.	203
6.2.2 Disposiciones implementadas y metodología utilizada.	203
6.3 AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	205
6.3.1 Generalidades.	205
6.3.2 Desarrollo de las auditorias internas.	205
6.4 CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	216
6.4.1 Investigación de los entes certificadores	216
6.4.2 Selección del ente certificador.	218
6.4.3 Planificación y desarrollo de la auditoria de certificación.	221
7. CONCLUSIONES	228
8. RECOMENDACIONES	231
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>233</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Staff médico de la Clínica Santa Teresa S.A	47
Tabla 2. Médicos sedes consulta externa Clínica Santa Teresa S.A.	49
Tabla 3. Personal de enfermería CST y sedes consulta externa.	49
Tabla 4. Personal administrativo - operativo CST.	49
Tabla 5. Relación de equipos por unidad de servicio	70
Tabla 6. Estándar de dotación consulta externa - sedes ambulatorias	73
Tabla 7. Clasificación grupal para cuota moderadora y copago según ingresos	83
Tabla 8. Cronograma vacunación promoción y prevención	85
Tabla 9. Cronograma capacitación cámara de comercio	127
Tabla 10. Escala de evaluación Matriz PCI	139
Tabla 11. Escala de evaluación matriz POAM	140
Tabla 12. Escala de calificación puntaje de atractividad en la matriz de planeación estratégica. MCPE	145
Tabla 13. Escala cualitativa para evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma NTC-ISO-9001:2000	146
Tabla 14. Puntaje según tipo de relación metas de la organización Vs.necesidades y expectativas del cliente	157
Tabla 15. Matriz de doble entrada Metas de la organización vs. Necesidades y expectativas del cliente	158
Tabla 16. Puntaje final necesidades y expectativas del cliente	159
Tabla 17. Puntaje final metas de la organización	159
Tabla 18. Matriz para evaluación de indicadores	178
Tabla 19. Matriz para la evaluación de las características deseables de los indicadores	179
Tabla 20. Matriz de doble entrada cargos Vs. ponderación de los factores de evaluación.	187
Tabla 21. Evaluadores por cargo y ponderación de la calificación de los evaluadores	189



## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Fachada Clínica Santa Teresa S.A.	52
Figura 2. Jardín Interno Clínica Santa Teresa S.A.	52
Figura 3. Sala de cirugía	53
Figura 4. Cirugía Área Neonatos	54
Figura 5. Área de Farmacia	55
Figura 6. Pasillo Hospitalización	56
Figura 7. Central de enfermería segundo piso	56
Figura 8. Central de enfermería primer piso	56
Figura 9. Recepción Imágenes Diagnósticas	58
Figura 10. Sala de Rayos X	58
Figura 11. Toma de muestras	59
Figura 12. Análisis de muestras	59
Figura 13. Pasillo de mantenimiento	60
Figura 14. Unidad de cuidados intensivos.	60
Figura 15. Sala de espera urgencias	61
Figura 16. Entrada a urgencias	62
Figura 17. Enfermería de urgencias	62
Figura 18. Fachada sede ambulatoria Cr27	63
Figura 19. Sala de espera de farmacia.	64
Figura 20. Cajas - pago de cuotas moderadoras	64
Figura 21. Asignación de citas médicas	65
Figura 22. Sala de promoción y prevención	65
Figura 23. . Sala de espera pediatría	66
Figura 24. Sala de espera cuarto nivel	66
Figura 25. Fachada sede ambulatoria ESSA	67
Figura 26. Sala de espera pacientes ESSA	67

Figura 27.	Fachada sede ambulatoria Floridablanca	68
Figura 28.	Asignación de citas	68
Figura 29.	Fachada sede ambulatoria Piedecuesta	69
Figura 30.	Consultorio de pediatría	69
Figura 31.	Composición del mercado	82
Figura 32.	Modelo de un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en los procesos.	105
Figura 33.	Estructura del ciclo PHVA de mejora continua.	107
Figura 34.	Estructura de la matriz DOFA para la formulación de estrategias.	143
Figura 35.	Pirámide documental del sistema de gestión de calidad	147
Figura 36.	Mapa de Procesos	152
Figura 37.	Formato CST -CAL - F - 01 Caracterización de procesos	153
Figura 38.	Formato CST -RHS - F - 04 Descripción y análisis de cargos	163
Figura 39.	Formato CST-CAL-F-03 Listado maestro de documentos	165
Figura 40.	Formato CST-CAL-F-06 Listado de documentos externos	166
Figura 41.	Formato CST-CAL-F-04 Solicitud y respuesta de elaboración o modificación de documentos	167
Figura 42.	Formato CST-CAL-F-05 Recolección de documentos obsoletos y distribución de documentos nuevos o con cambio de versión	167
Figura 43.	Formato CST-CAL-F-09 Listado maestro de registros	169
Figura 44.	Formato CST-CAL-F-10 Control de préstamo de registros.	169
Figura 45.	Formato CST-CAL-F-14 Programación de auditorías.	171
Figura 46.	Formato CST-CAL-F-15 Plan de auditoría.	171
Figura 47.	Formato CST-CAL-F-16 Lista de verificación de auditoría.	172
Figura 48.	Formato CST-CAL-F-17 Informe de auditoría.	172
Figura 49.	. Formato CST-CAL-F-18 Quejas o sugerencias.	174
Figura 50.	Formato CST-CAL-F-07 Formato solicitud de acción correctiva y preventiva.	175
Figura 51.	Formato CST-CAL-F-08 Formato seguimiento de acción correctiva y preventiva.	176

Figura 52.	Formato CST-CAL-F-02 Formato técnico de indicadores.	180
Figura 53.	Formato CST-COM-F-01 Evaluación para selección de proveedores	181
Figura 54.	Formato CST-COM-F-02 Listado de proveedores nuevos y vigentes	182
Figura 55.	CST-COM-F-03 Formato evaluación desempeño de proveedores.	183
Figura 56.	CST-RHS-F-08 Formato hoja de vida institucional.	184
Figura 57.	CST-RHS-F-01 Formato solicitud y respuesta de capacitación	185
Figura 58.	CST-RHS-F-03 Formato control de asistencia a capacitación	185
Figura 59.	. CST-RHS-F-02 Formato planificación y eficacia de capacitación	186
Figura 60.	CST-RHS-F-05 Lista de chequeo para evaluación de desempeño	188
Figura 61.	CST-RHS-F-06 Informe individual de resultados evaluación de desempeño	190
Figura 62.	Taller de caracterización de procesos	202
Figura 63.	Despliegue del mapa de procesos	202
Figura 64.	Portafolio ICONTEC	217
Figura 65.	Portafolio BVQI	217
Figura 66.	Portafolio SGS	218
Figura 67.	Contrato solicitud de certificación	219
Figura 68.	Formulario de información previa.	220
Figura 69.	Plan de auditoria del ente certificador	222
Figura 70.	Informe de auditoria de certificación	226
Figura 71.	Certificados del sistema de gestión de la calidad	227

## GLOSARIO

**AUDITORIA DE TERCERA PARTE:** es una auditoria externa y es la única que se realiza con fines de certificación, ésta solo podrá ser realizada por un ente acreditado por entidades internacionales.

**ACREDITACIÓN:** procedimiento por medio del cual una institución autorizada reconoce de manera formal que un organismo (En particular, un organismo de certificación) o persona es competente para llevar a cabo ciertas tareas.

**ARP:** aseguradora de riesgos profesionales.

**ARS:** aseguradora del régimen subsidiado.

**ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** comprende todas las actividades planeadas y sistemáticas que se implantan dentro del sistema de calidad, las cuales se demuestran cuando sea necesario, a fin de ofrecer a confianza necesaria de que una entidad cumplirá con los requisitos.

**BENEFICIARIOS:** son aquellas personas que pertenecen al núcleo familiar del cotizante según lo establece la ley.

**CALIDAD:** es el total de las características de una entidad que atañe a su capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas.

**CERTIFICACIÓN:** procedimiento por medio del cual una tercera parte garantiza por escrito que un producto, proceso o servicio cumple con determinados requisitos.

**CONDUCTA MÉDICA:** actividad desarrollada por el profesional de acuerdo a los hallazgos clínicos y la impresión diagnóstica. Puede estar relacionada con: remisión a especialista o interconsulta, generación de fórmula médica, incapacidad y/o ayudas diagnósticas, remisión a Programas de Promoción y Prevención, información educativa con respecto a la patología del cliente y acciones de prevención y procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico(s).

**CONFIABILIDAD:** factor fundamental que hace referencia a que el cliente pueda estar seguro del buen desempeño y respuesta de un proveedor de productos o servicios para cumplir sus cometidos.

**CONFIDENCIALIDAD:** respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad, limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y esté autorizado su acceso.

**CONTINUIDAD:** componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.

**COPAGOS:** son los aportes en dinero que hace un usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del valor total del mismo, previamente establecido en las tarifas, con el fin de contribuir a la financiación del sistema general de seguridad social en salud. Los copagos se aplican únicamente a los beneficiarios con base en el ingreso del cotizante, expresado en salarios mínimos mensuales vigentes, se aplican en todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud con excepción de: controles de los programas de promoción y prevención, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias y servicios sujetos a cuota moderadora.

**COTIZANTES:** son aquellas personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo, incluyendo a quienes presten sus servicios en las sedes diplomáticas y en los organismos internacionales.

**CUOTA MODERADORAS O FRANQUICIA:** es el aporte en dinero que hace el usuario por el solo hecho de solicitar el acceso al servicio, tiene como finalidad principal la de regular la utilización y estimular el buen uso de los servicios.

Se aplican en los siguientes servicios:

Consulta externa Médica, Odontológica y paramédica.

Consulta médico especialista.

Ingreso a los programas de promoción y prevención.

Atención en el servicio de urgencias cuando no se compromete la vida o funcionalidad de la persona.

Medicamentos ambulatorios.

Exámenes diagnósticos de laboratorio clínico ordenados en forma ambulatoria.

Exámenes diagnósticos de imagenología ordenados en forma ambulatoria.

Exámenes especiales autorizados sólo por el médico tratante.

Programa de atención domiciliaria: Visitas médicas, paramédicas, medicamentos,

Suministro de oxígeno y servicios de radiología.

**DEMANDA INDUCIDA:** hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control

**EFFECTIVIDAD:** es el grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

**E.S.S:** empresas solidarias de salud.

**E.P.S:** entidades promotoras de salud.

**EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:** es la suma del número de pruebas y sus técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas.

**FICHA TÉCNICA:** documento de carácter técnico que soporta y estandariza en la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores. Esta Ficha técnica contiene la conceptualización y referencia bibliográfica importante del indicador incluyendo sus ventajas y limitaciones, el uso que la organización pretende darle, la forma de estandarización, la cual comprende las fuentes de recolección de la información, los responsables de la misma, los datos necesarios para conformar el numerador y el denominador, y la fórmula de construcción del indicador. Adicionalmente se incluye en la ficha técnica la periodicidad de medición.

**FOSYGA:** fondo de solidaridad y garantía.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD:** la gestión o administración de la calidad se refiere a “todas las actividades de la función administrativa general que determine políticas de calidad, objetivos y responsabilidades y las implanta por medios tales como la planeación de la calidad, el control de calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la misma dentro del sistema de calidad.

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias

clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud. Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

**HISTORIA CLÍNICA:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

**INTEGRALIDAD:** papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo.

**INTERCONSULTA:** solicitud del concepto clínico a otro profesional de la misma área u otra especializada referente a un caso en particular.

**INVIMA:** instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos.

**I.P.S:** instituciones prestadoras de servicios de salud.

**MAPIPOS:** manual de actividades, intervenciones y procedimientos.

**NIVEL DE ATENCIÓN:** es la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población.

**OPORTUNIDAD:** dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

**PARTICIPANTES VINCULADOS:** son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios de régimen subsidiado tendrán derechos a los servicios de salud que prestan las entidades públicas o privadas que tienen contratos con el estado, de acuerdo con la capacidad de oferta de las instituciones.

**PERTINENCIA:** cualidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.

**P.O.S:** plan obligatorio de salud.

**PROCESOS ESPECIALES:** son aquellos cuyos resultados no pueden verificarse por completo mediante la inspección y las pruebas subsiguientes al producto y cuando las deficiencias del proceso pueden percibirse sólo después de que se utilice el producto.

**RADIOLOGÍA:** estudio imagenológico o fotográfico que se le realiza a cualquier órgano del cuerpo y cuya función es la de ayudar a esclarecer el diagnóstico. Se le hace a cualquier persona excepto mujeres en embarazo

**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** a este régimen pertenecen las personas con vínculo laboral, mediante contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.(afiliación mediante el pago de una cotización del 12% sobre los ingresos del trabajador), el SGSSS es operado directamente por *entidades promotoras de salud* --EPS-- que recaudan y contratan o prestan los servicios de salud de manera directa.

**RÉGIMEN SUBSIDIADO:** a este régimen pertenecen las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización y que son subsidiados por el sistema. (Subsidios en salud para la población pobre y vulnerable) de forma descentralizada por parte de los departamentos, distritos y municipios que asumen la financiación, en concurrencia con la Nación (con recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA), de un *Plan obligatorio de salud* --POS-S-- para estas personas. Este plan es administrado por entidades creadas especialmente para ello (EPS, ARS y ESS), las cuales contratan servicios y representan a los usuarios ante las IPS.

**REGISTRO:** procedimiento por medio del cual un organismo indica las características relevantes de un producto, proceso o servicio o los datos particulares de un organismo o persona y, a continuación, incluye o registra dicho producto, proceso o servicio en la lista correspondiente a la cual tiene acceso el público.

**RIPS:** registro individual de prestación de servicios de salud.

**SALUD OCUPACIONAL:** se interesa de la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral, incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

**SISTEMA DE CALIDAD:** es la estructura organizacional, los procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la calidad.

**S.O.A.T:** seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

**U.P.C:** unidad de pago por cápita. Es la unidad de pago por capitación, es una cuota de valor anual que recibirá la EPS por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria, para garantizar la prestación de los servicios contemplados en el POS durante ese periodo de tiempo.

**VERIFICACIÓN DE DERECHOS:** proceso mediante el cual se acredita la afiliación de un trabajador y su núcleo familiar para la prestación de un servicio. Incluye además la confirmación de datos como edad y nivel salarial del trabajador. Esta Verificación de derechos se hace en las bases de datos

**TITULO:** PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA (MEDICINA GENERAL Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN) DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A. \*

**AUTOR:** JESÚS DAVID CHAPARRO MORENO 1972357\*\*.

**PALABRAS CLAVES:** Sistemas de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2000, Caracterización de Procesos, consulta externa, programas de promoción y prevención.

**RESUMEN:**

Mediante el presente proyecto de grado, se genera una metodología que permite establecer la estructura documental que soporta y valida el sistema de gestión de calidad en los servicios de consulta externa de la Clínica Santa Teresa S.A., de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

Para ello se hace necesario la realización de un diagnóstico del sector de la salud y un diagnóstico de la Clínica Santa Teresa S.A. con respecto al cumplimiento de los requisitos planteados en la norma NTC ISO 9001:2000 que va a arrojar como resultados las actividades necesarias para cumplir con los requisitos, así como las fallas e inconveniencias de la actual situación, las cuales se tienen en cuenta junto con los planes y propósitos que se tienen para la empresa, para la elaboración de la nueva estructura documental, del plan de capacitación.

---

\* Práctica empresarial

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Ing. Juan Benjamín Duarte.

Debido a la necesidad de la Clínica Santa Teresa S.A. de conseguir la certificación inicialmente para el servicio de consulta externa, se propone una estructura documental flexible, cuya base la constituye la caracterización de cada uno de los procesos operativos y administrativos internos, que facilitarán la determinación de la documentación nueva y adecuar la ya existente.

El proyecto incluye el establecimiento de mecanismos de control tales como registros e indicadores, los cuales se implementarán para fines de medición y seguimiento a todos los procesos de la Clínica Santa Teresa

**TITLE\***: PLANNING AND DOCUMENT STRUCTURE FOR QUALITY CONTROL SYSTEM NTC-ISO 9001:2000 ON SANTA TERESA'S CLINIC S.A. EXTERNAL GENERAL SERVICES (CONSULTATION OF GENERAL MEDICINE AND PROGRAMS OF PROMOTION AND PREVENTION).

**AUTHOR**: JESÚS DAVID CHAPARRO MORENO\*\*.

**KEY WORDS**: Systems of Quality Management, Norm ISO 9001:2000, Characterization of Processes, General medicine, Programs of promotion and prevention.

**DESCRIPTION:**

Through the present degree project, a method is created that implements a document structure supporting and validating the quality control system in place on the external consultation services at Santa Teresa's in accordance to the ISO 9001:2000 Quality Control System

In order to reach these objectives an analysis/report of the health sector and Santa Teresa's Clinic S.A we must be taken to compare its findings to the requirements proposed in the NTC ISO 9001:2000. This report will tell the changes needed to comply with the requirements of the quality control system additionally, it will also show the actual failing measures/regulations/steps, and the weaknesses of the system in place, all of which will be taken into consideration for the implementation of the new document, structure and training program.

---

\* Degree Project

\*\* Faculty of Physical Mechanics Engineering, School of Industrial and Managerial Studies.  
Advisor: Engineer Juan Benjamín Duarte.

In order to get the NTC ISO 9001:2000 certification and because of Santa Teresa's Clinic need the certification for the external consultation services, an open/flexible change of documentation structure is proposed. This proposal will be based in the internal operating and administrative processes in place, the existing documentation will be re designed and will help determine the new documentation structure to follow and implement.

This project includes the implementation of mechanisms such as measures and registration of procedures these variables will be used to measure and to follow up both the Santa Teresa's Clinic processes and the internal audit, which will determine if the process satisfies the ISO 9001:2000 requirement.

## INTRODUCCIÓN

No hay duda que para ser competitivos en el mundo de hoy, la calidad es una clave y la necesidad de generar una cultura de la calidad dentro de las empresas colombianas es un punto que debe estar en la agenda de las instituciones; no basta con tener buena calidad, los mercados exigen que la calidad se demuestre y se certifique.

Para elevar los niveles de competitividad, es necesario que la certificación de calidad se convierta en la norma de todas las empresas y no en la excepción de unas cuantas. Los caminos para certificar calidad son varios; La ISO (International Standard Organization) ha publicado más de 11.000 normas, una de las cuales es la ISO 9001:2000.

La familia de las ISO 9000 cobija una serie de normas enfocadas hacia el aseguramiento de la calidad en las empresas. En otras palabras, las normas ISO 9000 proporcionan el marco para implementar programas de calidad en empresas manufactureras y de servicios, ajustándose a una normatividad estándar reconocida internacionalmente.

La Clínica Santa Teresa es una institución reconocida en el oriente colombiano en la prestación de servicios de salud, en el transcurso de sus cuarenta años en el mercado ha ampliado sus servicios y ha entendido la importancia que tiene el cliente como principio y fin de todos los procesos.

La propuesta que se plantea en este texto de estructurar los documentos para dar cumplimiento con los requisitos planteados en la norma técnica colombiana ISO 9001:2000 en los servicios de consulta externa nace por iniciativa propia de la Clínica Santa Teresa quien es conciente de la importancia que tiene el sistema de gestión de la calidad.

## 1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

### 1.1 ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

#### 1.1.1 Título.

Planificación y estructuración documental del sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC - ISO 9001:2000 en los servicios de consulta externa (medicina general y programas de promoción y prevención) de la Clínica Santa Teresa S.A.

#### 1.1.2 Modalidad.

Práctica empresarial

#### 1.1.3 Presentado ante.

Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.

#### 1.1.4 Director del proyecto de grado.

Ing. Juan Benjamín Duarte

Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.

### 1.1.5 Codirectores.

Dr. Isaías Buenahora Arenas.

Gerente Clínica Santa Teresa.

Dr. Antonio Javier Acevedo M.

Coordinador Médico Sedes Clínica Santa Teresa.

### 1.1.6 Autor.

Jesús David Chaparro Moreno

Cod: 1972357

Estudiante de Ing. Industrial.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de calidad en el mundo ha tenido transformaciones importantes, ha generado toda una cultura y cambios en las distintas organizaciones; la tendencia a elaborar productos con cero defectos, cero errores, influyó directamente en el área de los servicios que van dirigidos al cliente debido a que él mismo entra en contacto directo con el personal comprometido en prestarlo como es el caso particular del sector salud.

En la última década en Colombia, se ha presentado un avance significativo en los conceptos e instrumentos que buscan elevar la calidad de los servicios de salud, a partir de la puesta en vigencia de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, el concepto de calidad se ha convertido en una constante para quien presta el servicio y para quien lo requiere.

En Colombia se ha incrementado la oferta de servicios de salud con niveles de prestación similares en términos generales haciendo cada vez más competitivo el mercado, brindándole al cliente particular una amplia gama de opciones y permitiéndole a las entidades administradoras de salud entre ellas las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, contratar con toda una red de IPS`s, para que sus afiliados sean quienes decidan en cual quieren ser atendidos. Por otro lado el sector salud en el país esta pasando por una crisis generalizada como resultado de las tarifas impuestas por las EPS, la incertidumbre en los pagos, las múltiples trabas para la aprobación de las cuentas.

La Clínica Santa Teresa S.A. no es ajena a esta situación presentando una disminución en el porcentaje del crecimiento anual de ingresos que se venía generando años atrás, ocasionando principalmente problemas de iliquidez y crecimiento desbordado de la cartera alimentados también con problemas internos en los procesos relacionados con el servicio al cliente y entre los departamentos de la institución, siendo en algunos casos ineficaces desde el punto de vista del cliente y poco eficientes debido a la mala distribución y utilización de los recursos conllevando en el primer caso al no-cumplimiento de los requerimientos y necesidades del cliente y en segundo caso, al aumento de los costos por la mala utilización de los recursos.

De continuar así, lo descrito anteriormente puede llevar a la Clínica Santa Teresa S.A. a estancarse en el mercado perdiendo el posicionamiento adquirido y la imagen generada en sus clientes a través de cuatro décadas en el oriente Colombiano, afectando de manera puntual y proporcional sus estados financieros, impidiéndole crecer a pesar de las fortalezas que tiene la institución y llevándola en un mediano plazo al cierre escalonado de sedes y/o servicios con los que cuenta actualmente.

Para contrarrestar esta problemática es necesario que la Clínica Santa Teresa S.A. además de cumplir con las condiciones de capacidad tecnológica, condiciones de capacidad técnico

administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera que aplican por ley<sup>1</sup> para todas los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales; también deba tener características que la diferencien de la competencia y le permitan ser catalogada como una entidad que cumple más allá de los estándares mínimos<sup>2</sup> del S.G.S.S.S,<sup>3</sup> haciéndose indispensable la planificación, estructuración y posterior implementación de un sistema de gestión de la calidad soportado en el aseguramiento escalonado de sus servicios basados en la norma NTC ISO 9001:2000, la cual permitirá (si se implementa a conciencia y existe la disponibilidad de los recursos) mantener un ciclo eficaz que tenderá a la eficiencia, es decir a la mejora continua.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

#### 1.3.1 Justificación teórica.

Este proyecto estará fundamentado en la aplicación de conceptos teóricos, entre otros a las leyes, decretos y resoluciones que rigen y que están directamente relacionados con la prestación de servicios de salud; y principalmente basado en la norma NTC ISO 9001:2000 que será el pilar sobre el cual se desarrollará el proyecto, implícitamente se tendrán en cuenta varias teorías (mercadeo, administración, clima organizacional, prestación de servicios, control de calidad, entre otras) para dar cumplimiento a los requisitos de la norma ya que ésta deja claro el “que hacer” pero no “el cómo hacerlo”; las cuales permitirán ampliar, reafirmar y/o modificar las ideas preconcebidos que se tengan con el sistema de gestión de la calidad, mediante el contraste de los diferentes conceptos.

---

<sup>1</sup>Decreto 2309 de 2002 “por el cual se define el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud del S.G.S.S.S.

<sup>2</sup>Anexo técnico Resolución 01439 de 2002.

<sup>3</sup>Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### 1.3.2 Justificación metodológica.

Se pretende dar cumplimiento a los objetivos del proyecto, para ello se hace necesario utilizar técnicas de recolección de datos e información (diligenciamiento de formatos, observación), el enfoque basado en procesos, metodologías para el diseño de los documentos y registros, técnicas estadísticas (correlaciones entre variables, escalas de ponderaciones, diagramas de Pareto, histogramas) que permitan comprender la variabilidad de los datos para que soporten la toma de decisiones, técnicas de selección y evaluación de proveedores y del recurso humano (competencia laboral).

A demás metodologías para el trabajo en equipo (lluvia de ideas, diagrama de causa efecto, talleres grupales, tablas de evaluación de las necesidades y expectativas del cliente y la metas de la clínica) para la definición de los objetivos, las políticas y el plan de calidad, metodología para la medición del ambiente de trabajo, se realizará la caracterización de los procesos que conforman el macroproceso, para lograr la conformidad con los requisitos del producto (servicio), metodologías para la solución de problemas reales (correctivo) y potenciales (preventivo), de esta manera se dará cumplimiento a la norma NTC ISO 9001:2000 aplicando las metodologías que mejor se adecuen a contexto de la Clínica Santa Teresa en particular, sin dejar de ser eficaces en el cumplimiento de los objetivos.

### 1.3.3 Justificación práctica.

Con el desarrollo del proyecto se quiere crear y/o mejorar procedimientos, que afectan directamente el servicio de consulta externa, incluidos los procedimientos en el sistema de información, resolviendo de esta manera problemas como el desconocimiento de las funciones, repetición de actividades, demora y tramitología en la atención al cliente, problemas administrativos, mala distribución del personal; todo esto le permitirá a la

institución entender qué es un sistema de gestión de la calidad basado en la norma NTC - ISO 9001:2000, cuáles son los requisitos y así poder tomar la decisión de implementarlo, para auditarse internamente, mejorar continuamente y conocer su nivel de calidad respecto al servicio que presta.

Este proyecto permitirá al autor acrecentar el conocimiento sobre el sector salud, desarrollando la aplicación de la norma NTC - ISO 9001:2000 en la institución prestadora de servicios (efectuando inevitablemente una comparación con las empresas de producción), contribuyendo a la solución de problemas, a la consecución de los objetivos y el cumplimiento de las políticas de la Clínica Santa Teresa S.A.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general.**

Planificar y estructurar documentalmente el sistema de gestión de la calidad en los servicios de consulta externa de primer nivel y programas de promoción y prevención de la Clínica Santa Teresa S.A. de acuerdo a los requisitos de la norma NTC - ISO 9001:2000, que contribuya al incremento de la calidad del servicio y permita a la empresa la posterior fase de implementación y solicitud de certificación de dichos servicios.

### **1.4.2 Objetivos específicos.**

- Analizar el funcionamiento del sector de servicios de salud, las normas y entidades que lo controlan, la clasificación de los usuarios por tipos de contratación y en general del sistema de salud en Colombia.

- Analizar la situación actual de la institución efectuando una comparación entre los requisitos del sistema de gestión de la calidad descritos en la norma NTC - ISO 9001:2000 y los documentos, registros, políticas, objetivos y procedimientos que la Clínica tiene diseñados.
  
- Participar en la elaboración y/o modificación de los objetivos y políticas de la calidad de la Clínica Santa Teresa S.A.
  
- Participar en la elaboración del plan de calidad, especificando qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo; enfocado al cumplimiento de los objetivos de la calidad.
  
- Diseñar el mapa de procesos identificando los procesos de soporte o apoyo, los procesos de contacto directo u operacionales y los procesos de verificación y control.
  
- Identificar los procesos críticos que intervienen en la prestación del servicio, definiendo los métodos, los criterios y los parámetros en cada uno de ellos.
  
- Elaborar y/o rediseñar el manual de descripción de cargos verificando las funciones, definiendo los perfiles y utilizando el enfoque basado en la competencia para los cargos que intervienen directamente en la prestación del servicio.
  
- Diseñar y/o modificar los procedimientos, instructivos, guías, formatos que sean necesarios para soportar la documentación del sistema de gestión de la calidad.
  
- Programar y dirigir las capacitaciones al personal sobre los fundamentos, los documentos y las implicaciones que tendrá en la empresa el sistema de gestión de la calidad

## 1.5 ALCANCE Y LIMITACIONES

El proyecto abarca en términos generales varias fases siguiendo una secuencia así:

La fase de conocimiento e identificación de la estructura funcional, normas y leyes que rigen al sector de la salud para poder adquirir una idea general del contexto colombiano.

La fase del conocimiento del funcionamiento interno de la institución refiriéndose a los servicios que se prestan, a las sedes alternas, a los departamentos organizacionales y su respectiva interrelación, para poder detectar particularmente, la situación actual frente a un sistema de gestión de la calidad, en este caso basado en la norma NTC ISO 9001:2000.

La fase de planificación y documentación del sistema de gestión de la calidad en los servicios de consulta externa de primer nivel de la Clínica Santa Teresa, analizando los documentos existentes, realizando las modificaciones y/o actualizaciones requeridas, diseñando y estructurando los nuevos documentos para dar cumplimiento a la norma y los que la organización detecte como necesarios en la planificación del sistema.

La fase de divulgación de los documentos del sistema, la capacitación del personal crítico en torno al sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000.

Con esta última fase se dará fin al proyecto y la empresa podrá estar en capacidad de continuar a la siguiente etapa de implementación, evaluación de resultados por medio de las auditorías internas y posterior solicitud de la visita de los auditores externos para la certificación.

El proyecto como queda contemplado en este documentado estará desarrollado en los servicios de consulta externa de primer nivel, escogidos dentro de la gama de servicios que brinda la Clínica Santa Teresa S.A.

## 1.6 METODOLOGÍA

En términos generales los métodos aplicados en el proyecto manejan y establecen condiciones de tipo exploratorio y descriptivo, en donde, en primera instancia, se busca y recopila información para luego realizar una descripción de ciertas características, sus elementos y su interrelación. Dentro de los diversos métodos de investigación aplicados en este proyecto se adoptaron observación y lógicamente los métodos complementarios inducción y deducción; los cuales son la base teórica de la metodología que se desarrolla de la siguiente manera:

- Revisión y estudio de los temas de la normalización (serie NTC-ISO 9000:2000) y control de procesos; con el fin de adquirir bases teóricas que permitan el buen desarrollo del proyecto.
- Identificación y documentación de procesos y su aplicación a través de la organización, su caracterización e interacción.
- Revisión de los documentos existentes en la Clínica Santa Teresa S.A. referentes al proceso de Atención y servicio al usuario, para obtener una visión global del funcionamiento y de los procesos.
- Reuniones constantes con los Directivos de la institución, con los cuales se complementará y revisará la información obtenida.
- Determinación métodos para elaborar instrucciones de trabajo y procedimientos, también desarrollo de planes y diagramas de flujo de los procesos.
- Definición de indicadores de manera que se controlen los procesos y se registren datos.
- Retroalimentación con las personas involucradas en las etapas del proceso con quienes se realizará revisión y mejora del modelo planteado.

## **2. MARCO GENERAL DE LA EMPRESA**

### **2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**

#### **2.1.1 Reseña histórica.**

La Clínica Santa Teresa LTDA., fue constituida por escritura pública número 2620 otorgada el 5 de septiembre de 1962 en la notaría tercera del círculo de Bucaramanga e inscrita en la Cámara de Comercio de Bucaramanga el 13 de septiembre de 1962 bajo el número de matrícula 05-001840-03 Nit 890.200142-5, se inicio con 15 socios con un capital social distribuidos en cuotas de valor nominal.

Con el lleno de los requisitos de ley se adquirió una de las casas sobre las cuales se erige actualmente el edificio donde funciona la Clínica, ubicada al norte de la ciudad, calle 11 N° 29-34, donde continua funcionando la empresa hasta el día de hoy.

La década de los 60's fue una de las etapas más difíciles para la clínica, pues se encontraba en pleno desarrollo y consolidación de sus diferentes componentes, sin mayores posibilidades de acceder a una financiación apropiada, para la década de los 70's una vez superada la etapa inicial, la clínica se consolidaba como una entidad prestadora de servicios de salud en el medio local.

En 1983, la clínica se inicia un proceso de reestructuración que implica profundos cambios administrativos: en primer lugar asume la gerencia de la empresa el Doctor Isaías Buenahora, hombre con criterios administrativos.

En la década de los 90's la clínica obtiene el premio nacional, al desarrollo empresarial, reconocimiento que la ubica como una de las mejores empresas de salud en el ámbito nacional, en el año 1992 se aprueba un plan de expansión, proceso que le representó enormes sacrificios reflejados en las altas erogaciones agravadas por la necesidad de cerrar diez habitaciones y a la vez sostener intacta la nómina de personal.

En 1993 tras haber concluido la construcción de la segunda etapa que le permitía disponer de nuevas salas de cirugía, cuidados intensivos y mayor capacidad hospitalaria; la gerencia define los términos del negocio bajo la prospectiva de alcanzar el nivel de “Excelencia en el servicio”.

En 1994 se pone en vigencia la ley 100 de 1993, en donde queda claro que las empresas prestadoras de salud debían convertirse en I.P.S, el estado también había previsto que la nueva modalidad de salud obligara al sector privado a contribuir con la financiación de lo que en adelante se llamaría “ Régimen subsidiado de la salud”; para hacer frente a esta situación, la clínica toma la decisión de asociarse con Finsema, entidad que agrupa a los empleados del magisterio y que en razón de su régimen especial no está sujeta a la observancia de la ley 100. esta negociación se concreta a finales del año 1994, favoreciendo de manera significativa a la Clínica Santa Teresa LTDA cuyos resultados se ven reflejados en los estados financieros alcanzados en 1995.

Con el apoyo de los socios que fueron ingresando se ha consolidado la actual planta física, se ha adquirido la tecnología con la que se cuenta hoy y especialmente se cuenta con un selecto grupo de profesionales médicos auxiliares de enfermería, auxiliares de servicios generales y personal administrativo de alta calidad humana, apto para prestar un excelente servicio.

En el año 2001 se crea el departamento de garantía de la calidad, el cual permite consolidar los servicios que la Clínica presta, y canalizar de una manera efectiva las quejas que se pudiesen interponer por cliente, en este momento se afianza el concepto de la institución de

ser la empresa con “excelencia en servicios de salud” y se empieza una ardua labor, se inicia entonces la culturización del personal en los aspectos relacionados con la calidad, no solo desde un punto de vista empírico sino basado principalmente en las exigencias por ley las cuales ya exigen unos estándares mínimos para las I.P.S.

En escritura pública N° 0038 de enero 10 de 2003 se realiza la transformación de la sociedad “ CLINICA SANTA TERESA LTDA” en sociedad anónima de naturaleza comercial y dentro de dicha especie como una sociedad anónima cerrada, bajo la denominación de CLINICA SANTA TERESA S.A. aprobada por la junta de socios tal como consta en el acta de la junta N° 008 de fecha 28 de noviembre de 2002.

En el primer trimestre del año (2003), se crea el departamento de mercadeo, para contrarrestar decrecimiento de la población del régimen contributivo capitada y la alta rotación de la población del R.C. (Régimen contributivo), simultáneamente para diseñar y divulgar el portafolio de servicios, aumentar la red de clientes en el departamento y principalmente fortalecer la imagen corporativa.

#### 2.1.2 Objeto social.

El objeto principal de la sociedad lo constituye:

La prestación de servicios de salud (médicos y quirúrgicos) en forma debidamente organizada.

La adquisición, construcción, organización o conformación de establecimientos de comercio dedicados a la prestación de servicios de salud con destino a arrendarlos o enajenarlos.

La administración de establecimientos de comercio dedicados a la prestación de servicios de salud.

### 2.1.3 Misión.

Somos una familia con eficiencia, profesionalismo y prontitud para comprender las necesidades de todo ser humano y ponernos al servicio de su bienestar.

### 2.1.4 Visión.

Haremos todo en favor de nuestros pacientes con, confort, calidad y amor para lograr salud integral que permanecerá en sus vidas.

### 2.1.5 Filosofía institucional.

La excelencia no es algo casual, es un premio logrado a través de la disciplina, el trabajo honrado y decente, no se es excelente de vez en cuando, no se hacen las cosas bien de vez en cuando, se hacen siempre. La excelencia es un hábito Desafortunadamente, también la mediocridad es un hábito. En la excelencia no hay espacios para la mediocridad ni para el iniciar y no terminar. Nuestro ejercicio mental consiste en lograr la satisfacción plena de quienes nos confían el proceso de recuperación de su salud física a través de dar lo mejor de nuestro ser intelectual y físico en aras de la mejor causa: un SER HUMANO SALUDABLE.

## 2.2 ASPECTOS ORGANIZACIONALES

### 2.2.1 Estructura organizacional y departamentos funcionales.

Como en la mayoría de las empresas la Clínica Santa Teresa S.A. también tiene una estructura interna por departamentos de trabajo y se cuenta con un organigrama que permite identificar los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y responsabilidad, los

canales formales de la comunicación, las relaciones que existen entre los diversos puestos de la empresa en cada departamento o sección de la misma.

La sociedad cuenta con los siguientes órganos principales de dirección y administración:

➤ **Asamblea General de Accionistas:** constituida por los accionistas, sus mandatarios o representantes debidamente acreditados; tiene como objeto examinar la situación de la sociedad, determinar las directrices económicas de la sociedad, en general, acordar las providencias tendientes a asegurar el cumplimiento del objeto social.

- La asamblea tiene además la función de:
- Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos.
- Considerar los informes de los administradores y el gerente sobre el estado de los negocios sociales y el informe del revisor fiscal.
- Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deben rendir los administradores.
- Disponer de las utilidades sociales conforme los estatutos y las leyes.
- Constituir las reservas ocasionales.
- Fijar el monto del dividendo, así como, la forma y plazos en que se pagarán.
- Nombrar al Gerente y a los miembros de la Junta Directiva, el revisor fiscal, y a sus respectivos suplentes, y fijarles su remuneración.
- Nombrar al liquidador de la sociedad.
- Ordenar las acciones legales que correspondan contra los administradores, funcionarios, directivos y revisor fiscal.

➤ **Junta Directiva:** compuesta por cinco miembros principales y cinco suplentes personales, elegidos por la Asamblea General de Accionistas, se eligen cada año con posibilidad de reelección.

Son funciones de la junta directiva:

- Aprobar los reglamentos internos de la sociedad.
- Disponer cuando lo considere oportuno la formación de comités consultivos o técnicos que asesoren al gerente en determinados asuntos.
- Presentar un informe anual a la asamblea, así como las cuentas, balances, inventarios, proyectos de desarrollo, inversión de utilidades.
- Establecer sucursales o agencias dentro del territorio nacional, con el cumplimiento de las formalidades legales a que haya lugar.
- Autorizar la emisión de bonos, señalando el monto de los mismos, su valor nominal, la tasa de interés, el lugar y forma de pago, el sistema de amortización, observando sobre el particular las normas legales pertinentes.
- Aprobar el reglamento de suscripción de acciones.
- Aprobar la inversión en acciones, cuotas o partes de interés social en otras sociedades; proponer a la Asamblea General de Accionistas la fusión o incorporación a otra sociedad o la escisión de su patrimonio.
- Autorizar al gerente para arrendar o enajenar establecimientos de comercio de su propiedad, gravar, hipotecar o dar en prenda los bienes inmuebles o muebles de la sociedad y para celebrar o ejecutar cualquier acto o contrato propio del objeto.
- Aprobar el reglamento médico

➤**Gerente:** la Clínica Santa Teresa S.A. cuenta con un gerente que tiene bajo su cargo la administración y gestión de los negocios sociales de la entidad, cuenta con dos suplencias; él y sus suplentes son designados por la asamblea general de accionistas.

Son facultades del gerente o sus suplentes:

- Representar a la sociedad judicial y extrajudicialmente, ante los asociados, terceros y toda clase de autoridades judiciales o administrativas.

- Dentro de las normas y orientaciones que dicte la Junta Directiva, dirigir los negocios de la sociedad, vigilar los bienes de la misma, sus operaciones técnicas, su contabilidad, y correspondencia.
- Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la asamblea general de accionistas o de la Junta Directiva.
- Nombrar y remover los empleados cuya designación o remoción no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas.
- Delegar determinadas funciones propias de su cargo y dentro de los límites señalados en los estatutos.
- Cuidar la recaudación y de la inversión de los fondos de la empresa.
- Tomar las medidas y celebrar todos los actos o contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento y desarrollo del objeto social, pudiendo obrar libremente en cuanto tales medidas, contratos o negocios, no obliguen a la sociedad por una suma superior de dinero a la estipulada, cuando la cuantía supere el monto autorizado, se deberá contar con el aval de la Junta Directiva.
- Velar porque todos los empleados de la sociedad cumplan estrictamente sus deberes, y poner en conocimiento de la Asamblea General de Accionistas y de la junta Directiva, las irregularidades y faltas graves que ocurran sobre el particular.

➤ **Director Médico:** Es nombrado por la Junta Directiva y su función general es la ejecución de labores de Dirección, coordinación, supervisión y asesoría a nivel profesional y paramédico de las actividades de atención al usuario de la Clínica e instituciones adscritas. Tiene como función:

- Mantener la calidad de la atención médica, de enfermería y paramédica a través de la coordinación de los diferentes comités, introducción las correcciones necesarias que ayuden a superar las deficiencias identificadas que contribuyan al mejoramiento en la prestación de servicios de salud.

- Supervisar el desarrollo de las funciones y actividades del personal médico, de enfermería, bacteriología, estadístico y radiológico, vinculados a la Clínica como a instituciones y profesionales adscritos solucionando los problemas e inconvenientes que se presenten en la prestación de los servicios médico asistenciales.
- Coordinación de los comités: infecciones, mortalidad hospitalaria, complicaciones anestésicas, ética de la atención, ética de la investigación, complicaciones quirúrgicas, complicaciones terapéuticas, falta de efectividad, urgencias, historias clínicas.
- Actualizar las guías de atención que orientan la práctica profesional asistencial médico, de enfermería y paramédica teniendo en cuenta la relación usuario-personal de salud, que garanticen el cumplimiento de la misión institucional.
- Coordinar todas las actividades médico asistenciales por médicos generales y especialistas.

Definidas entonces las funciones principales de los mandos superiores de la organización, se describen a continuación cada una de las áreas o departamentos funcionales presentes en el organigrama

**Área administrativa:**

Recursos Humanos.

Dpto. Contable.

Contabilidad.

Liquidación de honorarios médicos.

Dpto. Financiero.

Liquidación y facturación.

Cartera.

Tesorería.

Dpto. de Sistemas.

Dpto. de Mantenimiento.

Sedes ambulatorias de consulta externa.

Sede Cra 27.

Sede ESSA Cra 22.

Sede Piedecuesta.

Sede Floridablanca.

Almacén.

Servicios Generales.

Aseo.

Ropería.

Lavandería

Administración General.

Archivo de historias clínica y estadística.

Mensajería.

Recepción y conmutador

**Área de Calidad:**

Dpto. de Garantía de Calidad.

**Área de Control:**

Dpto. de control interno.

**Área operacional (clínico asistencial)**

Hospitalización.

UCI.

Cirugía.

Urgencias.

Consulta Externa.

Servicios de Apoyo:

Laboratorio Clínico

Imágenes Diagnósticas (Rayos X y Ecografías)

Nutrición y Dietética.

Terapias.

Farmacia.

#### **Área de Mercadeo y asistencia social.**

Dpto. de Mercadeo.

Asistencia social.

Salud Ocupacional.

Servicios Religiosos.

#### **Características de las áreas funcionales**

Autonomía y responsabilidad directa sobre los datos reportados y procesados en el área.

Manejo de presupuesto operativo, con asignación variable, manejo de presupuesto administrativo, con asignación fija.

Específicamente en el caso de las sedes ambulatorias de la Clínica Santa Teresa S.A. cuentan con un coordinador médico en común para ellas, y con administradores propios en cada una; las sedes mantienen un constante y fuerte contacto y todos los planes que se desarrollan y programas, se realizan en conjunto y al mismo tiempo, no son entes independientes y tienen prácticamente los mismos procesos para la prestación de los servicios a los pacientes.

El trabajo desarrollado en el siguiente proyecto será aplicado a cada una de las sedes ambulatorias de la entidad.

#### **2.2.2 Recurso humano.**

El recurso humano es uno de los elementos más importantes en toda organización,

principalmente en una empresa de servicios en donde el cliente tiene contacto directo con el personal de la institución, a continuación se hace una relación del número de personas clasificadas por áreas; es importante anotar que existen dos grupos generales, el grupo médico - asistencial quienes prestan los servicios directamente sobre los pacientes y el grupo administrativo o de soporte que en algunas oportunidades tiene contacto directo con el cliente.

Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. Los profesionales que realizaron estudios en el exterior, cuentan con la respectiva homologación por el ICFES.

Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.

En el área médico asistencial, se encuentran diferenciados los médicos que hacen parte del staff de la Clínica, algunos de estos médicos son socios y se consideran fijos en la institución y los médicos que prestan los servicios por medio de la cooperativa COOMESAN en el área de consulta externa, todo ellos serán clasificados según la especialidad.

**Tabla 1. Staff médico de la Clínica Santa Teresa S.A.**

<i>STAFF MÉDICO DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.</i>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>CANTIDAD</b>
Anestesiología.	1
Anestesiología y reanimación.	7
Cardiología.	2
Cirugía general (especialista).	7
Cirugía oncológica.	1

<b>STAFF MÉDICO DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.</b>	
Cirugía pediátrica.	2
Cirugía plástica.	1
Cirugía plástica y reconstructiva.	1
Cirugía plástica maxilofacial y de la mano.	1
Cirugía vascular y angiología.	1
Dermatología.	1
Gastroenterología.	1
Ginecología y obstetricia.	5
Hematología.	2
Medicina Interna.	9
Neurocirugía.	3
Oftalmología.	1
Ortopedia y traumatología.	5
Otorrinolaringología.	1
Pediatría.	2
Pediatría médica	1
Psiquiatría.	1
Urología	2
<b>SUB ESPECIALIDADES</b>	<b>CANTIDAD</b>
Neumología.	1
<b>APOYO DIAGNOSTICO - OTROS.</b>	<b>CANTIDAD</b>
Bacteriología.	3
Fisioterapia	3
Instrumentación quirúrgica.	5
Nutrición y dietética.	1
Químico farmacéutica.	1
Regencia en farmacia.	1
Radiología (técnico)	3
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

Tabla 2. Médicos sedes consulta externa Clínica Santa Teresa S.A.

<b>MÉDICOS SEDES- CONSULTA EXTERNA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>CANTIDAD</b>
Cirugía General.	5
Ginecología.	7
Medicina interna.	4
Neurocirugía.	2
Otorrinolaringología.	2
Pediatría.	6
Urología.	2
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>
<b>MEDICINA GENERAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
Medicina General y Cirugía.	29
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>

Tabla 3. Personal de enfermería CST y sedes consulta externa.

<b>PERSONAL DE ENFERMERIA C.S.T. Y SEDES CONSULTA EXTERNA</b>	
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>
Enfermeras profesionales.	23
Enfermeras auxiliares.	65
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>

El personal administrativo operativo será clasificado por áreas de servicio y por cada uno de las sedes de consulta externa

Tabla 4. Personal administrativo - operativo CST.

<b>PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPERATIVO C.S.T.</b>		
<b>UBICACIÓN GEOGRAFICA</b>	<b>ÁREA O DEPARTAMENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>

<i>PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPERATIVO C.S.T.</i>		
Calle 11 # 29 - 34 Principal Bucaramanga	Almacén	1
	Archivo de historias clínicas	2
	Arquitectura y obra	1
	Control interno	1
	Calidad	3
	Cartera	6
	Cirugía	5
	Contabilidad y honorarios médicos	5
	Facturación y liquidación.	18
	Farmacia	10
	Gerencia	2
	Hospitalización	10
	Imágenes diagnósticas	2
	Laboratorio	7
	Mantenimiento	5
	Mensajería	1
	Mercadeo	1
	Nutrición	17
	Recepción y conmutador	6
	Recursos Humanos	4
	Ropería	2
	Salud ocupacional	1
	Servicios religiosos	1
Sistemas	2	
Tesorería	2	
Urgencias	3	
Cll 17 #27 - 25 Sede Ambulatoria - Bucaramanga.	Administración	1
	Archivo de historias clínicas	2
	Auditoria farmacia	1
	Caja	3

<b>PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPERATIVO C.S.T.</b>		
	Citas médicas	7
	Coordinación Medica	2
	Estadística de P y P	1
	Mensajería	1
	Servicios generales	4
<b>Cll 22 #25 - 30 Sede ESSA - Bucaramanga.</b>	Administración	1
	Secretariado	1
	Servicios generales	1
<b>Cra. 9 #7 - 15 Sede Floridablanca</b>	Administración	1
	Secretariado	1
	Servicios generales	1
<b>Cll 10 #9 - 06 Sede Piedecuesta</b>	Administración	1
	Secretariado	1
	Servicios generales	1
<b>TOTAL</b>		<b>149</b>

Es importante anotar que el personal de celaduría de la Clínica y de sus sedes no se relaciona es la lista de empleados, ya que este servicio esta por outsourcing, es decir no pertenece directamente a la empresa, si no a una cooperativa de seguridad y vigilancia que es externa.

### 2.2.3 Infraestructura e instalaciones.

La Clínica Santa Teresa S.A. cuenta con la sede principal y cuatro sedes ambulatorias de consulta externa, dos de ellas ubicadas en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga, una en el municipio de Floridablanca y otra en el municipio de Piedecuesta, actualmente se encuentra en construcción la sede ubicada en municipio de Girón.

**Principal Clínica Santa Teresa S.A.- Cll 11 # 29 – 34.**

Como entidad prestadora de servicios de salud cuenta con las siguientes características de infraestructura.

**Figura 1.Fachada Clínica Santa Teresa S.A.**



**Figura 2.Jardín Interno Clínica Santa Teresa S.A.**



- La institución garantiza los servicios de suministro de agua, cuenta con planta eléctrica, sistemas de comunicaciones, y sistemas de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
- Las áreas de circulación cuentan con protecciones laterales en forma de barandas hacia los espacios libres.
- Existe un depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y corto punzantes
- La estructura es sismorresistente cumpliendo a cabalidad las disposiciones impuestas por ley para edificaciones de entidades de prestación de servicios de salud.
- Las rampas presentes en la institución están recubiertas con material antideslizante en todo el recorrido; como la Clínica tiene tres niveles, cuenta con ascensor para el acceso a cada uno de los niveles, las puertas del ascensor cumplen con el ancho mínimo de 0.90 m, exigido por ley.

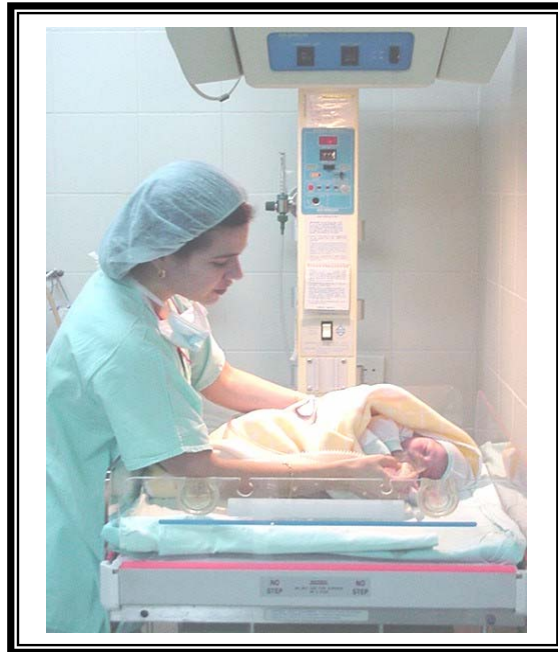
Se describe a continuación por áreas las condiciones estructurales. , que además cumplen con los requerimientos anteriormente descritos.

**Cirugía:**

**Figura 3. Sala de cirugía**



**Figura 4. Cirugía Área Neonatos**



El área de cirugía se encuentra delimitada, con acceso restringido y señalización correspondiente, no es un área de tránsito para movilizarse dentro de la institución, es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía ya que se encuentra ubicada en el primer piso de la Clínica.

Tiene un espacio físico para la recepción y entrega de pacientes, vestier y baño para el personal médico asistencial, cuatro salas de cirugía, área para lavamanos quirúrgicos, sala de recuperación localizada en forma contigua y comunicada con el área de recepción y entrega de pacientes.

Dentro del área de cirugía se encuentra delimitada de manera exclusiva la atención obstétrica en quirófano independiente destinado solo para este tipo de intervención.

**Características de los quirófanos o salas de cirugía:**

- Las puertas para los quirófanos tienen un ancho mínimo de 1.40 m y visor.
- Existe una red que garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno y gases medicinales.

- Cuentan con red de tomas eléctricas con el sistema de polo a tierra.
- Tienen iluminación la cual es uniforme y simétrica en el campo operatorio.
- La sala de cirugía cuenta con un sistema para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacía al exterior.
- Cada sala tiene las paredes enchapadas.

#### Farmacia:

Figura 5. Área de Farmacia



Cuenta con un área exclusiva, de circulación restringida, con temperatura adecuada para el mantenimiento y almacenamiento de los medicamentos farmacéuticos con un sistema de ventilación artificial.

Tiene un sitio delimitado para la ubicación de los medicamentos de control dentro de la misma farmacia garantizando adecuadas medidas de seguridad, un lugar definido para la dispensación de los medicamentos por medio de ventanillas de servicio.

Hospitalización:

Figura 6. Pasillo Hospitalización

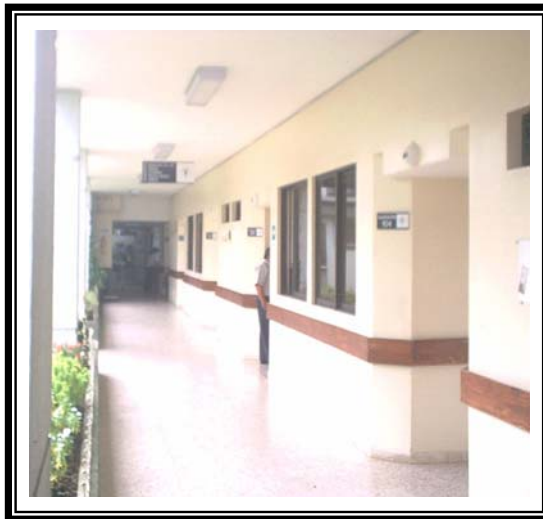


Figura 7. Central de enfermería segundo piso



Figura 8. Central de enfermería primer piso



El área de hospitalización se distribuye en el primer y segundo piso de la institución con tres centrales de enfermería, cada central de enfermería garantiza la monitorización de pacientes y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización.

**Características de las centrales de enfermería:**

- Cada central cuenta con un tablero de señal visual y auditiva en donde se registra el llamado en cada uno de los cuartos.
- Cuentan con depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos, biosanitarios, anatomopatológicos y corto punzantes.
- Existen en total 20 habitaciones unipersonales, 17 cuartos bipersonales y dos habitaciones triples.

**Características de los cuartos de hospitalización:**

- Cada uno de los cuartos cuenta con la red para el suministro de oxígeno.
- Están instaladas las conexiones para utilizar el equipo de rayos X portátil, cuando el paciente no se puede movilizar de la habitación.
- Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas.
- Cuenta con baño privado y el ambiente de los mismos permite el fácil desplazamiento del paciente.
- En cada uno de los cuartos existen condiciones favorables de ventilación.
- Servicio telefónico, de agua, electricidad, y señal de televisión.
- Sistema de solicitud de servicio, por medio de un timbre que al ser oprimido emite un sonido y una señal visual en el tablero ubicado en la central de enfermería correspondiente.

## Imágenes Diagnósticas:

Figura 9. Recepción Imágenes Diagnósticas



Figura 10. Sala de Rayos X



El área de imágenes diagnósticas se encuentra delimitada con un espacio físico exclusivo, con adecuado blindaje en paredes y puertas, que garantiza que los niveles de radiación en las áreas adyacentes no superen los límites establecidos por la autoridad reguladora, se cuenta con dos salas de 30 metros cuadrados, un cuarto oscuro, una sala de ecografías y una sala para lectura de estudios radiológicos.

Laboratorio:

Figura 11. Toma de muestras



Figura 12. Análisis de muestras



El laboratorio esta ubicado en un lugar exclusivo con acceso restringido, cuenta con aire acondicionado para mantener los niveles de temperatura adecuados, tiene un área externa para la toma de muestras, un área administrativa, área para lavado de material y preparación de reactivos, cuenta con áreas técnicas exclusivas para cada uno de los servicios como son hematología, inmunología, microbiología, bioquímica, coprología y orinas.

## Mantenimiento.

**Figura 13. Pasillo de mantenimiento**



En la Clínica Santa Teresa S.A. existe un área destinada para el mantenimiento de los diferentes elementos que hacen parte de la prestación del servicio, allí se encuentra un mini taller dotado de herramientas de trabajo, una bodega de almacenamiento de elementos propios de este departamento como son pinturas, piezas, tornillos, hojas de vida de los equipos, elementos dados de baja o que están a la espera del mantenimiento.

## UCI (Unidad de Cuidado Intensivo):

**Figura 14. Unidad de cuidados intensivos.**



El área de cuidados intensivos se encuentra delimitada y con acceso restringido siendo un área exclusiva intra hospitalaria, está ubicada en el segundo piso de la institución con acceso por escaleras y ascensor.

#### **Características del área interna de la UCI:**

- Internamente es una amplia sala con tres camas separadas entre si.
- Área para depósito de material estéril e insumos.
- Área para preparación de medicamentos.
- Circuito eléctrico que permite para mantener los equipos conectados a fin de que las baterías se encuentren cargadas en todo momento.
- Red para el suministro de oxígeno, de aire comprimido y de succión por paciente.
- Las puertas de acceso al servicio permiten un fácil paso y giro de camillas de transporte.

#### **Urgencias:**

**Figura 15. Sala de espera urgencias**



Figura 16. Entrada a urgencias



Figura 17. Enfermería de urgencias



El área de urgencias de la Clínica Santa Teresa S.A. está ubicada en un lugar exclusivo delimitado, en el primer piso de la institución con acceso directo desde el exterior por la carrera 30 entre calles 11 y 12.

El área esta compuesta por tres consultorios con las características estructurales a los consultorios de consulta externa, una central de enfermería (características iguales a las centrales de enfermería en hospitalización), una sala de observación con capacidad de doce camas y cuatro puestos para nebulizaciones, una sala de reanimación, una sala de pequeña cirugía y procedimientos con área para curaciones, cuenta con un área administrativa de

recepción y comprobación de derechos del paciente que ingresa al servicio y una sala de espera al servicio.

En el área de urgencias se garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación.

### **Sedes ambulatorias de consulta externa Clínica Santa Teresa S.A.**

Las sedes ambulatorias de consulta externa de la Clínica Santa Teresa S.A. están separadas físicamente de la institución principal, cada sede está ubicada en un punto geográfico con edificaciones diferentes, se procede a describir la estructura física de cada una de ellas.

Todos los consultorios de las sedes presentan espacios cerrados con ambientes delimitados para entrevista del paciente y el examen las siguientes características:

Disponibilidad de unidad sanitaria

**Sede de la cr 27 (Cll 17 # 27 - 25):**

**Figura 18. Fachada sede ambulatoria Cr27**



Esta sede es la más grande de todas y es el centro médico administrativo de las demás, cuenta con 5 niveles en su estructura, siendo los cuatro primeros utilizados para el servicio de pacientes, el último está destinado para una mini cocina y el archivo de documentos y soportes, propios del servicio (excluyendo las historias clínicas que se encuentran en el segundo nivel en un área destinada para su almacenamiento y conservación).

La sede tiene ascensor, cuenta con pasamanos y rampas antideslizantes para el movimiento de pacientes en silla de ruedas.

**Figura 19. Sala de espera de farmacia.**



**Figura 20. Cajas - pago de cuotas moderadoras**



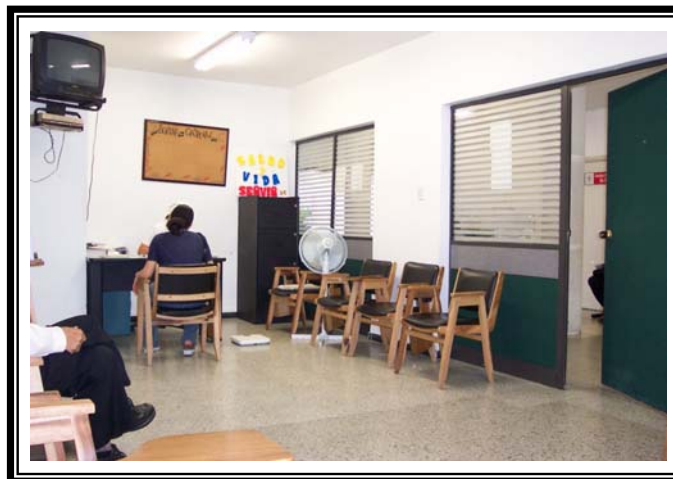
En el primer nivel se encuentra la puerta de salida de la sede, el área de farmacia en donde se despachan los medicamentos a los pacientes, las oficinas administrativas y están ubicadas las tres cajas en las cuales los pacientes cancelan la prestación del servicio.

**Figura 21. Asignación de citas médicas**



En el segundo nivel se encuentra el acceso a la sede y un sitio destinado para las auxiliares de asignación de cita telefónica y presencial en donde los pacientes pueden hacer cola, además está ubicado un consultorio para el manejo de vacunación y el archivo de historias clínicas.

**Figura 22. Sala de promoción y prevención**

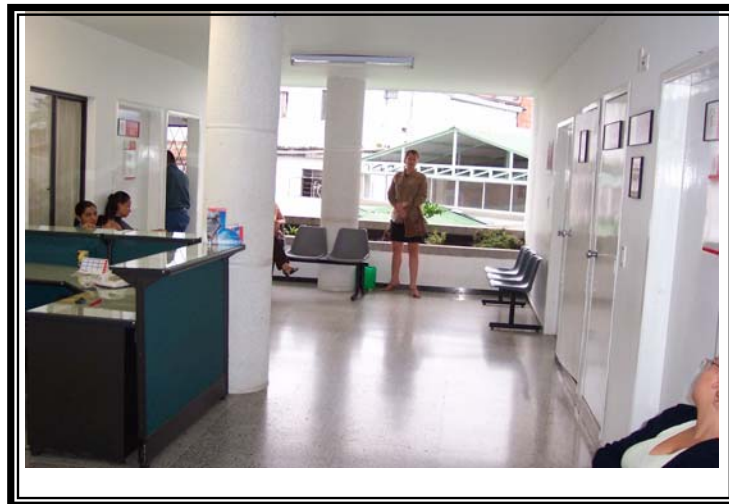


**Figura 23.. Sala de espera pediatría**



En el tercer nivel están ubicados los consultorios de medicina general para el manejo de pacientes crónicos (ligados al programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular), los consultorios de medicina especializada, la sala destinada para los programas de promoción y prevención, los consultorios de pediatría y ginecología.

**Figura 24. Sala de espera cuarto nivel**



En el cuarto nivel están ubicados otros consultorios de medicina general

En el quinto nivel se ubican la cocina y áreas de oficios generales, también se encuentra ubicado el archivo inactivo de documentos.

Sede de la ESSA (Cll 22 # 25 - 30 ):

Figura 25. Fachada sede ambulatoria ESSA



Figura 26. Sala de espera pacientes ESSA



Esta sede ambulatoria se encuentra dentro del área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga, cuenta con un solo nivel con cuatro consultorios para consulta externa, un área de farmacia. Un consultorio para odontología, un salón para los cursos de promoción y prevención, dos salas de espera para los pacientes, un área para el archivo de historias clínicas, una sección para el desarrollo de las labores de enfermería y curaciones, una oficina para el administrador de la sede; esta sede se conoce como la sede de la ESSA porque la mayoría de los usuarios son del sindicato de electrificadora de Santander.

Sede de Floridablanca (Cra 9 # 7 - 15):

**Figura 27. Fachada sede ambulatoria Floridablanca**



En el municipio de Floridablanca se encuentra esta sede ambulatoria de Clínica Santa Teresa S.A. su estructura esta compuesta de dos pisos:

**Figura 28. Asignación de citas**



En el primero nivel se encuentra el área para asignación y cancelación de las citas, el área de la farmacia, un consultorio de medicina general, la oficina del administrador, la sala de espera de los usuarios y una zona para la atención de enfermería y curaciones.

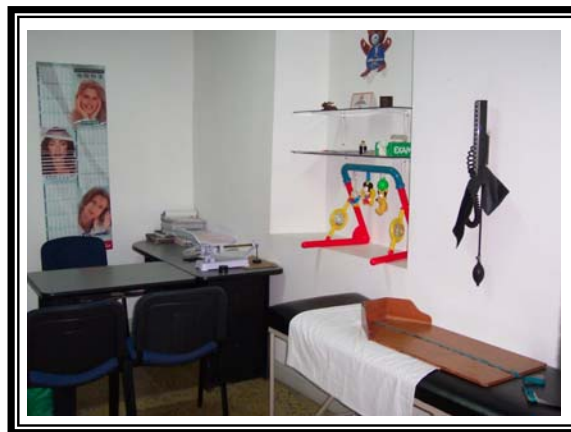
En el segundo nivel se encuentran tres consultorios de medicina general pero solo están siendo utilizados dos, una sala de espera para los pacientes

Sede de Piedecuesta (CII10 #9 -06 ):

Figura 29. Fachada sede ambulatoria Piedecuesta



Figura 30. Consultorio de pediatría



En el municipio de Piedecuesta se encuentra esta sede ambulatoria de la Clínica Santa Teresa S.A. esta ubicada en una casa de un solo nivel en donde se encuentra un área para la farmacia, una zona de enfermería y curaciones, un laboratorio clínico, dos consultorios de medicina general, un consultorio de pediatría y ginecología, un área para el archivo de historias clínicas y dos oficinas administrativas.

Se prestan los servicios de medicina general, ginecología, pediatría y los programas de promoción y prevención de crecimiento y desarrollo, el niño sano y control prenatal (curso

psicoprofiláctico)

Equipos por áreas de servicios.

La institución cuenta con una diversidad de equipos médicos y quirúrgicos de tecnología adecuada dando cumplimiento a las normas legales del sistema de seguridad social en Colombia según sea el nivel de complejidad en la prestación de servicios de la institución.

Tabla 5. Relación de equipos por unidad de servicio

<i>RELACIÓN DE EQUIPOS POR UNIDAD DE SERVICIO.</i>	
UNIDAD FUNCIONAL	NOMBRE Y/O DESCRIPCIÓN.
HOSPITALIZACIÓN.	Estetoscopio Littman 3M Ref 2202.
	Glucómetro.
	Bombas de infusión.
	Flujómetros Cheretron Acople Macho 1/8.
	Equipo de Faco emulsificador universal.
	Tenciometros Liester Alemán.
	Camas semieléctricas.
CIRUGÍA.	Electrobisturi marca Alsa Mod ALSATUM EP554.
	Aspirador portátil de doble función marca SUPER SU.
	Equipo de anestesia marca OHIO Ref 210750-4810.
	Monitor de signos vitales no invasivo marca DATOSC.
	Sierra para cortar yeso Ref 810 OCTOPUSY SERV 120VH.
	Monitor Mod101 serie 89012621 BIOMEDICAL SYSTEMING.
	Estabilizador APPEL monofásico CB 77
	Unidad completa de oxipulso probador de dedo A/C.
	Dilatador esofágico TFX MEDICAL.
	Cardiovector o desfibrador marca MARCA BURDICK.

<b>RELACIÓN DE EQUIPOS POR UNIDAD DE SERVICIO.</b>	
	Dermatomo zimmer conn motor eléctrico.
<b>CIRUGÍA</b>	Microscopio quirúrgico.
	Pulxiometro demo SYSTEMS.
	Ventilador veolor con software.
	Autoclave.
	Eyectores vacómetros.
	Respirador marca NEWPORT.
	Humificador FISCHER & PAYKEL.
	Electrocardiografo.
	Monitor neumático para ortopedia.
	Monitor de gases anestésicos OHMEDA MODELO 5250.
	Micro válvula programable.
	Video KARL STORZ 20210.
	Endoscopio.
	Cauterizador.
	Equipo de episiotomía y episiorrafia.
<b>LABORATORIO.</b>	Clinicon 4010 bomba de succión.
	Centrifuga para banco de sangre.
	Electrodo de REF. No. 0205.
	Analizador portatil.
	Time PC 4 * 145 Aspirations
	Centrifugadora dinámica de 24 tubos.
	Time PAC 4*145 Aspirations.
	Calibradores.
	Equipo de laboratorio.
	Equipo PHOTOMETER.
	Equipo analizador M-865
	Equipo de Facoemulsificación AMO-PRESTIGE (consta de los

<b>RELACIÓN DE EQUIPOS POR UNIDAD DE SERVICIO.</b>	
	siguientes componentes: consola PRESTIGE, pedal radian, atril automático, carro de bandeja de mayo, control remoto PRESTIGE, pieza de mano PROFICIENT, llave de ajuste para puntas TITANIUM).
<b>LABORATORIO.</b>	Autosampler Carrusel.
	Microscopio binocular.
<b>UCI.</b>	Equipo de reanimación.
	Pulsoxímetro.
	Aspirador de secreciones.
	Desfibrilador.
	Glucómetro.
	Monitor con trazado electrográfico.
	Bomba de infusión.
	Monitor con trazado EKG.
	Computador de gasto cardíaco.
	Fuente de marca paso.
<b>IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</b>	Chasis CRC SIN W 11X14X100
	Pantalla Konica tipo XR X 17
	Telescopio portatubi de rayos X.
	Acople para SERVOMOTOR SW SELECTO
	Tubo de rayos X para instalar quipo de RX.
	Dosimetro.
	Generador de rayos X.
	Negatoscopio.
	Transductor CONVEX FR 35 MH2 marca ALOKA.
	Ecografo MEDISON.
<b>ADMINISTRACIÓN</b>	Hub Superstar 11 10 DE 24 puertos 3COM

<i>RELACIÓN DE EQUIPOS POR UNIDAD DE SERVICIO.</i>	
	Ups 1800 VA/126W, UPS SMART A.P.C.
ADMINISTRACIÓN	Sistema telefónico electrónico.
	Tarjetas de red NOVELL, MULTI I/O
	Concentrador de 8 puertos.
	Equipos de cómputo.
	Modems RAD SHORT RANGE
	Generador de tono.
	Fax Panasonic.
	Conmutador.
	Impresoras

En la tabla anterior se relacionaron los elementos y equipos más relevantes en cada una de las secciones.

En el caso específico de consulta externa en cada una de las sedes ambulatorias se puede decir que se tiene establecidos unos estándares referentes a la dotación de los consultorios de la siguiente manera:

**Tabla 6. Estándar de dotación consulta externa - sedes ambulatorias**

<i>ESTANDAR DE DOTACIÓN CONSULTA EXTERNA-SEDES AMBULATORIAS</i>	
AREA FUNCIONAL.	DESCRIPCION
CONSULTORIO MEDICINA GENERAL	Escritorio.
	Sillas.
	Camilla para examen.
	Escalerilla.
	Lámpara cuello de cisne.

<i>ESTANDAR DE DOTACIÓN CONSULTA EXTERNA-SEDES AMBULATORIAS</i>	
	Mesa Auxiliar.
	Recipiente para desechos.
CONSULTORIO MEDICINA GENERAL	Fonendoscopio.
	Tensiómetro.
	Balanza.
	Tallímetro.
	Cinta métrica.
	Campana de pinar.
	Netagoscopia.
	Equipo de órganos de los sentidos.
	Recipientes para desinfectantes.
	Recipientes para torundas y/o bajalenguas.
CONSULTORIO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Escritorio.
	Silla
	Camilla para examen.
	Escalerilla.
	Lámpara cuello de cisne.
	Mesa Auxiliar.
	Recipientes para desechos.
	Fonendoscopio.
	Tensiómetro.
	Balanza.
	Equipo de órganos de los sentidos.
	Recipientes para desinfectantes.
	Tallímetro.
	Nevera.

<b>ESTANDAR DE DOTACIÓN CONSULTA EXTERNA-SEDES AMBULATORIAS</b>	
VACUNACIÓN	Termo.
	Termómetro de máximos y mínimos.
VACUNACIÓN	Laringoscopio pediátrico.
	Ambú pediátrico.

Fuente: Mejía, Braulio. Auditoria médica para la garantía de calidad en salud, Colombia, 2000

Para el caso de los consultorios de medicina especializada además de contar con los equipos y elementos del consultorio de medicina general se cuenta con los equipos e instrumental necesarios, de acuerdo al tipo de especialidad ofrecida.

## 2.3 ASPECTOS COMERCIALES Y DE MERCADEO

### 2.3.1 Portafolio de servicios.

La Clínica Santa Teresa S.A. presta servicios clínicos asistenciales, para satisfacer las necesidades de salud de la población, dichos servicios se encuentran clasificados según el nivel de complejidad.

### LABORATORIO CLÍNICO

Servicio que consiste en la toma y procesamiento de exámenes de laboratorio y cuya función es la de ayudar a esclarecer el diagnóstico, se ofrece a los afiliados y particulares.

En la consulta médica son ordenados los exámenes por el profesional de salud y el usuario debe dirigirse al punto de servicio para solicitar la orden de servicio y además

debe cancelar el copago o cuota moderadora.

Además el cliente recibe instrucciones generales de preparación de acuerdo al examen requerido.

Los exámenes de laboratorio más comúnmente ordenados, que se ofrecen para afiliados de las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Particulares son:

- Ácido Úrico.
- Beta HCG Cuantitativa.
- Biopsias Simples.
- Baciloscopia.
- Bilirrubina Total y Directa.
- Citología.
- Colesterol Total y HDL.
- Coprológico.
- Creatinina.
- Cuadro Hemático.
- Cultivo y Antibiograma.
- Directo y Gram de Flujo Vaginal.
- Espermograma Factor R.A.
- Glicemia.
- Anticuerpos para Hepatitis.
- Hemoglobina.
- Hemoclasificación.
- KOH.
- BUN.
- Prueba de Embarazo.
- Parcial de Orina.
- Proteína C Reactiva.
- TSH.

- Perfil Tiroideo.
- Tiempo de Protombina.
- Triglicéridos.
- Velocidad de Sedimentación.
- VDRL.
- VIH (SIDA).

## RADIOLOGÍA Y ECOGRAFIAS.

Procedimientos para la toma y procesamiento de Ecografías y Rayos X, contemplados en el plan obligatorio de salud que se realizan en la Clínica.

El resultado de estos exámenes le sirve al médico para confirmar o negar el diagnóstico previo y decidir el tratamiento médico o quirúrgico.

Para acceder a estos servicios hay que dirigirse a las sedes de la clínica. Allí se da información sobre el valor del examen y se procede a elaborar la orden de servicio. La Auxiliar del Punto de Servicio le informa al usuario el nombre del centro radiológico asignado con la dirección y teléfono.

### **Imagenología.**

- RX de manos, dedos, pie, clavícula, antebrazo, calcáneo.
- RX de brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato.
- RX de pelvis, cadera, fémur.
- RX de huesos nasales, maxilar inferior.
- RX de cráneo simple.
- RX de columna, tórax.

**Ecografías:** Pélvica, Abdominal y Transvaginal.

## **CONSULTA MÉDICA GENERAL.**

El médico general realiza la evaluación clínica, en la cual se entrevista al usuario y luego realiza una inspección física, para emitir un diagnóstico acertado y proceder al tratamiento.

El objetivo de los profesionales de la Clínica Santa Teresa S.A., es el de promover la salud y/o controlar factores de riesgo. Para acceder a una cita el usuario inicialmente debe comunicarse por medio de línea telefónica o de manera presencial en la sede ambulatoria y procede a acordar la cita, posteriormente debe presentarse con documento de identificación, carné de la Empresa Promotora de Salud EPS y el dinero correspondiente para cancelar de acuerdo a su condición de afiliado cotizante o beneficiario.

## **CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA.**

Las sedes ambulatorias de la Clínica Santa Teresa S.A. prestan el servicio de consulta médica especializada, que contempla cinco especialidades como son:

- Medicina Interna.
- Cirugía General.
- Pediatría.
- Gineco Obstetricia.
- Dermatología.

El servicio se presta a la población afiliada a los convenios que se tienen con las Empresas Promotoras de Salud - EPS.

Una vez asignada la cita, se debe presentar a la sede de la de la Clínica quince minutos antes de la hora fijada en el punto de servicio con documento de identificación, carné de la EPS y el dinero para cancelar de acuerdo a su condición de afiliado cotizante o afiliado beneficiario.

## PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

### **Atención a madres gestantes.**

**Consulta prenatal:** Estas consultas se realizan para detectar riesgos de enfermedad o muerte de la madre o el feto. La prestación del servicio se hace en las sedes de la clínica.

Las citas de Control Prenatal se asignan en forma personal en el punto de promoción y prevención de las sedes en donde se encuentra asignada la paciente y generalmente se solicita luego de salir de un control.

Las actividades educativas tienen programación específica en cada sede y se le informa a la usuaria telefónicamente la fecha, hora y lugar de las actividades. Están disponibles permanentemente en horario amplio de acuerdo a la programación que tenga cada sede de la institución.

**Gimnasia Prenatal.:** Consiste en actividades educativas grupales por equipo interdisciplinario (Áreas de Nutrición y dietética, Psicosocial, Enfermería, Salud oral, Educación física y Medicina), que complementan, enriquecen y fortalecen la atención individual realizada por el médico en el control del embarazo.

La prestación del servicio se hace en las sedes ambulatorias de la Clínica Santa Teresa S.A. en los horarios estipulados de atención. La inscripción se realiza permanentemente en los horarios hábiles del servicio.

Las actividades educativas tienen programación específica en cada sede y se le informa al usuario personalmente la fecha, hora y lugar de la primera sesión y las otras serán semanales el mismo día, hora y lugar.

### **Crecimiento y desarrollo.**

El programa de Crecimiento y Desarrollo busca promover la salud y prevenir la enfermedad en los niños, con el fin de que tengan cada vez más autoestima, sean sanos, autónomos, creativos, solidarios y felices.

Pretende ofrecer orientaciones generales que faciliten al equipo de salud un acompañamiento efectivo a los niños y a sus padres en el proceso de crecimiento y desarrollo hacia la adultez, teniendo en cuenta el escenario social en que viven, con las potencialidades y limitaciones propias de cada comunidad, cada familia y cada niño.

Se hace atención de ingreso al programa por el médico y la auxiliar de enfermería, dura 30 minutos (20 minutos con Médico y 10 minutos con Auxiliar). En las demás citas se efectúa una atención grupal donde interviene un equipo transdisciplinario conformado por: Nutricionista, Psicólogo o Trabajador social, Médico y Auxiliar de Enfermería con una duración de dos horas.

### **Prevención de riesgos cardiovasculares.**

El programa permite detectar tempranamente la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, la obesidad y el sobrepeso, y poder brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte.

El tratamiento de las enfermedades que presentan riesgo cardiovascular, tienen dos componentes básicos: Intervención sobre factores de riesgo y estilos de vida saludables:

Un factor de riesgo es una condición propia del individuo (edad, raza, sexo) o adquirida por él (cigarrillo, falta de ejercicio, manejo inadecuado de la alimentación), que lo hacen más propenso o susceptible de presentar la enfermedad, las complicaciones, las secuelas o la muerte anticipada.

El tratamiento farmacológico siempre debe ir acompañado del primero (modificaciones en el estilo de vida) pero no siempre se requiere.

La atención individual o por grupos se realiza por un Equipo Interdisciplinario: Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos.

Las citas de control individual se asignan directamente en los puntos de promoción y prevención. A las actividades educativas grupales se les hace una preinscripción por las enfermeras y se les confirma fecha, hora y lugar por teléfono.

#### **Vacunación:**

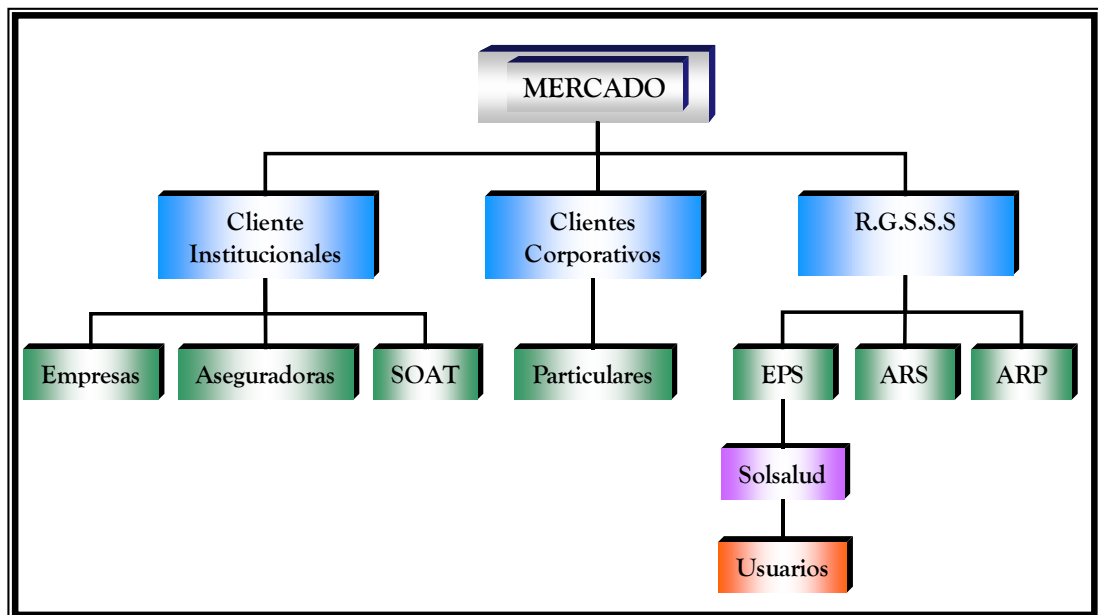
**Plan Ampliado de Inmunización PAI:** Programa dirigido a disminuir la probabilidad de aparición de enfermedades infectocontagiosas producidas por virus y bacterias posibles de prevenir con la aplicación de las vacunas disponibles en Colombia, busca cubrir la población afiliada a la Empresas Promotoras de Salud - E.P.S.

Las vacunas incluidas en el programa son la de Tuberculosis (BCG), Poliomieltis, Hepatitis B, DPT (Difteria, Tosferina y Tétano), Hemophilus Influenza tipo B, SRP (Sarampión, Rubéola y Papera), Toxoide Tetánico y Diftérico y Fiebre Amarilla. No tienen ningún costo para el usuario y el servicio puede ser solicitado personalmente.

### 2.3.2 Clasificación de los clientes y perfil de los usuarios.

Los clientes de la Clínica Santa Teresa S.A. se pueden diferenciar en tres grupos importantes como se ve en la siguiente figura:

Figura 31. Composición del mercado



Las siguientes son algunas de las entidades clientes de la Clínica Santa Teresa S.A.:

Solsalud EPS, Servir S.A, ARP Seguros de Vida Colpatria, Aseguradora Colseguros S.A, Cafaba S.A, Cafesalud EPS, Cajanal EPS, Cajasalud, Cajasan, Capruis, Compañía Agrícola de Seguros, Compañía Suramericana de Seguros, Colmena ARP, Colsanitas S.A, Colseguros ARP, Colseguros EPS, Comfenalco EPS, Compañía de Seguros Bolivar, Coomeva, Corvisalud ARP, Fisalud, Humana EPS, Humana Medicina Prepagada, La Equidad ARP, La Previsora ARP, La Previsora S.A, Liberty Seguros de Vida S.A, Mafre Colombia, Medisanitas, Prosalud LTDA, Royal y Sunalliance, Salud Colmena, Salud Colpatria, Salud Total, Saludcoop, Sanitas EPS, Seguros del Estado S.A, Suratep,

En los siguientes párrafos se identifican únicamente los perfiles de los usuarios de los servicios que se prestan en consulta externa de las sedes ambulatorias hacia donde esta enfocado el presente proyecto y a quienes afectará el sistema de gestión de calidad.

**Clasificación A, B o C de cuota moderadora y copago según el ingreso salarial :** Son tarifas diferenciales según el ingreso salarial de los trabajadores para obtener los beneficios del Plan obligatorio de Salud.

Clasificación de cuota moderadora y copago por grupos según ingresos

**Grupo de ingresos:**

**Tabla 7. Clasificación grupal para cuota moderadora y copago según ingresos**

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL GRUPO
A	Cotizantes con ingresos inferiores a 2 SMLMV <sup>9</sup>
B	Cotizantes con ingresos entre 2 y 5 SMLMV
C	Cotizantes con ingresos superiores a 5 SMLMV

Fuente: Resolución 260 del 27 de febrero de 2004

## PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

### Atención a madres gestantes.

**Control prenatal:** Atención médica para las madres que se encuentran en embarazo, se inicia desde el momento de la definición del embarazo hasta el parto.

Tienen derecho a este servicio las madres gestantes afiliadas a las Empresas Promotoras de Salud.

Para los usuarios afiliados por la EPS, el ingreso al programa genera cobro de una

---

<sup>9</sup> Salario mínimo legal vigente

cuota moderadora de acuerdo a la clasificación salarial:

**Gimnasia prenatal:** Tienen derecho a este servicio la madres gestantes afiliadas a las Empresas Promotoras de Salud.

#### **Crecimiento y desarrollo:**

Tienen derecho los niños de 0 a 6 años y sus padres o acompañantes afiliados al Plan Obligatorio de Salud y particulares.

Para los usuarios afiliados a la entidad promotora de salud el ingreso al programa genera una cuota moderadora de acuerdo a la clasificación salarial:

Las citas para la atención se deben solicitar en los puntos de promoción y prevención y éstas se dan a partir de una guía definida de acuerdo con la edad del niño en meses, así:

0 - 3, 4 - 6, 7 - 9, 10 -12, 13 - 18, 19 - 24, 25 - 36, 37 - 48, 49 - 60.

El ingreso se realiza luego de la inscripción a cualquier edad de 0 - 59 meses.

#### **Prevención de riesgo cardiovascular**

Ingresa al programa la población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad; que sean afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS.

**Hipertensión arterial (HTA) o Presión Alta:** Son pacientes potenciales las personas que tengan una presión arterial igual o mayor de 140 / 90 milímetros de mercurio (mmHg) en forma sostenida durante un periodo de tiempo.

**Diabetes Mellitus (DM) o Azúcar en la sangre:** Es una alteración en la utilización de los alimentos por el organismo debida a la ausencia de insulina o resistencia a

ella que se manifiesta por exceso de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre.

**Dislipidemias o Colesterol o grasas aumentadas:** Es una alteración en la utilización de los alimentos por el organismo que lleva a exceso de grasa que se acumula en las arterias y se puede desprender dentro de ellas causando taponamiento (infartos, obstrucción arterial).

**Obesidad:** Es una alteración en la utilización de los alimentos por el organismo que lleva a exceso de grasa que se acumula en la periferia del organismo como cintura, caderas, etc., causando exceso de peso.

Para los usuarios afiliados por la entidad promotora de salud, el ingreso al programa genera una cuota moderadora de acuerdo a la clasificación salarial.

**Vacunación:**

A este servicio tienen derecho los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS, la población objeto son los niños y niñas recién nacidos hasta los cinco años de edad, de los 10 a los 11 años y la población femenina de los 10 a los 49 años.

**Tabla 8. Cronograma vacunación promoción y prevención**

Enfermedad	Vacuna	Dosis	Edades	Intervalo	Refuerzo
Tuberculosis	BCG	1	Menor de 1 año	No	No
Poliomielitis	Antipolio	4	Recién nacido, 2, 4 y 6 meses	4 semanas	•• 18 meses •• 5 años
Hepatitis B	Antihepatitis B pentavalente	3	Recién nacido, 2 y 6 meses hasta los 5 años	Mínimo 4 semanas	No
Difteria, Tosferina y	DPT pentavalente	3	2, 4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	•• 18 meses •• 5 años

Enfermedad	Vacuna	Dosis	Edades	Intervalo	Refuerzo
Tétanos					
Neumonía y Meningitis por Hemophilus Influenza tipo B	Hemophilus Influenza tipo B pentavalente	3	2,4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	No
Sarampión, Rubéola y Paperas	SRP o Triple Viral	1	1 año	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>•• Refuerzo único a los 5 años</li> <li>•• Hasta el año 2007 se aplicará a los 10 años de edad</li> </ul>
Sarampión y Rubéola	SR	1	Mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, sin antecedentes de vacunación previa con SRP o Rubeola. Se aplica en el Post-parto ó en el Post-aborto	No	No
Tétanos Neonatal y Difteria	Toxoide Tetánico y Diftérico	5	Mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años	1ª dosis inicial, 2ª dosis a las 4 semanas de la primera, 3ª dosis a los 6 meses de la 2ª, 4ª dosis a al año de la 3ª, 5ª dosis al año de la 4ª	No
Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla	1	Mayores de 1 año		Cada 10 años, en zonas de alto riesgo o viajeros

Fuente: Folleto programa de inmunización del ministerio de la protección social

### 2.3.3 Proveedores de bienes y servicios.

La Clínica Santa Teresa S.A. cuenta con una amplia gama de proveedores de bienes y servicios, de medicamentos y elementos médico quirúrgicos, que se clasifican a continuación:

Entre los principales proveedores de medicamentos y elementos médico quirúrgicos se encuentran:

Servifarma S.A, Dromedica, Royal Medical, LM Instrumental LTDA, CTP Médica S.A., Productos Médicos B.G.T S.A., Distrimedics de Colombia y CIA S. en C., Orion Médica S.A., Farma Clinic LTDA, Industrias Médicas San Pedro, JM Suministros Médicos, Distriquímicos Aldir LTDA, Ucipharma S.A., Schering Colombia S.A., Gases Industriales de Colombia CRYOGAS, B. Braun Medical S.A., Quirumédicas LTDA, Laboratorios Baxter S.A., Abbott Laboratories de Colombia S.A., IFSA Industrias Farmacéuticas S.A, Laboratorios ECAR LTDA

Dentro de los proveedores de servicios de seguridad, de exámenes complementarios que no se realizan dentro de la institución, servicios de transporte de pacientes (ambulancias), servicio de lavandería se encuentran las siguientes empresas:

Lavancer S.A, Diagnoslab LTDA, Garantía LTDA, Emermédica y Ayudamedica.

En la actualidad, el número de proveedores ha disminuido debido al cierre de los créditos por parte de los mismos, causado por el incremento de las cuentas por pagar a proveedores; a pesar de ésta situación se han utilizado canales de comunicación para llegar a acuerdos de pago y continuar con el vínculo comercial con plazos de pago más flexibles.

## 2.4 ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES

### 2.4.1 Tipos de acciones y calidad de los accionistas:

El capital de la sociedad está representado en acciones ordinarias y nominativas, todos los accionistas deben ostentar el título de médico, expedido por una universidad legalmente reconocida en Colombia. Se requiere la aprobación de la asamblea general de accionistas con el voto favorable del setenta por ciento de las acciones suscritas para autorizar el ingreso de accionistas que no posean la calidad de médico.

Actualmente la sociedad está conformada por veintidós accionistas de los cuales dos son entidades es decir personas jurídicas y el resto son personas naturales.

### 2.4.2 Sobre los estados financieros y dividendos.

Las cuentas de la Clínica Santa Teresa S.A. se cortan a 31 de diciembre de cada año, produciendo los estados financieros correspondientes entre ellos el balance general; cabe anotar que en cualquier momento la Junta Directiva puede ordenar la elaboración de balances extraordinarios, pero las utilidades que aparecen allí no pueden ser distribuidas en forma alguna.

Se realiza la reserva anual estipulada por ley de no menos del diez por ciento de las utilidades líquidas del ejercicio y con un tope máximo del cincuenta por ciento del capital suscrito; después de hecha la reserva y las apropiaciones del pago de impuestos se procede a distribuir el remanente entre los accionistas en proporción a la parte pagada del valor nominal de las acciones o del número de acciones que posean.

#### 2.4.3 Políticas y prácticas contables.

La Clínica Santa Teresa S.A. cuenta con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan Único de Cuentas que aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas, la contabilidad se registra por el sistema de causación, los activos fijos se deprecian por el sistema de línea recta, con una vida útil para las edificaciones de veinte años; para la maquinaria y equipo médico científico y los equipos de oficina de diez años y para el equipo de cómputo de cinco años.

Los ajustes por inflación se registrar anualmente; el sistema de inventarios es permanente y se costea por el método de promedio ponderado.

El costo de los honorarios médicos de especialistas se reconoce en la fecha de la factura de la Clínica que los incluye y por igual valor, aplicándoles la retención en la fuente, aún cuando su reconocimiento y exigibilidad estén condicionados a la aprobación de la entidad contratante y a la cancelación de la factura, respectivamente. Las glosas se reconocen en la fecha en que se conozca ajustando el pasivo registrado inicialmente.

Los costos por honorarios de apoyo diagnóstico se reconocen como un porcentaje sobre los valores facturados por cada concepto de ingreso así:

Laboratorio clínico en un cincuenta por ciento (50%).

Rayos X en un treinta por ciento (30%).

Ecografía en un sesenta por ciento (60%).

Su reconocimiento y exigibilidad se producen en igual forma que los honorarios de especialistas.

#### 2.4.4 Presupuestos.

Cada uno de los centros de costos de la entidad (generen o no ingresos), deben presentar al inicio de cada año un presupuesto total de los flujos de caja negativos que serán necesarios para el buen funcionamiento del servicio y los flujos de caja positivos que se esperan como resultado de la buena gestión de los mismos; el presupuesto debe estar basado en los datos históricos y las perspectivas de crecimiento; dicho informe debe incluir aspectos como mano de obra incluida las prestaciones sociales, primas, cesantías, parafiscales, vacaciones y todas las demás garantías laborales, en el caso de los médicos las horas a contratar requeridas para la cubrir la demanda del servicio, también el consumo de elementos de oficina (papelería entre otros), la compra de insumos (si ésta se realiza), los pedidos al almacén, las solicitudes de servicios a mantenimiento, los pedidos de elementos a la central de esterilización cuando estos no sean cobrados al paciente y los asuma la institución, los ingresos que se esperen recibir por la venta del servicios y medicamentos entre otros.

La gerencia analiza los presupuestos y realiza las modificaciones respectivas aprobando un presupuesto final, al cual cada tres meses se le hará un seguimiento analizando las diferencias a favor o en contra que se presenten en cada centro de costo, para efectuar los ajustes necesarios.

### 3. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1 MARCO TEÓRICO

##### 3.1.1 Antecedentes históricos de la garantía de calidad en salud<sup>10</sup>

El concepto de calidad en salud no es tan reciente puesto que mucho antes de que Edward Deming y Joseph Juran, estudiaran e incorporaran la calidad en los procesos de producción industrial, los profesionales de la salud pusieran en marcha metodología para evaluar la calidad e introducir procesos de mejoramiento continuo.<sup>11</sup> Los orígenes de las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud son varios:

- *El método científico utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia de medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico y evaluación del éxito en las decisiones quirúrgicas. Los profesionales de la salud están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas; de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de la misma formación profesional.*
  
- *Modelos que surgieron de la actividad institucional. La Gestión de Calidad Total (G.C.T), o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.), son ejemplos de modelos industriales. Los médicos en Norteamérica comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80 y se continúan desarrollando cada vez más.*

---

<sup>10</sup>Mejía, Braulio. *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*, Colombia, 2000.

<sup>11</sup>Rodríguez, William, *Salud. ¿Cómo garantizar la calidad?* Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Instituto de Seguros Sociales, Colombia, 1996.

Deming contribuyó con la calidad en la industria después de la Segunda Guerra Mundial. Él creía en las estadísticas como la base para la calidad en la gestión y pensaba que la calidad podía mejorarse si se mejoraban los procesos. Juran, otro líder en el movimiento por la calidad planteó su filosofía, que se conoce como la trilogía de Juran: *Planificación de la calidad – Control de calidad – Mejoramiento de la calidad*. La filosofía de la calidad de Crosby es la de estándares para lograr la total ausencia de errores. Él plantea objetivos claros para sus tareas de mejoramiento de la calidad.

Los primeros reportes sobre calidad se remontan a mediados del siglo pasado cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en la Gran Bretaña. Abraham Flexner (ingeniero industrial), quién se ocupó, de los programas académicos de medicina, fijó estándares para el curriculum de las facultades de medicina, estandarizó normas y procedimientos, introdujo también el concepto de la idoneidad del recurso humano para garantizar la calidad de los servicios. “*Recurso humano de calidad produce servicios de calidad*” (1910).

En 1912 la Sociedad de Cirujanos de los Estados Unidos de América, haciendo eco de lo que hizo Flexner, organiza el primer programa de estandarización de hospitales basado en cinco conceptos:

- *Estándares para mejorar la historia Clínica, obliga a seguir pautas organizadas del proceso lógico de atención. Normalización de historia Clínica.*
  
- *Calificación e idoneidad del recurso humano.*
  
- *Normalización de pautas de tratamiento.*
  
- *Auditoria Médica. Audit. Médico. El Peer Review. Análisis semejante entre pares, son criterios definidos por las sociedades científicas de los diferentes gremios en USA y por la Joint Comisión quien*

*la maneja en la actualidad.*

➤ *La práctica médica es de medios no de resultados, aspecto que ha venido cambiando y al respecto encontramos cómo actualmente se le exige a los ginecobstetras garantizar resultados en el recién nacido. En cirugía estética y en ortodoncia también se exigen buenos resultados.*

En 1916 Codman propone para USA el primer programa nacional de normalización hospitalaria.

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En la década de los 60, el Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de calidad en salud.

En España se inician esfuerzos para la acreditación de hospitales en el año de 1965.

En Canadá, en 1983, el gobierno le exige a los hospitales poner en marcha programas de garantía de calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Tal como puede observarse, la garantía de la calidad en los servicios de salud ha sido un tema de especial importancia en todo el mundo, debido a las innumerables ventajas que ofrece tanto a los usuarios como a las entidades prestadoras de servicios de salud.

El Instituto de los Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a generar marcos teóricos sobre la calidad de los servicios de salud consignados en el documento Garantía de calidad de los Servicios de Salud, documento básico. En 1983, el Instituto de Seguros Sociales realizó estudios de mortalidad para determinar las muertes previsibles.

Así mismo se realizaron evaluaciones sobre historias Clínicas y, utilización de camas, con el

fin de diagnosticar las circunstancias y poner en marcha aspectos de prevención<sup>24</sup>

### 3.1.2 ¿Qué es ISO?

ISO es el acrónimo de la International Organization for Standardization (Organización Internacional de Estandarización), que se fundó en 1946 con el fin de crear un conjunto común de normas para la manufactura, el comercio y las comunicaciones.

Según los funcionarios de la ISO, la organización tomó prestadas las siglas de la palabra griega *isos*, que significa igual. Por otra parte, *isos* es también la raíz del prefijo *iso*, como en la palabra isométrico (de igual medida o dimensión) y de isonomía (igualdad de las leyes o de la gente ante éstas). La elección se basó en la ruta conceptual que lleva de la palabra “igual” a “uniforme” y a “norma”.

La organización, cuya matriz se encuentra en Ginebra, Suiza, está formada por 100 países aproximadamente. En la ISO, cada país está representado por su *organismo integrante*, la organización nacional que coordina las normas nacionales. Cada organismo integrante tiene derecho a un solo voto, sin importar el tamaño del país. El *American National Standards Institute*, ANSI (Instituto Nacional de Normas de Estados Unidos) es el organismo integrante de Estados Unidos ante la ISO.

Todas las normas establecidas por la International Organization for Standardization son voluntarias; no existen requisitos legales que obliguen a los países a adoptarlas. No obstante, los países y las industrias suelen adoptar las normas ISO como normas nacionales. En algunos casos, hay países que suman requisitos legales a las normas ISO que han adoptado y, de esta manera, dichas normas se convierten en obligatorias en esos países. La International Organization for Standardization establece normas para todas las industrias con excepción de

---

<sup>24</sup>Rodriguez William, op.cit.

aquellas relacionadas con la ingeniería eléctrica y electrónica. Las normas de estas áreas corresponden a la Internacional Electrotechnical Commission, IEC (Comisión Internacional Electrotécnica), con sede también en Ginebra. Esta comisión está integrada por más de 40 países, incluyendo Estados Unidos. En la práctica, la ISO y la IEC cooperan muy de cerca en sus actividades y publican un conjunto de directrices que rigen la elaboración de las normas.

La estructura de la ISO está formada por alrededor de 200 comités técnicos que elaboran el borrador de las normas. Las naciones integrantes constituyen comités nacionales, que en Estados Unidos se conocen como Technical Advisory Groups, TAG (grupos de asesoría técnica), que establecen las posturas y las estrategias de negociación del país y seleccionan delegados que puedan aportar sus conocimientos al proceso de elaboración de las normas de la ISO. Este mecanismo permite que la ISO reciba muchas aportaciones y establezca consenso, antes de promulgar una norma, entre la industria, el gobierno y demás entidades interesadas.

### 3.1.3 Reseña histórica de la norma ISO.

El origen de las normas ISO está basado en las normas británicas BS 5750, de aplicación al campo nuclear; aunque ya existían normas similares de aplicación militar anteriores a esta, como la MOD 05/25 y la AQAP 149.

En 1985 se edita el primer borrador de las normas ISO 9001, 9002, 9003 (tres modelos para el Aseguramiento de la Calidad), publicándose por primera vez en 1987. Los tres modelos de sistemas de la calidad demostraban el cumplimiento de los requerimientos adecuados, la aprobación o registro para el caso de los proveedores, la implantación del sistema ante los clientes y brindaban una guía para la gestión de la calidad interna.

El organismo encargado de la realización de estas normas es ISO (*International Standard Organization*), a través de su Comité técnico TC/176. ISO es una Federación Mundial de

Organismos Nacionales de Normalización, creada en 1947, con sede en Ginebra (Suiza).

La serie ISO 9000 surge para armonizar la gran cantidad de normas sobre gestión de calidad que estaba apareciendo en distintos países del mundo. Actualmente son utilizadas en todo el mundo.

Hasta el momento se han creado 3 versiones con respecto a estas normas en 1987, 1994 y 2000 respectivamente. La segunda versión de la norma ISO 9000, es decir ISO 9000:2000, cancela y reemplaza a las normas NTC-ISO 8402:1994 e ISO 9000-1:1994 capítulos 4 y 5.

Los capítulos de la norma ISO 9000-1 que constituyen el esquema de la familia de Normas ISO 9000 se han publicado por ISO en un documento aparte.

La tercera edición de la norma ISO 9001, es decir, ISO 9001:2000, anula y reemplaza la segunda edición ISO9001: 1994, así como las normas ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994.

Los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en la nueva edición de la norma ISO 9001:200, además del aseguramiento de la calidad del producto, pretenden conseguir también la satisfacción del cliente.

Los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en al nueva edición de la norma ISO 9001:2000, además del aseguramiento de la calidad del producto, pretenden conseguir también la satisfacción del cliente.

### ***Norma ISO:***

La gestión basada en procesos es ampliamente usada en el mundo de los negocios actual, y ha llevado a desarrollar una estructura basada en procesos para las normas revisadas.

Esta nueva estructura basada en procesos es consistente con el ciclo para la mejora: Planificar

- Hacer - Verificar - Actuar"<sup>25</sup>.

Resultado de este proceso de revisión y fusión de normas, se obtuvo la siguiente configuración:

⌘ **La norma ISO 9000:** describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.

⌘ **La norma ISO 9001:** especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

⌘ **La norma ISO 9004:** proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de las partes interesadas (empleados, proveedores, propietarios, sociedad)<sup>26</sup>.

A raíz de esta revisión, *una empresa puede certificarse solamente bajo la norma ISO 9001:2000*. Las demás normas de la familia ISO 9000 constituyen únicamente un soporte conceptual para la implementación del sistema de gestión de la calidad.

---

<sup>25</sup>INTERNATIONAL STANDARD ORGANIZATION. Guía para la planificación de la transición hacia la Norma ISO 9001:2000. Marzo 2001.

<sup>26</sup>INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. (ICONTEC). NTC ISO 900:2000. Sistemas de gestión de calidad. Fundamentos y vocabulario. Colombia 2000.

### 3.1.4 Sistemas de gestión de calidad.<sup>27</sup>

Un sistema de gestión de la calidad es la forma como una organización realiza la gestión empresarial asociada con 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 y cumplir los requisitos de los clientes.

Los sistemas de gestión de la calidad 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 las cosas y registrando los resultados para demostrar que se hicieron. Algunos clientes tanto en los sectores privados como público, buscan la confianza que les puede proveer una empresa que cuente con un sistema de gestión de la calidad. Si bien la satisfacción de estas expectativas es una razón para tener un sistema de gestión de la calidad, puede haber otras, entre las cuales se incluirían:

Mejora del desempeño, coordinación y productividad.

- Mayor orientación hacia los objetivos empresariales y hacia las expectativas de los clientes.
- Logro y mantenimiento de la calidad de un producto y/o servicio a fin de satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de los clientes.
- Logro de la satisfacción del cliente.
- Confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada.

---

<sup>27</sup> ICONTEC, *Guía para las pequeñas empresas*. Colombia 2000

- Evidencia de las capacidades de su organización frente a clientes fijos y potenciales.
- Apertura de nuevas oportunidades de mercado o mantenimiento de la participación en el mercado.
- Certificación / registro.
- Oportunidad de competir sobre la misma base que las organizaciones más grandes (por ejemplo, la capacidad de presentar o someter a consideración cotizaciones).

Si bien un sistema de gestión de la calidad puede contribuir a alcanzar estas expectativas, se debe recordar que es sólo un medio y no puede ocupar el lugar de las metas que se establecen para la empresa. Un sistema de gestión de la calidad, por derecho propio, no conducirá a una mejora inmediata

### 3.1.5 Principios de la gestión de calidad.

Los siguientes ocho principios constituyen la base de las normas de sistema de gestión de calidad de la serie de normas ISO 9000. Estos principios también cubren los conceptos básicos de muchos premios de calidad.

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

**Beneficios clave:**

- Aumento de los ingresos y de la cuota de mercado a través de una respuesta flexible y rápida a las oportunidades del mercado.
- Mejora en la fidelidad del cliente, lo cual conlleva que el mismo siga confiando en la empresa y que dé buenas referencias de la misma.

**La aplicación del principio de organización orientada al cliente impulsa las siguientes acciones:**

- Comprender las necesidades y expectativas de los clientes
- Asegurar que los objetivos y metas de la organización están ligados a las necesidades y expectativas de los clientes.
- Asegurar que las necesidades y expectativas de los clientes son comunicadas a toda la organización.
- Medir la satisfacción de los clientes y actuar sobre los resultados.
- Gestionar las relaciones con los clientes.
- Asegurar un equilibrio entre el cliente y las otras partes interesadas

**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.

**Beneficios clave:**

- El personal entenderá y estará motivado hacia los objetivos y metas de la organización.
- Las actividades son evaluadas, alineadas e implantadas de una forma integrada.
- Liderazgo a través del ejemplo posibilitando con ello la mejora continua.

**La aplicación del principio de liderazgo impulsa a las siguientes acciones:**

- Considerar las necesidades de todas las partes interesadas incluyendo clientes, propietarios, personal, suministradores, comunidad local y sociedad en general.
- Establecer una clara visión del futuro de la organización.
- Establecer objetivos y metas desafiantes.
- Crear y mantener valores compartidos y modelos éticos de comportamiento en todos los niveles de la organización.
- Proporcionar al personal los recursos necesarios, la formación y la libertad para actuar con responsabilidad y autoridad.

- Inspirar, animar y reconocer las contribuciones del personal

**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.

**Beneficios clave:**

- Un personal motivado, involucrado y comprometido.
- El personal se sentirá valorado por su trabajo.
- Todo el mundo deseará participar y contribuir en la mejora continua.

**La aplicación del principio de participación del personal, impulsa a las siguientes acciones:**

- Comprender la importancia de su papel y su contribución en la organización.
- Identificar las limitaciones en su trabajo.
- Aceptar sus competencias y la responsabilidad en la resolución de problemas.
- Evaluar su actuación de acuerdo a sus objetivos y metas personales.
- Búsqueda activa de oportunidades para aumentar sus competencias, conocimiento y experiencias.
- Compartir libremente conocimientos y experiencias

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

**Beneficios clave:**

- Capacidad para reducir los costes y acortar los ciclos de tiempo a través del uso efectivo de recursos.
- Resultados mejorados, consistentes y predecibles.
- Permite que las oportunidades de mejora estén centradas y priorizadas.

**La aplicación del principio del enfoque a procesos impulsa las siguientes acciones:**

- Utilizar métodos estructurados para definir las actividades clave necesarias para lograr el resultado deseado.
- Establecer responsabilidades claras y dar indicaciones para gestionar las actividades clave.
- Comprender y medir la capacidad de las actividades clave.
- Identificar las interfaces de las actividades clave dentro y entre las funciones de la organización.
- Enfocar la gestión sobre factores tales como, recursos, métodos y materiales que mejorarán las actividades clave de la organización.
- Evaluar riesgos, consecuencias e impactos en los clientes, suministradores y otras partes interesadas

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

**Beneficios clave:**

- Alineación de los procesos que alcanzarán mejor los resultados deseados
- La habilidad para enfocar los esfuerzos en los procesos principales.
- Proporcionar a las partes interesadas clave confianza en la efectividad y eficacia de la organización.

**La aplicación del principio de enfoque del sistema hacia la gestión impulsa las siguientes acciones:**

- Estructurar un sistema para alcanzar los objetivos de la organización de la forma más eficaz.
- Entender las interdependencias existentes entre los diferentes procesos del sistema.
- Definir cómo las actividades específicas dentro del sistema deberían de funcionar y establecerlo como objetivo.

- Mejorar continuamente el sistema a través de la medición y la evaluación

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

**Beneficios clave:**

- Incrementar la ventaja competitiva a través de la mejora de las capacidades organizativas.
- Flexibilidad para reaccionar rápidamente a las oportunidades

**La aplicación del principio de mejora continua impulsa las siguientes acciones:**

- Aplicar un enfoque consistente a toda la organización para la mejora continua.
- Suministrar al personal de la organización formación en los métodos y herramientas de mejora continua.
- Hacer que la mejora continua de productos, procesos y sistemas sea un objetivo para cada persona dentro de la organización.
- Establecer objetivos para orientar y medidas para dar seguimiento a las mejoras continuas.
- Reconocer y conocer las mejoras.

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

**Beneficios clave:**

- Decisiones informadas.
- La capacidad de demostrar la efectividad de decisiones anteriores a través de la referencia a hechos reales.
- La capacidad de revisar, cuestionar y cambiar opiniones y decisiones.

**La aplicación del principio de enfoque objetivo hacia la toma de decisiones impulsa las siguientes acciones:**

- Asegurar, a través del análisis, que los datos y la información son suficientemente precisos y fiables.
- Datos accesibles para aquellos que los necesiten.
- Tomar decisiones y emprender acciones en base al análisis de los hechos, la experiencia y la intuición.

**Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

**Beneficios clave:**

- Incrementa la capacidad de crear valor para ambas partes.
- Flexibilidad y rapidez de respuesta de forma conjunta y acordada a un mercado cambiante.
- Optimización de costes y recursos.

**La aplicación del principio de relación mutuamente beneficiosa con el suministrador impulsa las siguientes acciones:**

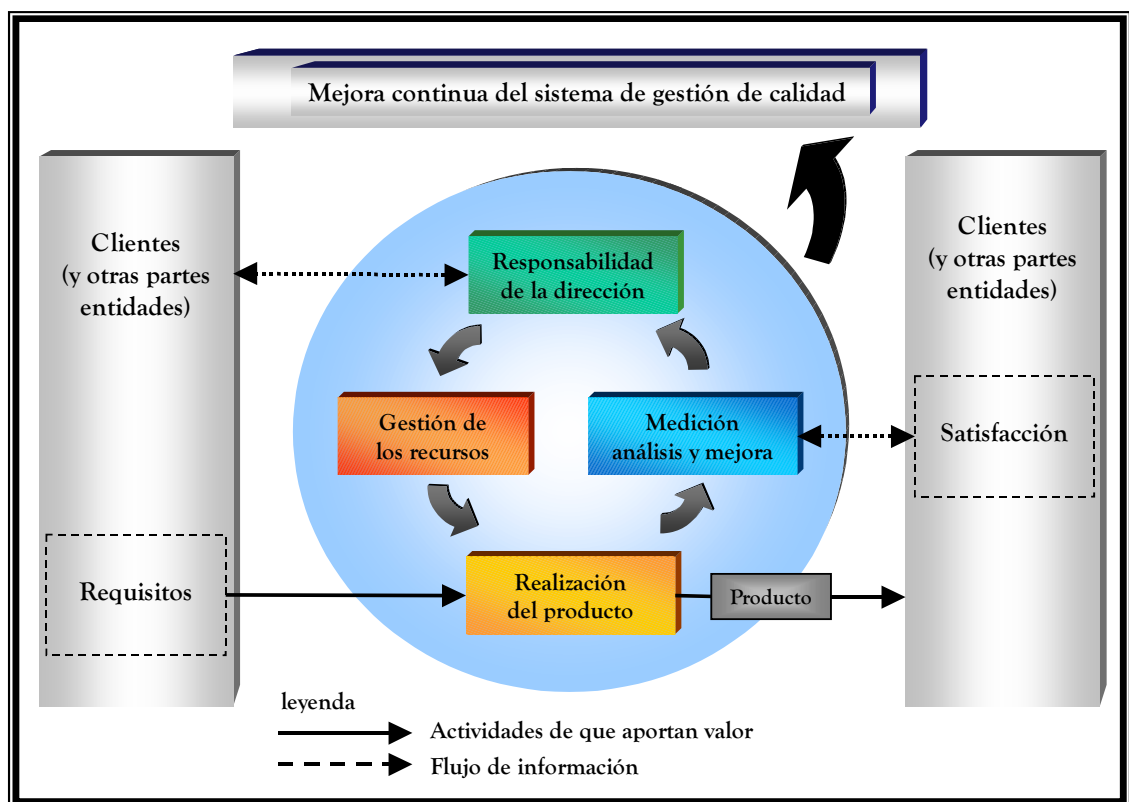
- Identificar y seleccionar los suministradores clave.
- Establecer relaciones que equilibren los beneficios a corto plazo con las consideraciones a largo plazo.
- Hacer un fondo común de competencias y recursos con los asociados clave.
- Crear comunicaciones claras y abiertas.
- Establecer actividades conjuntas de mejora.
- Inspirar, animar y reconocer las mejoras y los logros

### 3.1.6 Enfoque basado en procesos.

El enfoque basado en procesos es sin ninguna duda la principal característica innovadora de un SGC 9000.

El sistema de calidad ISO 9001:2000 ha sido diseñado para mejorar continuamente el desempeño de una organización mediante la consideración de las necesidades y resultados de las partes interesadas en los sistemas de gestión de calidad. Para identificar claramente esas necesidades y resultados es necesario llevar toda la operación de una organización a un sistema de procesos interrelacionados. En la Figura 32 se ilustra el modelo de un SGC ISO 9000, basado en los procesos.

Figura 32. Modelo de un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en los procesos.



Fuente: ICONTEC, Guía para las pequeñas empresas. Colombia 2000

Se define un proceso como cualquier actividad o conjunto de estas, que utilice unos recursos para transformar entradas en salidas; por lo que en una organización se pueden encontrar varios procesos de tipo operativo como lo es el caso de los procesos de producción, o de tipo administrativo como por ejemplo el proceso de compras. Estos procesos, llevan una secuencia u orden, además de algunos estar interrelacionados, al ser entrada o salida alguno para otro.

Si se definen los resultados como los productos de acuerdo a las características exigidas por el cliente; estos resultados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso; pues el hecho de identificar las entradas (recursos que se necesitan), las salidas (las transformaciones de esos recursos), la secuencia de actividades, las personas que participan, las condiciones necesarias etc. permite visualizar donde están las fortalezas, las debilidades, identificar las actividades críticas, establecer parámetros de medición y mecanismos de control.

Es por esto, que para que una organización funcione adecuadamente, se requiere de procesos claramente definidos de tal forma que al implementarlos se sincronicen unos con otros. Al estandarizar los procesos, se consigue el mejoramiento, se asegura la calidad de los productos, y de este modo, se satisface las necesidades del cliente al entregarle un producto con unos requisitos establecidos previamente.

### 3.1.7 Enfoque basado en la competencia.<sup>28</sup>

El enfoque basado en la competencia en términos generales consiste en examinar su empresa y la expectativa de sus clientes; identificar los “bloques de construcción” (personas, recursos, servicios) que conforman sus productos y/o servicios y su empresa; y encajar la competencia de los proveedores de servicio y sistema de apoyo con los niveles de servicio necesarios para lograr la satisfacción del cliente.

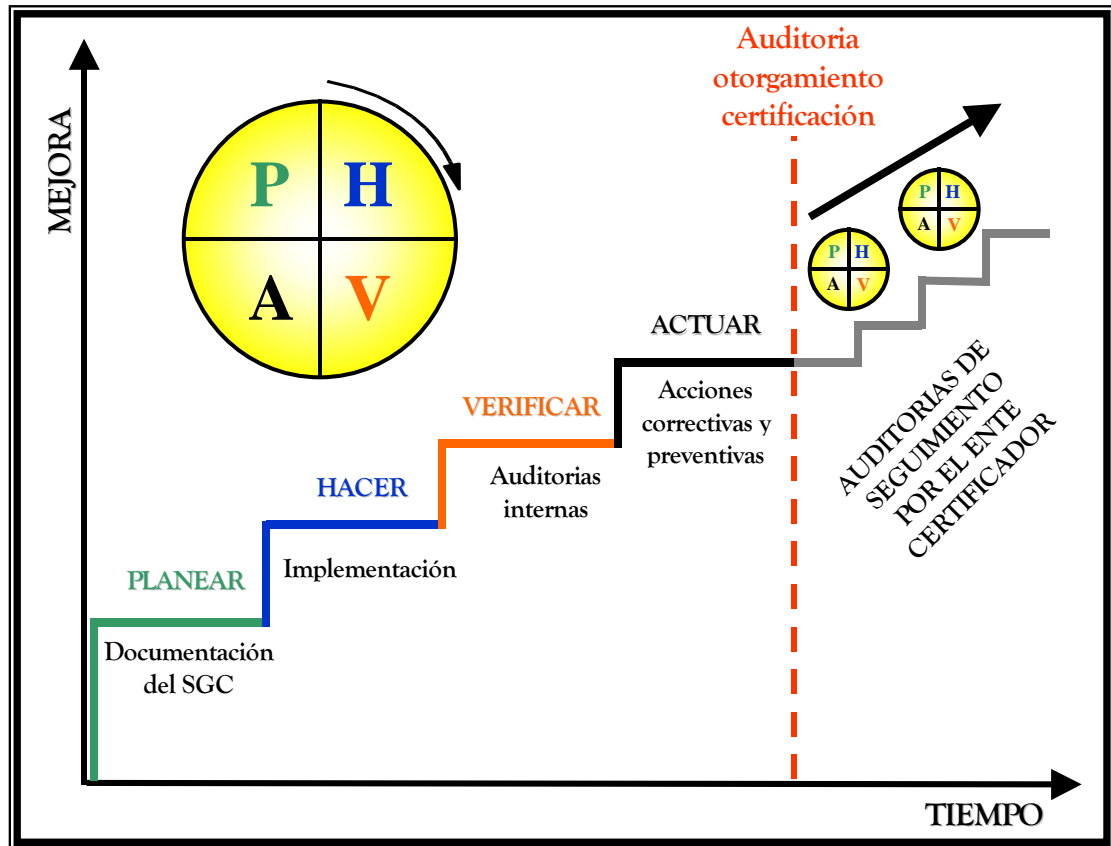
Este enfoque hacia la competencia y el desempeño debería reducir la necesidad de procedimientos detallados por escrito, instrucciones de trabajo y puntos de control, y es coherente con la norma NTC - ISO 9001:2000. Los ejemplos de cómo la norma NTC - ISO 9001:2000 puede aplicarse a una variedad de organizaciones de servicios ilustran el nivel esperado de detalle.

---

<sup>28</sup> Foxwell, Colin, *Enfoque basado en la competencia para implementar los sistemas de gestión*

### 3.1.8 El ciclo PHVA<sup>29</sup>

Figura 33. Estructura del ciclo PHVA de mejora continua.



Uno de los principios fundamentales en la calidad es la mejora continua, y el modelo mejor del ciclo Planificar - Hacer - Verificar - Actuar (PHVA) que fue desarrollado a comienzos del siglo veinte.

En el numeral 0.2 de la norma NTC - ISO 9001:2000 se hace referencia a este modelo, aunque no se ilustra.

<sup>29</sup> ICONTEC, *manual para la industria del servicio*. Colombia 2002.

### 3.1.9 Compatibilidad con otros sistemas de gestión.

La norma NTC - ISO 9001 ha sido diseñada para que resulte relativamente compatible con otras normas de sistemas de gestión. Esto le brinda la oportunidad de integrar un sistema de la calidad con otros sistemas de gestión como son la norma NTC - ISO 14001 (norma ambiental), la norma de salud ocupacional NTC - OHSAS 18001);o con otros requisitos del sector que al combinarlos con un sistema de gestión de la calidad maduro será eficiente; con menos opción de que ocurran conflictos.

## 3.2 MARCO LEGAL

La transformación social y económica ha llevado a los gobiernos a definir en los últimos años nuevas políticas de carácter social que respondan fundamentalmente al principio de equidad, sustentados en los derechos ciudadanos. Tal es el caso de la salud, como derecho fundamental y servicio esencial para las personas.

Bajo esta premisa, en los distintos países las formulaciones de las políticas de salud, así como la reestructuración de las entidades gubernamentales responsables de la aplicación de las políticas y garantes de este derecho, han sufrido transformaciones en su conformación estructural y funcional.

Aunque existen diferencias sustanciales en las diversas reformas en cuanto a contenidos, estrategias y mecanismos adoptados para su implementación, el principio fundamental en cada una de ellas es solucionar los problemas de inequidades e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud.

Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud constituye uno de los retos más importantes de los sistemas de salud, más aún en naciones o regiones en las que una parte importante de la población no puede hacer uso de los servicios por barreras de distinto orden que van desde el costo de los servicios hasta la opinión de la población sobre ellos, pasando por la dimensión territorial y sus múltiples determinaciones económicas, sociales, políticas y culturales.

En el pasado las principales barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia eran de tipo económico, representadas en la capacidad de pago de la población y el costo de la atención, de tal forma que los servicios de salud resultaban un bien inalcanzable para una gran proporción de los colombianos. El nuevo sistema de seguridad social en salud se propone eliminar dichas barreras a través del mecanismo del aseguramiento por la vía del subsidio a la demanda.

Aunque la implementación del nuevo sistema permitió un aumento de la cobertura de afiliación, persisten factores que dificultan el acceso de la población a la prestación de servicios, entre ellos las características de la población tales como sus condiciones socioculturales, su grado de desarrollo social y económico, y las del territorio, y que ponen de manifiesto la necesidad de integrar las políticas sectoriales en las características del sistema de prestación (aseguradoras e IPS).

Las administradoras del régimen subsidiado, por ser intermediarias entre el sistema de seguridad social en salud y la comunidad usuaria, se constituyen en un aspecto crítico y novedoso en el acceso a servicios de salud. Su organización y las relaciones que establecen con el contexto favorecen o no, el acceso al aseguramiento y a la mejor prestación de servicios médicos en el Centro de Salud

### 3.2.1 Entorno jurídico y legal del negocio.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud. Se integra el Sistema General de Seguridad Social en Salud por:

- ✎ Organismos de Dirección, Vigilancia y Control.
- ✎ Ministerios del Trabajo y de Salud.
- ✎ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- ✎ Superintendencia Nacional de Salud.
- ✎ Organismos de administración y financiación.
- ✎ Entidades Promotoras de Salud EPS.
- ✎ Las Direccionales Seccionales, Distritales y Locales de salud.
- ✎ Fondo de Solidaridad y Garantía.
- ✎ Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas, mixtas o privadas.
- ✎ Las demás instituciones de salud que al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993 estaban adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

- ⌘ Empleadores, trabajadores y sus organizaciones, trabajadores independientes y pensionados, que cotizan al régimen contributivo.
- ⌘ Los familiares de los cotizantes que por su parentesco y dependencia económica del afiliado pueden ser inscritos en el Sistema como beneficiarios.
- ⌘ Comités de Participación Comunitaria y organizaciones comunales que participen de subsidios de salud.
- ⌘ Empresas Sociales del Estado, entidades públicas descentralizadas cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

### 3.2.2 Ley 100 de 1993.

En esta ley se enmarca el actual sistema de seguridad social en Colombia que garantiza las prestaciones económicas, de salud y ampliación de coberturas para toda la población. Así mismo, establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación comunitaria.

Con la Ley 100 de 1993, Colombia modificó su modelo de prestación de servicios de salud, reestructurando el *Sistema nacional de salud* (definido anteriormente por el Decreto 056 de 1975) mediante la creación del *Sistema general de seguridad social en salud* --SGSSS--.

Los cambios introducidos implican la universalización del aseguramiento en salud a través de la transformación de subsidios de *oferta* a *demanda* y la concurrencia de los subsectores público, privado y de la seguridad social. El SGSSS se estructura, de acuerdo a su financiación, en dos regímenes: subsidiado y contributivo.

**Artículo 153 numeral 9, determina:** “El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

**Artículo 186, establece:** “El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud para brindar información a los usuarios sobre su calidad y proponer su mejoramiento”.

**Artículo 188, establece:** “El Ministerio de Salud, definirá normas de calidad y satisfacción al usuario, y que las entidades prestadoras de servicios de salud no podrán discriminarla atención de los usuarios.

**Artículo 199, determina:** que el ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario. Organiza tiempos de espera por servicios de acuerdo a la patología y necesidades del paciente.

Esta Ley, mediante un proceso de aporte obligatorio de todo residente, trabajador o pensionado, en Colombia, dice hacerse cargo de la salud de cada persona y para ello se basa en lo siguiente<sup>30</sup>:

⌘ Excluye la libre relación paciente / médico y añade un intermediario a esta relación, quien cobra un 12% de los ingresos de cada persona, asigna aproximadamente \$10 dólares mensuales para cuidar la salud de cada uno y deduce para sí una utilidad por sus servicios de intermediación.

---

<sup>30</sup>ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. Revista hospitalaria, Año 4 No 27 Enero-Febrero de 2003

✎ Adicionalmente a este 12%, cada vez que un afiliado use el servicio, debe efectuar un copago, que es una cuota proporcional a los ingresos de cada afiliado y que se asignara a las IPS.

✎ Los valores restantes van a un fondo especial manejado por el gobierno, quien debería emplear estos dineros para cuidar la salud de los más necesitados y de los enfermos muy graves. Estos dineros no pueden ser empleados por las IPS.

La Ley 100 reconoce únicamente dos clases de ejercicio médico: el asalariado y el adscrito a Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La ley establece que este 12% debe cubrir también las necesidades de salud de toda la familia. Pero como el aporte es obligatorio a cada persona, cuando hay varios trabajadores en alguna familia, muchas de ellas acaban pagando en realidad el 24% o más de lo teórico.

Este nuevo sistema es obligatorio para todos los residentes en Colombia y no cubre ni total ni parcialmente los costos de los tratamientos efectuados afuera del sistema.

Estos aportes están destinados a cubrir las necesidades de la salud de todos los habitantes de Colombia, con un tope máximo de \$10= dólares mensuales por enfermo, sin distingo de diagnóstico, edad, riesgo, etc., excepto en casos excepcionales, que la ley determinará.

El médico (adscrito o asalariado) siempre deberá limitar su formulación, diagnóstico y tratamientos a lo autorizado en un listado preestablecido, y que no sobrepase por ningún motivo los \$10 dólares mensuales por enfermo, pues si no lo hiciese, los gastos que sobrepasen este limite serán responsabilidad de la IPS a la cual perteneciese el médico, lo cual haría peligrar su rentabilidad (y el puesto del médico). Para el control de gastos el Centro de Salud tiene un control.

La ley estimula la creación de IPS, facilitando la adscripción de profesionales, evitando así los contratos laborales y sus costos elevados por salario, horario, prestaciones, vacaciones, tiempo para estudio, lugar de trabajo, implementos y asistentes.

Por otro lado, el médico que se adscribe aporta las siguientes ventajas para el sistema:

- ✎ Sus decisiones profesionales (formulación, diagnóstico, tratamientos, etc.) están limitadas por las políticas del gobierno e IPS y por tanto son manejadas para reducir costos.
- ✎ Su remuneración es proporcional al número de pacientes que atiende, lo cual ha hecho que cada paciente sea atendido en solo 6 minutos o menos, con la consiguiente rebaja de costos.
- ✎ Esta reducción en el tiempo de atención por cada paciente reduce la posibilidad de detectar patología, lo que a su vez origina otra reducción de costos, pues se evitan tratamientos
- ✎ Los 3 puntos anteriores sumados a los copagos, desestimulan el uso del servicio por parte de los afiliados, generando aun mayor reducción de costos.
- ✎ Como no hay contrato laboral, se ahorran los gastos originados por vacaciones, incapacidades, cursos de actualización, etc.

El efecto directo de esta política sobre el enfermo será que se asignaran menos tiempo y recursos a su atención y se le estimulará a utilizar la medicina privada cuyos costos están subiendo exageradamente por un efecto paradójico de esta Ley.

Inicialmente se pensó que la medicina privada desaparecería y se esperaba que sus tarifas se redujeran. Pero lo que ha sucedido es que muchos excelentes médicos, bacteriólogos, etc., desalentados por las políticas de salud y por la medicina prepagada, están abandonando su profesión.

Esto ha generado una gran escasez de buenos profesionales de la salud, pues el plan obligatorio y la medicina prepagada no pueden suministrarlos. Así las cosas, existe reducidísima oferta de médicos particulares, quienes han elevado sus costos para compensar la reducción de pacientes. Es paradójico, pero así está sucediendo. Y la prueba es que los costos de la medicina privada están disparados. Y por parte de las Clínicas y centros médicos privados, sucede lo mismo.

Aunque los médicos están perjudicados, el mayor perjuicio lo reciben la comunidad usuaria, cuya salud actúa como amortiguador de los golpes que propina la Ley.

Actualmente el fraude en la Salud continúa en Colombia. Las entidades que suministraban atención médica a las personas de escasos recursos se encuentran al borde de la quiebra o están siendo privatizadas para ser entes lucrativos al servicio de los grandes pulpos comerciales. (Hospitales, Cajas de Previsión, ISS, EPS, etc.)

La calidad de la atención médica en Colombia está descendiendo vertiginosamente, mientras los costos de la medicina privada se disparan en forma alarmante.

En muchas regiones del país hacen falta médicos, odontólogos, bacteriólogos, enfermeras, etc., y muchos profesionales de la salud están manejando taxis, montando pequeñas industrias o corrompiéndose con la Ley 100.

### 3.2.3 Regímenes que componen el sistema de seguridad social en salud.

El Régimen Contributivo para todos los residentes en Colombia que tienen capacidad económica de cotizar y para sus familiares que de acuerdo con la ley estén habilitados para ser inscritos y el Régimen Subsidiado cuya población objetivo son las personas que no tienen suficiente capacidad económica y sus familias.

Las personas que por no tener capacidad de pago están imposibilitadas para afiliarse al régimen contributivo y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado se denominan vinculados al Sistema y tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para tal efecto.

Se espera que a partir del año 2005 todo Colombiano esté afiliado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado.

Las principales características del Sistema General de Seguridad Social en Salud son:

- ✧ En aplicación del principio de Universalidad todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados.
- ✧ En cumplimiento de los principios de Equidad y Solidaridad garantiza a todos los asegurados un plan de beneficios igual, sin importar cuanto coticen.
- ✧ El recaudo de las cotizaciones es responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía, que delega en lo pertinente esta función a las Entidades Promotoras de Salud EPS.
- ✧ Las Entidades Promotoras de Salud E.P.S. son responsables de promover y efectuar la afiliación de los trabajadores, de recaudar las cotizaciones y de garantizar la

prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, bien sea a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios I.P.S o mediante contratación con otras entidades.

- ⌘ El Sistema garantiza a la Entidad Promotora de Salud el pago de la prestación de los servicios contenidos en el POS, reconociéndole un valor, por cada afiliado o beneficiario, denominado Unidad de Pago por Capitación UPC.
- ⌘ Los trabajadores que se van a afiliarse tienen libertad para escoger la E.P.S. a la cual desean afiliarse junto con su familia.
- ⌘ Así mismo, el afiliado en uso del derecho a la libertad de escogencia puede seleccionar la Institución Prestadora de Servicios IPS en la cual desea se le presten los servicios de salud tanto a él como a su grupo familiar, de entre las que la EPS ponga a su consideración.

#### 3.2.4 Planes de Beneficios del sistema de seguridad social en salud.<sup>31</sup>

El SGSSS define como derechos de las personas afiliadas un conjunto básico de beneficios denominado Plan obligatorio de salud –POS–. El POS presenta diferencias en cuanto a la cobertura de contingencias en salud para el usuario, dependiendo de su condición de afiliación, bien sea el pago de cotizaciones (régimen contributivo), bien sea el pago de un subsidio (régimen subsidiado).

En el régimen contributivo, este plan tiene beneficios intrínsecos como la cobertura familiar y la no aplicación de preexistencias a los afiliados (no atención de determinados eventos en salud previos a la afiliación), aunque restringe la atención de eventos de alto costo al cumplimiento de períodos mínimos de cotización, en ningún caso mayores a 100 semanas.

---

<sup>31</sup> DEPARTAMENTO DE PLANEACION NACIONAL DE COLOMBIA

Por su parte, en el régimen subsidiado, la asignación del subsidio confiere beneficios individuales a cada persona subsidiada, aunque se tiene la orientación de incorporar primordialmente a núcleos familiares completos.

Así, el conjunto de beneficios del SGSSS incluye los siguientes planes:

✎ **Plan obligatorio de salud -POS-:** Este plan permite la protección integral de las familias con relación a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según intensidades de uso, niveles de atención y complejidad y calidad intrínseca que se definan.

Para los afiliados cotizantes, según las normas del régimen contributivo, el contenido del POS contributivo -POS-C- que define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS- contempla un conjunto de beneficios superior al de los afiliados al régimen subsidiado (POS subsidiado -POS-S-), especialmente en actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del segundo nivel de complejidad (tratamientos quirúrgicos y hospitalarios generales, principalmente). Esta diferencia es definida por la ley como transitoria, en la medida en que gradualmente se amplíen las coberturas: en su punto de partida, el POS-S incluye servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la Unidad de pago por capitación -UPC- del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los hospitales privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

De esta manera, los servicios de salud incluidos en el POS-S son actualizados por el CNSSS de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Por su parte, el POS-C tiene cobertura familiar, siendo beneficiarios del sistema:

- El cónyuge o compañero permanente del afiliado, cuya unión sea superior a dos años,
- Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste,
- Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente, o
- Aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

A falta de cónyuge o compañero permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste. Los beneficiarios del cotizante gozan de los beneficios del POS-C, pero en su financiación éstos deben concurrir con pagos moderadores y copagos.

El POS-C no está sujeto a la aplicación de preexistencias para su prestación. El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al SGSSS podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso excedan las 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales, al menos 26 semanas, deben haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requiere un pago por parte del usuario que se establece de acuerdo con su

capacidad socioeconómica.

El POS-S incluye:

Atención de urgencias.

Consulta externa.

Consulta de especialista remitida por el médico general.

Exámenes de laboratorio.

Diagnósticos y rayos x.

Hospitalización.

Cirugía.

Medicamentos esenciales.

Odontología básica.

Subsidios en dinero por incapacidades y licencias de maternidad a los afiliados cotizantes.

✂ **Plan de atención básica –PAB–:** Este plan es definido como complementario al POS y está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del PAB es gratuita y obligatoria y su financiación es garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

⌘ **Atención de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito:** En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS, los afiliados al SGSSS tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- deberá pagar directamente a la institución que haya prestado el servicio, a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del CNSSS. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y de las prestaciones están a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

⌘ **Planes de atención complementaria:** Las entidades promotoras de salud pueden ofrecer planes complementarios al POS, que deben ser financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Estos planes deben ofrecer mejoras en la calidad intrínseca de los beneficios contenidos en el POS.

### 3.2.5 De los niveles de atención en salud.<sup>32</sup>

Los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes entidades de salud son:

⌘ **Patologías que atiende o prevén atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma.**

---

<sup>32</sup> DECRETO 1760 de 1990 “por el cual se definen los niveles de atención en Colombia”.

- ✎ Base poblacional.
- ✎ Tipo y nivel de formación del personal y vinculado.
- ✎ Características y condiciones del instrumental y equipo disponible.
- ✎ Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad.
- ✎ Características de la planta física.
- ✎ Características de la entidad.
- ✎ Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población.
- ✎ Población cubierta en términos del Régimen de Referencia y Contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población.
- ✎ Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

La clasificación de las entidades como de primer nivel, responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

- ✎ Base poblacional del municipio o municipios a cubrir.
- ✎ Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio.
- ✎ Frecuencia del problema que justifique el servicio.
- ✎ Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad.
- ✎ Atención por personal profesional general, técnico y auxiliar.

Las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:

- ✎ Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad.
- ✎ Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que

cuenten con atención hospitalaria de primer nivel.

- ⌘ Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios.
- ⌘ Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad.
- ⌘ Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención.
- ⌘ Existencia de planes de desarrollo socioeconómico en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

Para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

- ⌘ Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes.
- ⌘ Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir.
- ⌘ Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención.
- ⌘ Tecnología requerida de la más alta complejidad.
- ⌘ Atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

### 3.2.6 Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2003<sup>33</sup>

Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

---

<sup>33</sup> Diario Oficial 44967

### 3.2.7 Resolución 1439 de 2002 - Anexos técnicos.

Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.

Estas leyes permiten conocer las exigencias del Gobierno Nacional representado por el Ministerio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud para complementar la documentación del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2000 basándose así en las exigencias que rigen por ley.

### 3.3 MARCO ESPACIAL

El ámbito del proyecto se enmarca en la Clínica Santa Teresa S.A. Específicamente en sus sedes ubicadas en Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta, en el departamento de Santander, en donde se presta el servicio de consulta externa.

### 3.4 MARCO TEMPORAL

El marco temporal para el desarrollo del proyecto está definido para la segunda mitad del año 2003 y el año 2004, es decir la construcción de la documentación se fundamentará en datos tomados en éstas fechas, pero la definición más importante en términos de tiempo, es que el proyecto estará basado en la norma ISO 9001 versión 2000, que es la última actualización de la norma a la fecha de hoy.

La documentación y planificación resultado de éste proyecto, no perderá vigencia siempre y cuando se realicen las actualizaciones respectivas cuando así se requiera, cumpliendo los pasos del sistema de gestión de la calidad.

## 4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

### 4.1 PRELIMINARES AL DIAGNÓSTICO

#### 4.1.1 Reconocimiento de la empresa.

Se realizó una visita por las diferentes áreas de la institución, identificando los lugares de prestación de los servicios (marcados con la señalización que los identifica como tales) y a los jefes y empleados de cada sección, los accesos y salidas correspondientes y el flujo de pacientes que se da en cada lugar de trabajo.

Se efectuó una salida de campo a las sedes ubicadas en el municipio de Floridablanca, de Piedecuesta y las dos sedes ubicadas en el área de metropolitana de Bucaramanga que son la de sede de la ESSA y la sede de la Cr 27 siendo esta última la sede alterna principal; todas las sedes nombradas prestan los servicios de consulta externa general y especializada y los programas de P y P (promoción y prevención), en ellas se identificaron al igual que la principal los servicios y las áreas de prestación de los servicios a los usuarios.

#### 4.1.2 Capacitación sobre la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del S.G.S.S.S.

La Clínica Santa Teresa S.A. envió a cinco representantes de la institución (incluido el autor del proyecto) al simposio realizado en la cámara del comercio sobre la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del S.G.S.S.S, esto con el fin de poder dar cumplimiento a la normatividad legal del ministerio de protección social

(ministerio de salud), que es de obligatorio cumplimiento para todos los profesionales independientes que presten servicios de salud y para los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, esta capacitación permitió conocer los requisitos exigidos por ley, que se complementan perfectamente con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

Los temas tratados, la intensidad horaria, fechas y docentes están relacionados en la siguiente tabla.

**Tabla 9. Cronograma capacitación cámara de comercio**

TEMAS	FECHA	HORAS	CONFERENCISTA
Marco legal del sistema obligatorio de garantía de calidad de salud del S.G.S.S.S	Miércoles 19 de Febrero de 2003	2	Dr. Sergio Horacio Luengas
Conceptos básicos del Sistema Único de Habilitación	Miércoles 19 de Febrero de 2003	2	Dr. Sergio Horacio Luengas
Procesos y Estándares de Habilitación enfoque ISO 9000:2000 y condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	Jueves 20 de Febrero de 2003	2.5	Dr. Roberto Jiménez Orjuela
Verificación de los Estándares de Habilitación	Jueves 20 de Febrero de 2003	1.5	Dr. Víctor Taboada Acuña
Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	Jueves 20 de Febrero de 2003	1.5	Dr. J. Enrique Figueroa Ch.
Pasos para poner en marcha un programa de Auditoria: Ruta de mejoramiento, definición de procesos críticos, estandarización e indicadores.	Jueves 20 de Febrero de 2003	1.5	Dr. J. Enrique Figueroa Ch.
Garantía de calidad de la atención de salud	Viernes 21 de Febrero de 2003	1.5	ICONTEC

TEMAS	FECHA	HORAS	CONFERENCISTA
Taller práctico de registro e inscripción	Viernes 21 de Febrero de 2003	2.5	Dr. Víctor Taboada Acuña
		<b>15 Horas</b>	

Esta capacitación también le permitió al autor del proyecto conocer de manera más profunda las leyes que rigen al sector de salud en Colombia y ubicarse en un contexto adecuado. Se anexa certificado de asistencia a dicha capacitación.

#### 4.1.3 Capacitación en la norma ISO 9001:2000.

La Clínica Santa Teresa S.A. por iniciativa de la gerencia y siendo consecuente con el reto que quiere asumir con el sistema de gestión de calidad, realizó la contratación de asesores pertenecientes al SENA<sup>35</sup> para que lideraran el curso de 120 horas sobre la Norma ISO 9001:2000 dentro de la institución y evaluaran a los asistentes para poder certificar la capacitación; las últimas 24 horas de dichas conferencias fueron dedicadas a la auditoría interna, generándose así de manera inmediata los primeros auditores internos dentro de la institución, el asesor encargado de este tema en particular fue el Ing. Javier A. Díaz, quien además de trabajar como conferencista del SENA es auditor certificado por la SGS que es uno de los entes certificadores en el mundo, y ha participado en auditorías de tercera parte para certificación en diferentes empresas del territorio nacional.

Los temas tratados, la intensidad horaria, fechas y docentes están relacionados a continuación.

---

<sup>35</sup>SENA – Servicio Nacional de Aprendizaje.

## CICLO N°1

Fecha de inicio: 01-02-03 Fecha de terminación 15-02-03

Tema: Fundamentos sistema de gestión de calidad, Inducción Norma NTC ISO 9001:2000, estructura y análisis.

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa Duración: 15 horas

**Conferencista:** Ing. Ricardo Correa G.

### **Objetivos del ciclo de conferencias:**

- Conocer los fundamentos de la calidad y sus beneficios.
- Conocer y diferenciar los principales conceptos relacionados con la gestión de calidad.
- Conocer que es ISO, su origen, la estructura existente de la ISO 9000 y sus componentes.
- Entender la estructura normativa de la familia ISO 9000.
- Presentar la relación funcional de los elementos de la norma ISO 9001.
- Identificar y comprender los requisitos de la norma ISO 9001.

### **Contenido del ciclo de conferencias:**

- ¿Qué es la calidad, evolución y términos relativos a la calidad?
- ¿Qué es ISO 9000?
- ¿Qué beneficios me reporta, qué saco de ello?
- ¿Cómo implementar la norma ISO 9000? Perspectiva global.
- Conceptos básicos y principios de gestión de calidad.
- Estructura y descripción de la familia de norma ISO 9000.
- Análisis detallado de los requisitos de la norma ISO 9001.

### **Taller Realizado:**

Taller 1 Definición de calidad:

Objetivo del taller: Afianzar en el participante el concepto de calidad.

Metodología: A partir de la definición del término de calidad y del caso propuesto en el taller, definir en un cuadro adjunto los siguientes aspectos:



sistema de gestión de calidad.

Identificar cada una de las responsabilidades que la norma ISO 9001:2000 le asigna a la dirección de la institución y las formas de poder darles cumplimiento.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

Función de la política de calidad.

Características de la política de calidad.

Función de los objetivos de calidad.

Características y formulación de los objetivos de calidad.

**Taller Realizado:**

Taller 1 Elaboración política y revisión de la misión y la visión.

Objetivo del taller: Identificar las características para la elaboración de la política y los objetivos de calidad.

Metodología: Se utilizó una matriz de doble entrada para determinar los requisitos del cliente y las expectativas de la organización, de manera grupal y participativa se fueron asignado valores que relacionan cada fila con cada columna obteniendo una calificación la cual arroja los aspectos más importantes para los dos casos planteados y hacia donde se debe enfocar la política y los objetivos de calidad de la entidad.

Tiempo: 30 minutos de debate y justificación de los puntajes asignados.

**CICLO N°3**

Fecha de inicio: 01-03-03

Fecha de terminación 10-03-03

Tema: Gestión de los recursos

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 12 horas

**Conferencista:** Ing. Sonia A. Esteban C.

**Objetivos del ciclo de conferencias:**

Analizar la norma ISO 9000 en lo referente a recursos en un sistema de la calidad.

Relacionar los principios de gestión de recursos con los requisitos de la norma.

Dar criterios y modelos de formatos que permitan desarrollar el numeral 6.2 de la norma ISO 9001 y tener indicadores de gestión.

Identificar los niveles de competencia requeridos para efectuar la descripción y análisis de los cargos que desempeñan funciones dentro del sistema de gestión de calidad.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

Competencias laborales.

Ayudas para identificar necesidades de formación.

Beneficios referidos a la gestión humana al implementar la norma ISO 9001:2000

Indicadores de gestión

Infraestructura y ambiente de trabajo, las cinco eses.



**CICLO N°4**

Fecha de inicio: 15-03-03

Fecha de terminación: 12-04-03

Tema: Realización del producto

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 24 horas

**Conferencista:** Ing. Sonia A. Esteban C.

**Objetivos del ciclo de conferencias:**

Analizar el numeral 7 de la norma ISO 9001:2000 referente a los requisitos de la realización del producto

Identificar los procesos dentro de la organización y su respectiva caracterización teniendo en cuenta el enfoque basado en procesos.

Identificar los proveedores y su forma de selección y evaluación, definiendo de manera clara la información y verificación de las compras.

Conocer las diferentes técnicas del control de procesos, su identificación y trazabilidad.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

¿Qué es valor agregado?

Enfoque basado en procesos.

Caracterización de los procesos.

Variabilidad de los procesos y tipos de causas de dicha variación.

Técnicas para el control de los procesos.

**Taller Realizado:**

Taller 1 Caracterización de los procesos.

Objetivo del taller: Afianzar en el participante el concepto de caracterización de procesos.

Metodología: En grupos de 5 personas se selecciona uno de los servicios prestados por la clínica, identificando las etapas o procesos necesarios para la prestación de dicho servicio, después se toma uno de los procesos anteriores y se le realiza la caracterización correspondiente, teniendo en cuenta el formato entregado para dicha caracterización.

Tiempo: 35 minutos de trabajo en grupo.



**CICLO Nº5**

Fecha de inicio: 14-04-03

Fecha de terminación: 03-05-03

Tema: Sistema de gestión de calidad

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 15 horas

**Conferencista:** Ing. Sonia A. Esteban C.

**Objetivos del ciclo de conferencias:**

Identificar cada uno de los requisitos y componentes que hacen parte del sistema de gestión de la calidad.

Conocer los beneficios de implementar un sistema de gestión de calidad en la empresa.

Definir los indicadores para cada uno de los objetivos de calidad planteados para la organización.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

Objetivos de calidad vs. los procesos.

Relación entre objetivos y política de calidad.

Indicadores de calidad.

Ejemplo de planificación de la calidad.

## CICLO N°6

Fecha de inicio: 05-05-03

Fecha de terminación: 17-05-03

Tema: Herramientas estadísticas

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 12 horas

**Conferencista:** Ing. Carlos Hernández

### **Objetivos del ciclo de conferencias:**

Comprender los conceptos básicos para obtención y análisis y datos.

Conocer las formas para obtención de información y los métodos de muestreo.

Identificar las técnicas y herramientas existentes para el mejoramiento de la calidad.

### **Contenido del ciclo de conferencias:**

Objetivos de la recolección de datos.

Estadística descriptiva e inferencia estadística.

Métodos de muestreo: Muestreo al azar simple, muestreo al azar estratificado, muestreo al azar sistemático, muestreo estratificado-sistemático, muestreo aleatorio por conglomerados.

Herramientas y técnicas para datos numéricos y no numéricos

¿Qué son las hojas de verificación y cuál es su objetivo?

## CICLO N°7

Fecha de inicio: 19-05-03

Fecha de terminación: 26-05-03

Tema: Medición análisis y mejora

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 9 horas

**Conferencista:** Ing. Javier A. Díaz

**Objetivos del ciclo de conferencias:**

Analizar la norma ISO 9001:2000 en lo referente al numeral 8 medición, análisis y mejora.

Identificar la importancia de la medición y seguimientos de los procesos y del servicio.

Establecer la diferencia entre acción correctiva y acción preventiva.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

La satisfacción del cliente y su medición.

Control del producto no conforme.

Identificación y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.

**Taller Realizado:**

Taller 1 Acción correctiva.

Objetivo del taller: Analizar un problema real buscando aplicar el concepto de análisis de causas para el establecimiento de acciones correctivas.

Metodología: En grupos de 4 personas se realizaron los siguientes pasos.

- Análisis de las causas de una no conformidad escogida utilizando la metodología de la espina de pescado (Diagrama causa - efecto).
- Para las causas más incidentes detectados en el punto anterior, se aplica la metodología de los cinco por ques para llegar a la raíz del problema.
- Establecimiento del plan de acción para eliminar las causas raíz identificadas definiendo actividades a realizar, fecha estimada y responsable de la implementación.

Tiempo: 50 minutos de trabajo en grupo.



**CICLO N°8**

Fecha de inicio: 31-05-03

Fecha de terminación: 5-06-03

Tema: Auditoría interna

Lugar: Sala de juntas Clínica Santa Teresa

Duración: 24 horas

**Conferencista:** Ing. Javier A. Díaz

**Objetivos del ciclo de conferencias:**

Analizar y comprender la importancia de la auditoría del sistema de gestión de calidad y la oportunidad de mejora que este conlleva.

Conocer los diferentes tipos de auditoría que existen y cada una de sus partes.

Identificar el perfil de los auditores internos de la institución.

Conocer los tipos de no conformidades, su grado y la forma de levantar en un informe de auditoría.

Diseñar las hojas de verificación que soportan una auditoría.

**Contenido del ciclo de conferencias:**

Clasificación de las auditorías: primera, segunda y tercera parte.

Por qué hacer y para qué hacer las auditorías.

Norma ISO 10011 - 1.

Fases de la auditoría.

Características de un sistema de auditorías internas.

Descripción de hallazgos y declaración de no conformidades en las auditorías.

**Taller Realizado:**

Taller 1 Simulación de una auditoría de certificación.

Objetivo del taller: Experimentar una visita de auditoría de certificación, analizando las actitudes tomadas en la realización del taller

Metodología: Se organizan grupos de 6 personas las cuales deben simular cargos de una empresa en la cual se está realizando una auditoría de certificación, el conferencista realiza la función de auditor externo en cada uno de los grupos y los enfrenta analizando la respuesta de cada uno de ellos.

Tiempo: 25 minutos de trabajo por grupo.

Dada la importancia del liderazgo, la alta dirección decidió capacitar en primera instancia al

nivel directivo, se anexa diploma de la capacitación (Ver Anexo C), los cargos de las personas que recibieron el diploma que certifica dicha capacitación se relacionan a continuación (se incluyen al autor de este proyecto)

- Contadora.
- Jefe Coordinadora de nutrición.
- Jefe Coordinadora de enfermería.
- Enfermera Jefe de cirugía.
- Jefe de instrumentadoras.
- Coordinador de farmacia.
- Director Científico.
- Fisioterapeuta.
- Coordinadora de Sistemas.
- Director de Recursos Humanos.
- Director de Mercadeo.
- Director Financiero.
- Administrador de la sede de Piedecuesta.
- Administradora de la sede de la ESSA.
- Enfermera Coordinadora de P y P.
- Coordinador del laboratorio clínico.
- Coordinador de mantenimiento.
- Coordinadora de facturación
- Secretaria de Calidad.
- Auxiliar de honorarios médicos.
- Autor del proyecto.

Cabe anotar que la coordinadora del departamento de calidad, la auditora interna y los administradores de las sedes de Floridablanca y la sede de la cr. 27 ya contaban con dicho diploma y por ello no asistieron a esta capacitación.

## 4.2 DIAGNÓSTICO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN Y DE SU ENTORNO.

La metodología para realizar un diagnóstico y formular algunas estrategias se integra en un marco de tres etapas, como se desarrolla a continuación con cada uno de los instrumentos correspondientes.

### 4.2.1 Etapa de los insumos.

En esta primera etapa se construye la matriz PCI de perfiles de capacidad interna junto con el POAM que permite ver el perfil de oportunidades y amenazas del medio; en donde se resume la información básica para analizar el estado actual y poder formular estrategias.

#### ➤ Matriz PCI - perfil de capacidad institucional

Se tienen en cuenta en esta matriz cuatro capacidades que se evalúan definiendo el grado de debilidad o fortaleza y así poder conocer la situación interna de la organización. Las capacidades globales son:

Capacidad gerencial y organizacional: en este grupo se califican aspectos sobre el estilo gerencial, las herramientas utilizadas para ejercer el manejo y direccionamiento de la clínica, las directrices y políticas junto con las relaciones empleados vs. institución.

Capacidad competitiva y de mercado: se evalúan aspectos sobre el conocimiento que la Clínica Santa Teresa S.A. tiene de las necesidades de los clientes y su estado actual de satisfacción, el nivel de competencia de los empleados reflejado en las actividades para incrementar dicha competencia y el desarrollo de estrategias publicitarias en donde quede claro el portafolio de servicios de la entidad.

Capacidad financiera: Se tiene en cuenta aspectos como la liquidez, el endeudamiento, la rentabilidad, activos y crecimiento de los mismos, para poder medir el soporte económico de la organización.

Capacidad de producción de servicios y desarrollo: este ítem mide las condiciones de la estructura y distribución del área física en términos generales de la clínica y su capacidad de desarrollar nuevos servicios o cambios en los procesos actuales y/o adecuación de nueva tecnología.

La escala a utilizar en la matriz PCI se aprecia en la siguiente tabla

**Tabla 10. Escala de evaluación Matriz PCI**

TIPO	PUNTAJE
DMy: Debilidad Mayor	1
DMn: Debilidad Menor	2
FMn: Fortaleza Menor	3
FMy: Fortaleza Mayor	4

Fuente: Documentación seminario – direccionamiento estratégico UDI.

Para elaborar la matriz se desglosa cada capacidad y se emite un concepto que defina si para la clínica es una debilidad (menor o mayor) o una fortaleza (menor o mayor), paso seguido se sigue la escala de evaluación para asignar el puntaje que le corresponde, después se realiza una suma para conocer el puntaje total de dicha capacidad y la ponderación respectiva en comparación con las demás capacidades.

La capacidad que mayor ponderación obtiene es la que más fortaleza representa para la clínica, de allí el hecho que las debilidades se califiquen con puntajes bajos (1 y 2) y las fortalezas con puntajes altos (3 y 4).

➤ Matriz POAM – perfil de oportunidades y amenazas del medio.

En esta matriz se tienen en cuenta cinco factores que se evalúan para poder conocer el entorno de la Clínica. Los factores pueden ser una oportunidad o una amenaza para el buen funcionamiento y mantenimiento de la clínica, dichos factores son:

Factores económicos: pretende medir la situación económica que rodea a la entidad que vive el país y el departamento

Factores sociales, demográficos y culturales: en este ítem se analizan las tendencias en los cambios culturales, educacionales, de crecimiento de la población y de los niveles de violencia.

Factores políticos, gubernamentales y legales: califican la influencia que tiene la política y los partidos políticos del departamento y/o a nivel nacional y su influencia en la clínica junto con los planes de gobierno enfocados a salud o a reformas tributaria.

Factores tecnológicos: se mide la influencia de la tecnología de punta que se encuentra en el mercado, la que esta en manos de la competencia, también la gama de posibilidades de ampliación o cambio del modelo para la prestación de servicios en la clínica.

Factores de competencia: en este punto se tiene en cuenta el poder de negociación con el proveedor y con el cliente, los niveles de competencia y su influencia directa sobre el mercado de la mano con el crecimiento de los clientes potenciales.

La escala a utilizar en la matriz PCI se aprecia en la siguiente tabla

**Tabla 11. Escala de evaluación matriz POAM**

TIPO	PUNTAJE
AMy: Amenaza Mayor	1
AMn: Amenaza Menor	2
OMn: Oportunidad Menor	3
OMy: Oportunidad Mayor	4

Fuente: Documentación seminario – direccionamiento estratégico UDI..

Para elaborar la matriz se desglosa cada factor y se emite un concepto que defina si para la clínica es una amenaza (menor o mayor) o una oportunidad (menor o mayor), paso seguido se sigue la escala de evaluación para asignar el puntaje que le corresponde, después se realiza una suma para conocer el puntaje total de dicho factor y la ponderación respectiva en comparación con las demás factores.

El factor que mayor ponderación obtiene es el que mayor oportunidad representa para la clínica, de allí el hecho que las amenazas se califiquen con puntajes bajos (1 y 2) y las oportunidades con puntajes altos (3 y 4).

#### 4.2.2 Etapa de la adecuación

En esta segunda etapa se generan estrategias alternativas viables, alineando factores internos y externos clave. La técnica de la etapa dos es la matriz de las amenazas-oportunidades debilidades-fuerzas (DOFA) cuyos componentes se explican de la siguiente forma:

##### ➤ Matriz DOFA.

Al tener ya determinados cuales son los principales elementos de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, teniendo como referencias a la Misión y la Visión de la Clínica Santa Teresa S.A., y el resultado del perfil de capacidad institucional PCI y el perfil de oportunidades y amenazas del medio POAM se procede a construir la matriz DOFA indicando cuatro ejes alternativos conceptualmente distintos los cuales se catalogan de la siguiente manera:

La estrategia DO (Debilidades - vs. - Oportunidades) (Mini - Maxi): Pretende superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades externas. En ocasiones existen oportunidades externas claves, pero pueden existir debilidades internas que impiden explotar dichos oportunidades. Por ejemplo en el caso de la clínica, podría haber una gran demanda de servicios quirúrgicos de alta complejidad

(oportunidad), pero se carece de la tecnología requerida para hacer cirugías de alta complejidad (debilidad). Una estrategia DO posible consistiría en adquirir dicha tecnología constituyendo una empresa de riesgo compartido con una empresa competente en este campo o la obtención de los equipos por arriendo. Otra estrategia DO sería contratar personal y enseñarle las capacidades técnicas requeridas

La Estrategia FA (Fortalezas -vs.- Amenazas) (Maxi - Mini): Aprovecha las fuerzas de la organización para evitar o disminuir las repercusiones de las amenazas externas. No necesariamente una organización fuerte siempre debe enfrentar las amenazas del entorno externo. Un ejemplo FA para la clínica podría ser aprovechar el sistema de información(fuerza) para ejercer control de los usuarios en la base de datos que actualiza la EPS mensualmente quien arbitrariamente elimina de la base a usuarios generándose el no pago del % de la unidad de pago por cápita por dicho usuario. Las fortalezas de una institución deben ser usadas con mucho cuidado y discreción.

La Estrategia DA (Debilidades -vs.- Amenazas) (Mini - Mini): pretenden disminuir las debilidades internas y evitar las amenazas del entorno. Una organización que enfrenta muchas amenazas externas y debilidades internas de hecho podría estar en una situación muy precaria. En esos casos se puede luchar por supervivencia, fusionarse, declarar la quiebra u optar por la liquidación; pero existen otras alternativas. Por ejemplo, si la Clínica Santa Teresa S.A. estuviese en esta situación podría reducir sus operaciones (algunos de sus servicios) buscando ya sea sobreponerse a sus debilidades o para esperar tiempos mejores, cuando desaparezcan esas amenazas. Sin embargo la posición DA debe tratar de evitarse.

Estrategia FO (Fortalezas - vs. - Oportunidades) (Maxi - Maxi):. Se usan las fuerzas internas de la empresa para aprovechar la ventaja de las oportunidades externas.

Por regla general, las organizaciones siguen a las estrategias de DO, FA o DA para colocarse en una situación donde puedan aplicar estrategias FO. Cuando una empresa tiene debilidades importantes, debe luchar por superarlas y convertirlas en fuerzas. Cuando una organización enfrenta amenazas importantes, debe tratar de evitarlas para concentrarse en las oportunidades. Por ejemplo, la Clínica Santa Teresa S.A. con su prestigio ampliamente reconocido en el oriente colombiano como una de sus grandes fortalezas, podría aprovechar la oportunidad del crecimiento de los usuarios y de EPS quienes demandan clínicas reconocidas con personal altamente competente.

El siguiente gráfico contiene una presentación esquemática de una matriz DOFA. Es importante anotar que la primera, segunda, tercera, y cuarta estrategia son: FO, DO, FA, y DA, respectivamente.

**Figura 34. Estructura de la matriz DOFA para la formulación de estrategias.**



Fuente: Documentación seminario – direccionamiento estratégico UDI..

Como se puede observar la matriz DOFA cuenta con ocho celdas. Hay cuatro celdas para factores clave y cuatro celdas para estrategias. Las cuatro celdas de la estrategia llamadas FO, DO, FA, DA se ocupan después de llenar las cuatro celdas de los factores claves, llamados F, D, O, A.

El propósito de esta segunda etapa consiste en generar estrategias alternativas viables y no en seleccionar ni determinar ¡qué estrategias son mejores! No todas las estrategias desarrolladas en una matriz DOFA serán seleccionadas para su aplicación.

#### 4.2.3 Etapa de la decisión.

Incluye una sola técnica, la matriz cuantitativa de la planificación estratégica (MCPE). Una MCPE usa la información obtenida en la etapa de insumos para evaluar, en forma objetiva, las estrategias alternativas viables identificadas en la etapa de adecuación. Una MCPE revela el atractivo relativo de estrategias alternativas y, por tanto, ofrece una base objetiva para seleccionar estrategias específicas.

##### ➤ Matriz cuantitativa de planeación estratégica.

No todas las estrategias se consideran como alternativas para desarrollar debido a que existe una cantidad infinita de acciones posibles y otra cantidad infinita de caminos para ponerlas en práctica. Por consiguiente, se aplicó una metodología para definir las estrategias más atractivas y su orden de ejecución; otorgando un puntaje de atraktividad que cada una tiene con respecto a las oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas planteadas en la DOFA.

Tabla 12.. Escala de calificación puntaje de atraktividad en la matriz de planeación estratégica. MCPE

4.3 ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL PUNTAJE DE ATRACTIVIDAD	
CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	No se debe poner en práctica
2	Se podría poner en práctica
3	Se podría poner en práctica
4	Se debe poner en práctica

Fuente: Documentación seminario – direccionamiento estratégico UDI..

Este proceso producirá una lista de las "mejores" estrategias por orden de importancia.

#### 4.4 DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN CON RESPECTO A LA NORMA NTC - ISO 9001:2000

Después de obtener un conocimiento sobre el sector salud en Colombia, de realizar un diagnóstico del entorno, la situación interna de la institución, la identificación de manera puntual de cada uno de los servicios de la clínica especialmente del servicio de consulta externa y de haber podido reconocer claramente los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 se procede a realizar el diagnóstico inicial de la Clínica Santa Teresa S.A. en relación con dichos requisitos para un sistema de gestión de calidad.

La escala a utilizar para evaluar el nivel de cumplimiento de las cláusulas es cualitativa y se presenta de la siguiente manera:

Tabla 13. Escala cualitativa para evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma NTC-ISO-9001:2000

CALIFICACIÓN CUALITATIVA	DESCRIPCIÓN
<b>Sin desarrollo</b>	Esta calificación se otorga cuando en la clínica no se aplican ninguna de las disposiciones citadas en el requisito.
<b>Definidos informalmente</b>	Se da esta calificación cuando la Clínica en el momento del diagnóstico cumple sólo algunas de las disposiciones exigidas en un requisito de manera poco formal o incompleta.
<b>Con registros</b>	Cuando dentro de la institución existan registros que sean de evidencia del cumplimiento de las cláusulas
<b>Documentado</b>	Cuando exista documentación de alguno de los requisitos.
<b>Implementado formalmente</b>	Se asigna esta calificación, cuando los elementos solicitados por un requisito son cumplidos en su totalidad por la Clínica.

## 5. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### 5.1 PRELIMINARES DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL

#### 5.1.1 Estructura del sistema de gestión de calidad.

Ya que la norma es flexible en cuanto a la estructura o forma de documentar el SGC, se estableció la siguiente escala mostrada en la figura 35. Tal como se puede apreciar, existen cinco niveles, partiendo del general al más específico, la documentación del sistema debe descender en “cascada” de un nivel al siguiente y debe definirse con toda la claridad la rastreabilidad dentro de la estructura documentada.

Figura 35. Pirámide documental del sistema de gestión de calidad



Fuente: Robert Peach – Manual de ISO 9000.

**Manual de calidad:** Este documento describe en forma general el SGC a nivel de toda la organización, así como la política de calidad que explican el por qué de éste SGC. A lo largo del manual se comenta brevemente como cada servicio a certificar de la CST cumple cada uno de los enunciados de la norma ISO 9001: 2000.

**Procedimientos:** En un segundo nivel se encuentran este tipo de documentos que explican el qué, quién, cuándo y dónde del SGC. Los procesos describen una transformación de entradas en salidas a través de una serie de actividades. Los procedimientos describen en detalle el proceso, a través de una breve explicación para cada una de sus actividades.

**Instructivos:** Estos documentos explican como se hace alguna actividad específica del proceso, que amerite ser escrita en detalle ya sea por su complejidad o por ser crítica, tal como la operación de una máquina o la realización de un test.

**Registros:** Sobre estos documentos se inscriben datos originados por un proceso o actividad que lo compone. Los registros son muy importantes pues proporcionan la evidencia del cumplimiento del SGC.

**Documentación externa:** Hacen parte de éste grupo las normas técnicas, normas exigidas por el Ministerio de Salud, libros y otros documentos de origen externo que describen requerimientos específicos para los procesos y productos; y que por ende respaldan el SGC.

### 5.1.2 La función de la documentación.

El objetivo de la documentación en la norma ISO 9001 no es crear una burocracia ni generar una fábrica de papel, sino ayudar a la organización a:

Lograr la calidad exigida (producto).

Evaluar los sistemas de calidad.

Lograr un mejoramiento de la calidad.

Mantener las mejoras.

La documentación sirve para inducir y capacitar al nuevo personal, ya que garantiza que éste siempre reciba el mismo tipo de capacitación y fomenta un desempeño uniforme cuando se cambie de personal.

La documentación desempeña un papel en la auditoría ya que proporciona pruebas objetivas de que existe un proceso definido, de que existen procedimientos aprobados y de que los cambios a los procesos son controlados. La documentación permite que las organizaciones midan el desempeño actual, de esta manera, el efecto de los cambios, bien sean positivos o negativos.

### 5.1.3 La documentación del Sistema de gestión de calidad.

La documentación representa el esqueleto de un SGC. Cuando la empresa cumple con los requerimientos de cada uno de los elementos del modelo de aseguramiento, deberá documentar su SGC por escrito, más específicamente sus elementos.

La mayoría de las veces que una persona especializada se retira de una empresa hace que no se siga obteniendo la misma calidad de fabricación, de ahí la importancia de pensar y escribir, de contar con un documento escrito, de manera tal que la persona que continúe su tarea siga el mismo proceso es decir “hacer lo que se escribió”.

Si bien siempre hubo manuales de procedimientos en muchas empresas, la particularidad del SGC según ISO 9000, son las periódicas auditorías tanto internas como externas para “verificar que se hizo lo que se escribió”; y que la ejecución de una acción crítica tiene que generar registros.

En la etapa de documentación se relacionan los documentos que constituyen el sistema, es decir, el Manual de Calidad, El Manual de Procesos, Manual de Procedimientos, Instructivos de Trabajo y Registros de Calidad.

La documentación debe contemplar el cumplimiento de todos los requisitos de la norma ISO 9001 del 2000, así como aspectos inherentes a la organización como las metas de la dirección, las políticas operacionales y de calidad y las responsabilidades de cada uno de los empleados.

## 5.2 MACROPROCESO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

La elaboración del mapa de procesos y caracterización de los mismos se desarrolló en varias etapas de la siguiente manera:

### 5.2.1 Metodología para la elaboración del mapa y caracterización de los procesos.

Como pasos en la actividad se realizaron:

**Paso 1:** se reunió un grupo de personas (jefes de departamento relacionados a consulta externa) en donde se explicó la estructura del mapa de procesos y el nuevo enfoque ya no en departamentos si no por procesos.

**Paso 2:** se construyó un mapa de procesos inicial en donde se definieron los procesos que conforman el servicio de consulta externa y de manera grupal y por consenso se depuro, categorizándolos en tres grupos como son: los de soporte, los operativos y el proceso gerencial junto con la interrelación de ellos, teniendo al cliente como entrada y como fin del macroproceso.

**Paso 3:** En total quedaron definidos once procesos, se nombraron los responsables de los mismos y se procedió a realizar su respectiva caracterización, desarrollada en conjunto con cada dueño asignado; luego fue revisada con la coordinadora del departamento de calidad, el coordinador médico administrativo de la sedes ambulatorias y el autor del proyecto.

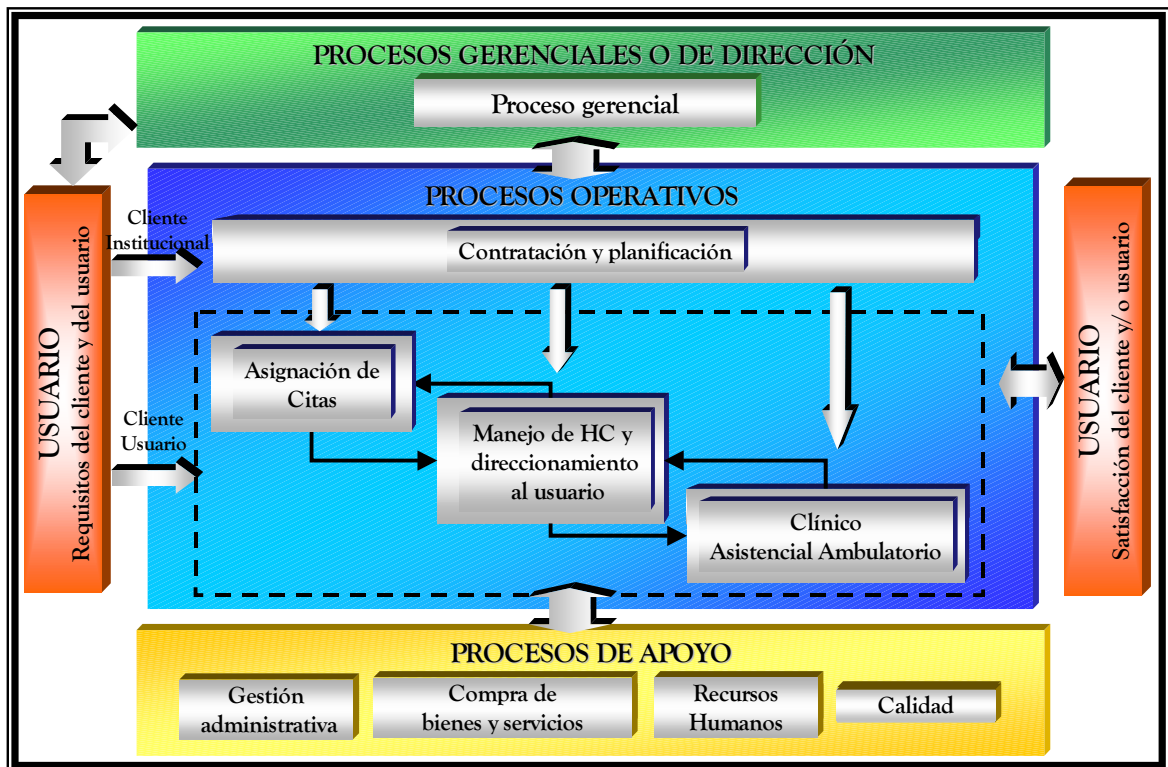
#### 5.2.2 Diseño y descripción del mapa de procesos.

El mapa de procesos se presenta para la Clínica Santa Teresa de manera gráfica y sencilla, cada institución desarrolla el mapa como lo considere adecuado ya que lo importante es la secuencia e interacción de los procesos mostrados en él, la complejidad del mapa no tiene limitantes y cada entidad la define.

En el mapa de procesos de la clínica se puede observar que siempre se tiene como entrada principal las necesidades y expectativas del cliente ya sea del usuario o directamente la entidad promotora de salud por medio de los requisitos estipulados en los contratos define lo que necesita, el mapa se encuentra dividido en tres partes principales , una sección superior llamada procesos gerenciales en donde se observa un proceso el cual proporciona las directrices a todos los demás procesos del mapa y es realizado por la gerencia, una parte intermedia llamada procesos operativos es decir aquellos que agregan valor en la prestación del servicio al cliente y que normalmente tienen un contacto directo con él, en donde se diseñaron cuatro pilares principales junto con un tercer y último grupo no menos importante conformado por los procesos de apoyo que ayudan a soportar a los demás y que son

realizados por otros servicios de la institución, en este grupo quedaron definidos cuatro procesos, generando como resultado nueve procesos representados en el mapa que resume de manera clara el servicio de consulta externa de la Clínica Santa Teresa S.A. observando a la institución desde el nuevo punto vista de procesos.

Figura 36. Mapa de Procesos



El proceso de contratación y planificación se incluyó dentro de los procesos operativos como estrategia para mantener un contacto directo con los clientes institucionales, y poder realizar una planificación del contrato que afecta de manera directa la ejecución y desarrollo de los otros tres procesos operativos.

Se puede evidenciar un comportamiento circular en la relación gráfica entre los procesos de asignación de citas, manejo de historia clínica y el clínico asistencial ambulatorio, ello se debe al que el usuario recorre el ciclo de manera descendente en primera fase y posteriormente al

salir de la consulta de medicina general o de cualquiera de los programas de promoción y prevención debe recorrer el ciclo de manera ascendente , para ser direccionado a un servicio externo o interno, sea reforzada la conducta definida por parte del médico y/o la enfermera jefe, se le oriente sobre las citas de control para que realice nuevamente la solicitud de cita.

### 5.2.3 Diseño y descripción del formato para caracterización de procesos.

Para la caracterización de los procesos se aplicó el formato que se aprecia en la siguiente figura.

**Figura 37. Formato CST –CAL – F – 01 Caracterización de procesos**

CLÍNICA SANTA TERESA S.A				
CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS				
Código: FCST - CAL - F - 01		Versión: 1	Página ___ de ___	
PROCESO:			DUEÑO:	
OBJETO:				
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
RECURSOS	MECANISMO DE SEGUIMIENTO	MECANISMO DE MEDICION		
DOCUMENTOS	REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS			
COLABORADORES	REQUISITOS ISO 9001:2000			

Cada uno de los campos del formato para caracterización de procesos fue diligenciado en su totalidad y permitió definir las características de cada proceso, el objetivo y principalmente los elementos de entrada y quien los provee, las actividades que se llevan a cabo para transformar y/o utilizar esos recursos y generar así resultados que también deben

tener un proceso destino, la caracterización muestra los indicadores con los que se miden el desempeño del proceso , describe los participantes, el responsable o dueño del proceso, los numerales de la norma que se afectan con la ejecución del mismo entre otros aspectos básicos

La caracterización de los procesos del mapa de procesos de la Clínica Santa Teresa S.A. para el servicio de consulta externa.

### **5.3 MANUAL DE CALIDAD**

Es importante decir que el manual de calidad es un documento que va especificar el sistema de gestión de calidad de la organización, y será utilizado como herramienta de mercadeo, debido a que se considera la primera indicación formal que recibe el cliente en relación al método que la clínica Santa Teresa S.A. utilizará para administrar los aspectos de calidad, el manual va a contener la declaración de la política de calidad, los objetivos de calidad apoyadas en la misión y la visión.

#### **5.3.1 Estructura del manual de calidad.**

El manual de calidad se normalizó según el procedimiento para el control de documentos CST - CAL - P - 01 y se tendrán como base de información las políticas, la descripción del sistema y las referencias a procedimientos, tendrá algunos elementos extras por ser el documento más importante del sistema de gestión de calidad y su estructura se presentara de la siguiente manera:

## DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA SANTA TERESA S.A.

Certificado de aprobación.

Gestión del manual de calidad: Elaboración, exactitud, aprobación y distribución.

Reseña histórica y evolución.

Marco legal.

Estructura organizacional.

Misión.

Visión.

## OBJETO Y ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Objeto.

Alcance.

Exclusiones

## TERMINOLOGÍA

### SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Política de calidad.

Objetivos de calidad.

Procesos del sistema de gestión de la calidad.

Generalidades de la documentación.

### RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.

Compromiso de la dirección.

Enfoque al cliente.

Responsabilidad, autoridad y comunicación.

Revisión por la dirección.

### GESTIÓN DE LOS RECURSOS.

Provisión de los recursos.

Recursos humanos.

Infraestructura.

Ambiente de trabajo.

#### REALIZACIÓN DEL PRODUCTO.

Planificación de la realización del servicio.

Procesos relacionados con el cliente.

Compras.

Producción y prestación del servicio.

Control de dispositivos de seguimiento y medición.

#### MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.

Seguimiento y medición.

Control del servicio no conforme.

Análisis de datos.

Mejora continua.

Acción correctiva y preventiva.

### 5.3.2 Metodología para el establecimiento de la política y los objetivos de calidad.

Se utilizó la siguiente metodología para establecer la política y los objetivos de calidad.

Se elaboró un taller llamado “Taller de política y objetivos de calidad” el objetivo del taller era presentar una metodología que permitiera identificar las directrices más importantes para definir una política de calidad, así como definición de los objetivos de calidad, dicho taller se realizó con un grupo de aproximadamente quince personas , la mayoría de ellos jefes de departamento que son los dueños de los procesos de soporte y de los procesos operativos del servicio de consulta externa hacia donde va encaminado el sistema de gestión de calidad y el proyecto que se presenta.

Como pasos en la actividad se realizaron:

**Paso 1:** se efectuó una lluvia de ideas verbal en donde se relacionó en una tabla las metas de la organización en la fila y las necesidades y expectativas del cliente en la columna.

**Paso 2:** se elaboró una relación entre cada fila y cada columna y se asignaba un puntaje que definía el grado de dependencia de la siguiente manera

**Tabla 14. Puntaje según tipo de relación metas de la organización Vs. necesidades y expectativas del cliente**

TIPO DE RELACIÓN	PUNTAJE
Relación fuerte	10
Media.	5
Débil.	1
Sin relación.	0

El resultado de la calificación fue el siguiente, en donde se presentan los totales por filas y columnas de la siguiente forma:

Tabla 15. Matriz de doble entrada Metas de la organización vs. necesidades y expectativas del cliente

		METAS DE LA ORGANIZACIÓN												
		Rentabilidad	Reconocimiento	Calidad	Eficiencia y eficacia	Tecnología	Desarrollo sostenible	Satisfacción del cliente	Fidelidad	Mejoramiento	Personal comprometido	Cumplir la ley	Clima laboral	TOTAL
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE	Atención	5	10	10	10	5	5	10	10	10	10	10	10	105
	Oportunidad	0	5	10	10	5	1	10	10	10	10	10	5	86
	Efectividad	10	10	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	115
	Profesionalismo	5	10	10	10	1	5	10	10	10	10	10	0	91
	Instalaciones limpias	0	10	10	0	0	0	10	5	10	1	10	0	56
	Seguridad - confianza	1	10	10	10	5	5	10	10	10	10	10	0	91
	Trato humano respeto	1	10	10	10	0	5	10	10	10	10	10	10	96
	Calidez	1	10	10	5	0	1	10	10	10	10	10	10	87
	Calidad	5	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	5	105
	Tecnología	10	5	5	5	10	10	5	5	10	0	1	0	66
	Puntualidad	0	10	10	10	0	0	10	10	10	10	1	0	71
	Información	0	10	10	1	5	1	10	10	10	10	10	0	77
	Economía (tarifas)	1	10	5	0	0	1	10	10	10	0	0	0	47
	TOTAL	39	120	120	91	46	49	125	120	130	101	102	50	

**Paso 3:** Se procedió a analizar y clasificar los aspectos con mayor incidencia reflejados en el mayor puntaje en cada uno de los dos casos.

**Tabla 16. Puntaje final necesidades y expectativas del cliente**

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE	PUNTAJE
Eficacia y eficiencia.	115
Atención.	105
Calidad.	105
Trato humano-respeto.	96
Profesionalismo.	91

**Tabla 17. Puntaje final metas de la organización**

METAS DE LA ORGANIZACIÓN	PUNTAJE
Mejoramiento continuo.	130
Satisfacción del cliente.	125
Fidelidad.	120
Reconocimiento.	120
Calidad en el servicio.	120
Cumplimiento de los requisitos legales.	102

**Paso 4:** teniendo en cuenta los pasos anteriores, la visión y la misión, se redactó la política de calidad y los objetivos de calidad los cuales fueron aprobados por la gerencia y se difundieron por la institución.

Se desarrollo la actualización de la misión de la institución, adecuándola de mejor manera a la razón de ser de la entidad y simultáneamente se reformó la visión asignando un lapso de tiempo con unas metas a cumplir, dichas modificaciones se llevaron acabo en conjunto con

el coordinador médico administrativo de las sedes ambulatorias, la directora del departamento de calidad y el responsable del proyecto, las cuales fueron presentadas a la gerencia quien aprobó los cambios respectivos.

#### 5.3.3 Actualización de la Misión.

La Clínica Santa Teresa S.A. presta integralmente servicios Clínicos - asistenciales con calidez y eficiencia, teniendo como pilar central al ser humano y así satisfacer las necesidades en salud de nuestros usuarios, fundamentados en el sistema de seguridad social.

#### 5.3.4 Actualización de la Visión.

La Clínica Santa Teresa S.A. proyecta constituirse al inicio del nuevo milenio, en un líder en la prestación de servicios “Clínico - asistenciales”, en el oriente Colombiano; a través de un mejoramiento continuo y acreditando sus servicios con altos estándares de calidad, generando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.

#### 5.3.5 Política de calidad establecida.

La política de calidad de la Clínica Santa Teresa S.A. es la de prestar servicios Clínicos - asistenciales en consulta externa con personal idóneo y comprometido de manera efectiva, segura, confiable, con calidez humana y tecnología adecuada para satisfacer las necesidades y requisitos de nuestros clientes; cumpliendo con los requisitos legales, obteniendo un margen de rentabilidad razonable que garantice el mejoramiento continuo de nuestro sistema de gestión de calidad.

### 5.3.6 Objetivos de calidad establecidos.

Los objetivos de calidad se enfocaron en seis aspectos fundamentales que son:

- La calidad.
- La satisfacción del cliente.
- El mejoramiento continuo.
- El cumplimiento de requisitos.
- La atención efectiva.
- El personal competente

Quedando estipulados de la siguiente forma:

Mantener un personal con la capacidad de resolver problemas relacionados con cada una de sus funciones, que garanticen la calidad en la prestación del servicio; a través de capacitaciones que contribuyan al desarrollo del talento humano.

Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios ofreciendo un servicio Clínico - asistencial, eficiente, basado en la excelencia a un costo razonable

Mejorar el sistema de gestión de calidad de una manera eficaz y eficiente, que garantice el buen funcionamiento de los procesos, llevando a la excelencia en la prestación de los servicios clínicos asistenciales.

Prestar servicios clínicos asistenciales en consulta externa garantizando la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, calidez humana e idoneidad.

Mejorar los modelos de atención bajo el enfoque legal y experiencia del equipo de trabajo

## 5.4 MANUAL DE DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CARGOS

El manual de descripción y análisis de cargos nace del análisis ocupacional de cada uno de los cargos que afectan la calidad en el servicio de consulta externa, dando cumplimiento al numeral 6.2 de la norma ISO 9001:2000 que hace referencia a Recursos Humanos

En la Clínica Santa Teresa S.A. existía una clasificación de cargos, algunos de ellos contaban con una breve descripción de sus actividades y deberes, en éste manual se plantea una descripción más explícita, redistribución de las funciones, y anexo de características como son por ejemplo la formación, la competencia y responsabilidad del cargo.

### 5.4.1 Metodología para el análisis de cargos.

Para la descripción y el análisis de los cargos en la institución se llevaron a cabo las siguientes etapas:

**Primera etapa:** En esta etapa se realizó la planeación para el análisis de los cargos basándose en el mapa de procesos y con aval de la organización se incluyeron todos los cargos relacionados directamente con el servicio de consulta externa, cabe anotar que la norma ISO 9001:2000 solo exige definición de competencias para los cargos que afectan la calidad del servicio; también se identificó el método de observación directa y entrevista por medio de encuesta como los más adecuados para extraer la información requerida.

**Segunda etapa:** El autor del proyecto realizó seguimiento visual sobre las funciones desempeñadas en cada uno de los puestos trabajo, de esta manera se pudieron observar movimientos, se hicieron anotaciones sobre las labores desempeñadas, identificando actividades repetitivas.

**Tercera etapa :** Se entregó un cuestionario escrito a los ocupantes de los cargos para recolectar más datos sobre contenidos y características de las funciones que desempeñan

**Cuarta parte:** El autor del proyecto en compañía de los jefes, efectuaron un análisis de la información recopilada, depurándola, mejorando su redacción, aclarando las verdaderas y principales funciones, diseñando el formato para el análisis de cargos final en donde queda consignada la información aprobada, definiendo competencias, responsabilidades y autoridad.

#### 5.4.2 Formato anexo al manual de descripción y análisis de cargos

Figura 38. Formato CST -RHS - F - 04 Descripción y análisis de cargos

The figure shows two pages of a form for job description and analysis. Both pages are titled 'CLÍNICA SANTA TERESA S.A. FORMATO DE DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CARGO'. The left page (Página 1 de 2) includes fields for 'Nombre del cargo', 'Proceso o dept.', 'Cargo de jefe inmediato', 'Cargos que supervisa', 'COMPETENCIA GENERAL' (with sub-sections for Recursos, Interpersonal, Información, Sistemas, Tecnología, EDUCACIÓN, FORMACIÓN, EXPERIENCIA, HABILIDADES), and 'FUNCIONES DEL CARGO' (with a table for frequency: D, S, M, A, E). The right page (Página 2 de 2) includes 'RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD' (with sub-sections for 'Por el manejo de dinero', 'Por el manejo de información', 'Sobre infraestructura (equipos)', 'Con la atención al cliente', 'Por la gestión', 'Autoridad') and 'CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO' (with sub-sections for 'Ambiente de trabajo' and 'Riesgos').

La primera parte del formato nace como resultado de la normalización que tienen todos los formatos y fichas del sistema de gestión de calidad y su explicación será ampliada en el numeral 5.5 del presente documento que toca el tema de control de documentos.

En la segunda sección del cuerpo del formato se presenta formalmente cada cargo. La tercera área del formato corresponde a la competencia general, cada una de ellas está basada en competencias básicas definidas por la organización, esto se puede observar en el manual de análisis y descripción de cargos.

La cuarta sección describe el objetivo y funciones del cargo; en el quinto fragmento del cuerpo del formato se trata el tema de responsabilidad y autoridad para dar cumplimiento al numeral 5.5.1<sup>18</sup> de la norma ISO 9001:2000 y por último en la sexta sección se analiza el tema de las condiciones del área de trabajo que se refiere a las condiciones ambientales del lugar donde se desarrolla el trabajo y sus alrededores, que pueden hacerlo poco agradable y sujeto a riesgos, lo cual exige que el ocupante del cargo se adapte bien para mantener productividad y rendimiento en sus funciones.

## **5.5 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS.**

Es un requisito de la norma ISO 9001:2000 en el numeral 4.2.3 en donde se estipula claramente que los documentos del sistema de gestión de calidad y los que la Clínica considere convenientes deben ser controlados y debe existir un procedimiento documentado que describa como realizará dicho control.

---

<sup>18</sup>5.5.1.RESPONSABILIDAD AUTORIDAD - La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.





Figura 41. Formato CST-CAL-F-04 Solicitud y respuesta de elaboración o modificación de documentos

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.			
FORMATO PARA SOLICITUD Y RESPUESTA DE ELABORACIÓN O MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS			
Código: CST-CAL-F-04	Versión: 1	Página de	
SOLICITUD PARA ELABORACIÓN O MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS (Espacios reservados para el solicitante)			
Nombre y cargo a quien se solicita:			
Procedente (Departamento) solicitante:			Fecha de la solicitud:
Nombre y cargo del solicitante:			
TIPO DE DOCUMENTO A ELABORAR O MODIFICAR (marque con X)		NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO
M	P	I	F
			PC
ULTIMA VERSION			
Descripción para la elaboración y modificación solicitada:			
Firma del solicitante:		Firma de solicitud recibida:	
RESPUESTA A LA SOLICITUD DE ELABORACIÓN O MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS (Espacios reservados para representante de calidad)			
Aprobada:	Desaprobada:	Modificada:	Fecha de respuesta:
Observaciones:			
Firma del representante de calidad		Firma de respuesta recibida:	
M (Manual) - P (Procedimiento) - I (Instructivo) - F (Formato) - PC (Plan de calidad)			

Este formato permite que se actualicen y mejoren los documentos del sistema de gestión de calidad para adecuarlos a los cambios que la Clínica Santa Teresa S.A. considere convenientes, así se genera evidencia de la solicitud ante el representante de calidad quien esta en la potestad de modificarlos y estudiar los cambios de versión.

Figura 42. Formato CST-CAL-F-05 Recolección de documentos obsoletos y distribución de documentos nuevos o con cambio de versión

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.							
RECOLECCIÓN DE DOCUMENTOS OBSOLETOS Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS NUEVOS O CON CAMBIO DE VERSIÓN							
Código: CST-CAL-F-05		Versión: 1					
		Página de					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA RECOLECCIÓN DE DOCUMENTOS OBSOLETOS			ESPACIO EXCLUSIVO PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS NUEVOS O CON CAMBIO DE VERSIÓN				
DATOS DEL DOCUMENTO OBSOLETO	FECHA DE RECOLECCIÓN	Nº DE COPIAS	DATOS DE QUIEN RECOLETA (LA COPIA) OBSOLETAS	DATOS DEL DOCUMENTO ENTREGADO	FECHA DE ENTREGA	Nº DE COPIAS	DATOS DE QUIEN RECIBE (LA COPIA) DEL DOCUMENTO
Nombre			Nombre y cargo	Nombre			Nombre y cargo
Código			Proceso	Código			Proceso
Verónica			Firma	Verónica			Firma
Nombre			Nombre y cargo	Nombre			Nombre y cargo
Código			Proceso	Código			Proceso
Verónica			Firma	Verónica			Firma
Nombre			Nombre y cargo	Nombre			Nombre y cargo
Código			Proceso	Código			Proceso
Verónica			Firma	Verónica			Firma
Nombre			Nombre y cargo	Nombre			Nombre y cargo
Código			Proceso	Código			Proceso
Verónica			Firma	Verónica			Firma
Nombre			Nombre y cargo	Nombre			Nombre y cargo
Código			Proceso	Código			Proceso
Verónica			Firma	Verónica			Firma

Este formato evita que circulen dentro de la organización documentos del sistema de gestión de la calidad que sean obsoletos y que se presenten por ejemplo dos versiones de un mismo documento en manos de las personas que laboran dentro de la organización, también permite conocer a quien se le entregan los documentos y dicha persona debe responder por su legibilidad, y conservación.

## **5.6 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS**

Es un requisito de la norma ISO 9001:2000 en el numeral 4.2.4 en donde se estipula claramente que los registros del sistema de gestión de deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del mismo sistema y debe existir un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, al recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

Este procedimiento para el control de registros permite dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2000; su elaboración se llevó a cabo con el grupo de personas que elaboraron el procedimiento de control de documentos incluido el autor del proyecto.

El procedimiento está acompañado de los siguientes formatos.

5.6.1 Formatos anexos al procedimiento para el control de los registros.



Este formato permite controlar la salida de los registros de los archivos activos e inactivos identificando a quien se le prestan, las fechas de entrega y devolución y el estado en que retornan al archivo, esto es necesario ya que los registros son la evidencia más clara del funcionamiento del sistema de gestión de calidad y por medio de los cuales se puede realizar la trazabilidad.

## **5.7 PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA**

Es un requisito de la norma ISO 9001:2000 en el numeral 8.2.2. en donde se estipula que debe definirse un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de las auditorias ya que son el soporte principal de la conformidad el sistema. La auditoria del sistema de calidad es una herramienta poderosa para el mejoramiento continuo.

La norma exige que el proceso de auditoria sea planeado, sistemático y continuo a fin de garantizar que el sistema documentado se ponga en marcha de manera eficiente y que las acciones correctivas se realicen con oportunidad. El proceso de auditoria verifica que el sistema funcione de acuerdo con lo planeado y que, de lo contrario, se emprenda la acción correctiva correspondiente.

El procedimiento está acompañado de los siguientes formatos.

### **5.7.1 Formatos anexos al procedimiento de auditoria interna.**





La lista de verificación es una herramienta importante para el proceso de auditoria, y dicha lista debe ser preparada por el auditor teniendo en cuenta qué aspectos evaluará en cada uno de los procesos, además permite tener una guía lógica y ordenada en el momento de efectuar la auditoria.

Al final de toda auditoria debe redactarse un informe siguiendo el anterior formato en un lapso no superior a diez días, dicho informe es una de las entradas de información para el proceso gerencial en el cual la gerencia realiza las revisiones por la dirección que están definidas como requisitos en el numeral 5.6 de la norma NTC ISO 9001:2000.

## **5.8 PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME**

En el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2000 se estipula que debe existir un procedimiento documentado que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme; es por ello que se construyó el procedimiento para el control del servicio no conforme con el cual se da cumplimiento a este requisito de la norma; su elaboración se llevó a cabo con los dueños de procesos y fue aprobado por el gerente de la institución.

Aunque se estableció un documento compacto sobre dicho tema; en cada uno de los procedimientos documentados sobre las actividades específicas de la prestación del servicio (como son el procedimiento de asignación de citas, el procedimiento de atención médica, el procedimiento de programas de promoción y prevención entre otros) se analizó en cada caso el tratamiento que tendrá un servicio no conforme prestado en la ejecución de las actividades descritas en dichos procedimientos

5.8.1 Formato anexo al procedimiento para el control del servicio no conforme.

Figura 49.. Formato CST-CAL-F-18 Quejas o sugerencias.

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.  
QUEJAS O SUGERENCIAS

Código: CST-CAL-F-18 Versión: 1 Página: de

Fecha de recepción de la queja o sugerencia: / / Queja: Sugerencia:  
Gede ambulancia de: Fecha de la penalización del servicio: / /

Marque con una X la forma en que se comunicó la queja o sugerencia:  
Personal: Carta: Buzón: llamada: E-mail:

Nombre y apellidos del usuario #Documento de identidad #Teléfono Tipo de usuario

Marque con una X el servicio antes el cual se levantó la queja o sugerencia:  
Laboratorio Servirvacuna Celular vía Servir Imágenes diagnósticas  
Archivo EIC Vacunación Inspección y conexiones Caja y/o Citas  
Aux de consultorio Atención médica Otro:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O SUGERENCIA

TRAMITE DADO

Responsable del seguimiento:

Firma quien recibe la queja o sugerencia Firma del usuario

5.9 PROCEDIMIENTO DE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA

Se construyó un procedimiento de acciones correctivas y preventivas en conjunto ya que tienen aspectos en común para dar cumplimiento al numeral 8.5.2 y 8.5.3 en donde se dice que debe existir un procedimiento documentado en donde se revisen las no conformidades presentadas o potencialmente existentes, la metodología para determinar las causas y como se deben desarrollar todas las acciones necesarias para evitar su ocurrencia y evitar que se preste un servicio no conforme.

Este procedimiento para de acciones correctivas y preventivas permite velar por la mejora continua del sistema de gestión de la calidad. El procedimiento está acompañado de los siguientes formatos.

5.9.1 Formatos anexos al procedimiento de acción correctiva y acción preventiva.

Figura 50. Formato CST-CAL-F-07 Formato solicitud de acción correctiva y preventiva.

The figure displays three pages of a form titled 'CLINICA SANTA TERESA S.A. SOLICITUD Y DESARROLLO DE ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA'. The form is divided into several sections:

- Page 1:** Contains administrative information (process name, date, version, page number), a section for '1. DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD' (description of non-conformity), and '2. CORRECCIÓN' (correction).
- Page 2:** Features a '5.2 Diagrama Causa-efecto (sigua de pescado)' (cause-effect diagram) with boxes for 'EFECTO - (no conformidad)', 'MATERIAS PRIMAS', 'MATERIAS', and 'OTRO'. Below it is a '5.3 metodología de los tipos causas?' (methodology of types of causes?) section with two columns for 'Causas:' and 'Por qué?:'.
- Page 3:** Contains another '5.3 metodología de los tipos causas?' section and a '4. DEFINICIÓN DE ACCIONES (PLAN DE ACCIÓN)' (action definition) table with columns for 'ACTIVIDADES', 'FECHA', and 'RESPONSABLE'.

Con el formato anterior se pueden levantar las no conformidades detectadas realmente o potencialmente dentro del sistema de gestión de calidad y poder tomar acciones pertinentes, analizando las causas y planificando unas actividades a seguir con fechas y responsables que tiendan a eliminar dichas causas detectadas. Estos formatos deben ser diligenciados por los dueños de cada uno de los procesos en donde se detecte que ha ocurrido u ocurrirá una no



## 5.10 MANUAL DE INDICADORES

El manual de indicadores nace de la necesidad de contar con un documento que centralice los indicadores que se generan dentro de la institución y lo más importante que permita tener normalizados y organizados los formatos o fichas que presentan las descripción más detallada de cada uno de los indicadores, en la clínica ya se tiene una cultura sobre el manejo de indicadores, pero se presenta un exceso de los mismos, por eso se aplicó una metodología para clasificarlos y medir los que realmente agregan valor y permiten conocer datos importantes.

### 5.10.1 Metodología utilizada para la elaboración de indicadores de gestión

Se realizó un taller en el cual participaron los dueños de procesos, el objetivo fue conocer las herramientas para elaboración de indicadores de gestión, para ellos se llevaron a cabo las siguientes actividades:

**Actividad 1:** Por medio de uno de los métodos de categorización, es decir el de afinidad se obtuvo el mayor número de ideas acerca de indicadores para medir cada uno de los diez procesos definidos en el mapa.

**Paso 1:** Se constituyeron subgrupos por cada uno de los procesos, con personas de cargos heterogéneos, dentro de los asistentes a los talleres.

**Paso 2:** Se generó una lista de posibles indicadores por cada uno de los grupos, es decir por cada uno de los procesos, teniendo en cuenta los indicadores ya existentes.

**Paso 3:** Se analizó cuales indicadores pueden estar midiendo lo mismo y se descartaron del listado.

**Actividad 2:** Se evaluaron los indicadores propuestos utilizando el siguiente cuadro y escala de calificación.

Tabla 18. Matriz para evaluación de indicadores

EVALUACIÓN DE INDICADORES					
Nombre Indicador	Efecto en el cliente (A)	Disponibilidad de los datos (B)	Posibilidad de mejora (C)	Posibilidad de seguimiento (D)	Calificación general = A*B*C*D

Fuente: Documentación – seminario construcción de indicadores Concalidad Ltda.

La escala de calificación utilizada fue:

**Asigne:** 1 = Ninguno

2 = Bajo

3 = Moderado

4 = Alto

5 = Extremo

En la primera columna se redactaron los indicadores y se les efectuó la calificación teniendo en cuenta los niveles de relación y el concepto de cada columna.

Cada una de las columnas liga el indicador a una relación directa:

**Columna (A) Efecto en el cliente:** Este concepto tiene relación con la forma en que el resultado de medir el indicador beneficia de manera directa al cliente que en este caso es el usuario del servicio y el cliente institucional por ejemplo a la EPS (entidad promotora de salud)

**Columna (B) Disponibilidad de los datos:** En esta columna se evalúa la facilidad de obtener los datos, en un espacio de tiempo y en cantidades que permitan tener una muestra representativa de los resultados.

**Columna (C) Posibilidad de mejora:** En este campo se pretende evaluar el grado de desarrollo y crecimiento favorable que el indicador pueda tener con las mejoras aplicadas en los procesos, es decir hay indicadores que tendrán un límite de mejoramiento y su variabilidad depende de factores no controlables por la

institución.

**Columna (D) Posibilidad de seguimiento:** dicha posibilidad esta direccionada a la continuidad en el cálculo del indicador y tiempo de vida del mismo, es decir no se justifica realizar una medición solo por un corto tiempo, es importante poder manejar un histórico que permita un nivel de referencia y análisis de comportamiento. También se refiere a la trazabilidad que se pueda tener cuando se quiera determinar el porque de los resultados que arroje el indicador, debe ser posible efectuar una bueno retroalimentación basada en evidencias claras.

**Columna (= A\*B\*C\*D) calificación general:** En esta última columna se agrupa la calificación total obtenida en cada uno de los anteriores aspectos, la fórmula tiene un comportamiento geométrico creciente para hacer más destacables las diferentes puntuaciones y diferenciar un indicador de otro.

**Actividad 3:** Después de tener la puntuación total de los indicadores se jerarquizaron de mayor a menor identificando los principales y se aplicó un tamizaje por medio de la evaluación de características deseables respondiendo afirmativamente o negativamente las preguntas de la siguiente tabla:

Tabla 19. Matriz para la evaluación de las características deseables de los indicadores

EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DESEABLES			
Indicador seleccionado	¿Puede medirse?	¿Es entendible?	¿Es controlable?

Fuente: Documentación – seminario construcción de indicadores Concalidad Ltda

Los indicadores a escoger deben tener respuestas afirmativas en estos tres conceptos:

**¿Puede medirse?:** Es decir que puedan obtenerse los datos de manea fácil y en los periodos definidos para el cálculo del indicador.

**¿Es entendible?:** Que la interpretación del indicador sea clara y tenga un objetivo

puntual, que no se preste para múltiples interpretaciones.

**¿Es controlable?:** Que el indicador no varíe en una proporción grande debido a factores que no estén bajo el alcance o control de la institución, es decir que con la aplicación de acciones se puedan optimizar el resultado del mismo.

### 5.10.2 Formato de la ficha técnica de indicadores.

Se diseñó un formato que tiene por nombre “Formato técnico de indicadores” allí se describen todas las características particulares de cada indicador escogido, y que hacen parte del manual de indicadores de la Clínica Santa Teresa S.A.

Figura 52. Formato CST-CAL-F-02 Formato técnico de indicadores.

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.	
FORMATO TÉCNICO DE INDICADORES	
Código: CST - CAL - F - 02	Versión: 1
Página ___ de ___	
Nombre del indicador:	Código del indicador:
Objetivo del Indicador	
Descripción del Indicador	
Tipo Indicador	Eficacia <input type="checkbox"/> Eficiencia <input type="checkbox"/>
Nivel de Comparación	De fondo por el cliente <input type="checkbox"/> Planificado <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> De fondo por la competencia <input type="checkbox"/>
Periodicidad	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>
Atributo de calidad (No aplica para procesos de apoyo)	Accesibilidad <input type="checkbox"/> Continuidad <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Oportunidad <input type="checkbox"/> Pertinencia <input type="checkbox"/> Satisfacción del cliente <input type="checkbox"/>
Fórmula del Indicador	
Datos Requeridos	
Fuente de datos	Numeral: <input type="text"/> Denominador: <input type="text"/>
Responsable de Generar el Indicador	
Categorización de Discriminación	

La descripción de cada uno de los campos de la ficha técnica de indicadores se desarrolla en el Manual de indicadores CST - CAL - M - 02.

## 5.11 PROCEDIMIENTO DE COMPRAS.

El procedimiento de compras documentado no es un requisito mandatorio de la norma NTC ISO 9001:2000 pero en la Clínica Santa Teresa S.A. se estimó conveniente levantarlo para que el personal encargado de las compras ya sean de insumos materiales o de servicios tengan un documento que describa los pasos a seguir cuando se lleva a cabo la misma, también este documento presenta las evaluaciones de selección y del desempeño de los proveedores dando cumplimiento de esta forma al numeral 7.4 de la norma que trata sobre las compras.

### 5.11.1 Formatos para la selección de proveedores

Figura 53. Formato CST-COM-F-01 Evaluación para selección de proveedores

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.			
EVALUACIÓN PARA SELECCIÓN DE PROVEEDORES NUEVOS			
Código: CST-COM-F-01	Versión: 1	Página: 1 de 1	
Fecha de evaluación: / /	Proveedor de bienes:	Proveedor de servicios:	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR NUEVO			
Nombre:			
Descripción del bien o servicio:			
DATOS DEL EVALUADOR			
Nombre:			
Cargo:			
<input type="checkbox"/> 1 No se cumple el criterio	<input type="checkbox"/> 2 Se cumple el criterio	<input type="checkbox"/> 3 El criterio excede la expectativa	
Teniendo en cuenta los resultados anteriores, asigne calificación de 1, 2 o 3 para cada uno de los criterios definidos así:			
(*)ponderación de porcentajes por criterio (criterios con # valor)			
	P	C	-P*C
<b>1 - CUMPLIMIENTO DE PLAZOS</b>	<b>2 (*)</b>	Calificación	Resultado
Cumplimiento tiempos de entrega			
Cumplimiento hacia las cantidades pactadas			
<b>Σ P 1=</b>		<b>Sub total 1=</b>	
<b>2 - CUMPLIMIENTO DE CALIDAD TÉCNICA</b>	<b>3 (*)</b>	Calificación	Resultado
Cumplimiento de especificación del bien o servicio			
Experiencia			
Capacidad técnica del personal			
Instalaciones del proveedor			
<b>Σ P 2=</b>		<b>Sub total 2=</b>	
<b>3 - CALIDAD DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	<b>2 (*)</b>	Calificación	Resultado
Cuenta con sistema de gestión de la calidad y/o riego del producto			
Servicio al cliente			
Capacidad resolutiva			
<b>Σ P 3=</b>		<b>Sub total 3=</b>	
<b>4 - ASPECTOS ECONÓMICOS</b>	<b>1 (*)</b>	Calificación	Resultado
Capacidad económica			
Precios y forma de pago			
<b>Σ P 4=</b>		<b>Sub total 4=</b>	
<b>Σ P 1+Σ P 2+Σ P 3+Σ P 4=</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL =</b>	
Cumple el puntaje mínimo para ingresar al listado de proveedores seleccionados? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Observaciones:			

Figura 54. Formato CST-COM-F-02 Listado de proveedores nuevos y vigentes

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.				
LISTADO DE PROVEEDORES NUEVOS Y VIGENTES				
Código: CST-COM-F-02		Versión: 1		Página: 1 de 1
Fecha de actualización del listado: / /		Deben ubicarse los puntajes de mayor a menor		
DAOS DE QUIEN ACTUA ALIZA EL LISTADO				
Nombre y apellido:			Cargo:	
LISTADO DE PROVEEDORES EVALUADOS PARA LA SELECCIÓN (proveedores nuevos)				
#	Nombre del proveedor	Descripción del bien o servicio	Fecha de la evaluación	Puntos
1			/ /	
2			/ /	
3			/ /	
4			/ /	
5			/ /	
6			/ /	
7			/ /	
LISTADO DE PROVEEDORES EVALUADOS VIGENTES (proveedores a los que se les está comprando)				
#	Nombre del proveedor	Descripción del bien o servicio	Fecha última evaluación	Puntos
1			/ /	
2			/ /	
3			/ /	
4			/ /	
5			/ /	
6			/ /	
7			/ /	
8			/ /	
9			/ /	
10			/ /	
11			/ /	
12			/ /	
13			/ /	
14			/ /	
15			/ /	
16			/ /	

El formato de la figura 53 permite evaluar individualmente por proveedor nuevo los criterios de selección, arrojando un puntaje que define si el nuevo proveedor entra al listado de proveedores nuevos y vigentes, es decir que puede ser seleccionado para la compra y puede hacer parte de la gama de proveedores que tiene la clínica.

En el figura 54 se muestra el listado de proveedores nuevos y vigentes en donde aparecen en la primera parte los proveedores nuevos (de mayor puntaje a mejor puntaje de evaluación de selección) y en un segundo cuerpo el listado de los proveedores con los puntajes de la evaluación del desempeño (de mayor a menor puntaje), estos proveedores que hacen parte del segundo cuerpo del listado son a los que la clínica ya les has comprado bienes o servicios y ellos son evaluados según el formato presentado en la figura 55 dando cumplimiento al requisito de la norma en donde se estipula que los proveedores que han sido seleccionados deben ser continuamente reevaluados para conocer el nivel de desempeño que presentan.

5.11.2 Formatos para la evaluación del desempeño de proveedores

Figura 55. CST-COM-F-03 Formato evaluación desempeño de proveedores.

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.			
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE PROVEEDORES			
Código: CST-COM-F-03	Versión: 1	Página: 1 de 2	
Fecha entrega del informe: / /		Periodo de evaluación: Desde: / / hasta: / /	
DATOS DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN			
Nombre:		Cargo:	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR EVALUADO			
Nombre:		RUT:	
Descripción del bien o servicio:			
RECORD DE LAS OBTENIDAS EVALUACIONES DE DESEMPEÑO (Indicada en el PROMEDIO)			
Fecha	/ /	Promedio	/ /
Puntaje	/ /	Promedio	/ /
DEFICIENTE	De 0 a 5 Puntos	ACEPTABLE	De 60 a 69 Puntos
		SATISFACTORIO	De 70 a 100 Puntos
Asigne un puntaje de cero (0) a cien (100) teniendo en cuenta los tres intervalos definidos en el cuadro anterior, a cada criterio debe dar respuesta con el puntaje en la columna calificación.			
[1] Con descripción de porcentajes por criterio (criterios con 0 valor)			
	P	C	-P/C
<b>1 - CUMPLIMIENTO DE PLAZOS Y CANTIDADES</b> x P 1=			
Cumplimiento tiempos de entrega	Calificación	Resultado	
Cumplimiento hacia las cantidades pactadas			
x P 1=		Sub total: 1=	
<b>2 - CUMPLIMIENTO DE CALIDAD TÉCNICA</b> x P 2=			
Cumplimiento de especificación del bien o servicio	Calificación	Resultado	
Capacidad técnica del personal			
Tecnología aplicada			
x P 2=		Sub total: 2=	
<b>3 - CALIDAD DEL PROCESO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b> x P 3=			
Capacidad resolutiva	Calificación	Resultado	
Servicio al cliente			
Capacidad resolutiva			
Disposición a la mejora			
x P 3=		Sub total: 3=	
<b>4 - ASPECTOS ECONÓMICOS</b> x P 4=			
Capacidad económica	Calificación	Resultado	
Precio y forma de pago			
x P 4=		Sub total: 4=	
Σ P1 + xP2 + xP3 + xP4=		100% PUNTAJE TOTAL =	

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.			
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE PROVEEDORES			
Código: CST-COM-F-03	Versión: 1	Página: 2 de 2	
Sale del Estado	Continúa en el Estado pero con limitación de atención	Permanece en Estado	
De 0 a 5 Puntos	De 60 a 69 Puntos	De 70 a 100 Puntos	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROVEEDOR (describa las fortalezas y debilidades encontradas y los aspectos a mejorar)			
ACCIONES A SEGUIR (describa las acciones a tomar para incrementar el desempeño del proveedor)			
Descripción de la acción	Responsable	Fecha límite	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
Firma quien realizó el informe			

En este formato para la evaluación del desempeño de proveedores también se describen según el puntaje obtenido las acciones a seguir para incrementar el desempeño del proveedor, y se definen los responsables y las fechas para realizar dichas acciones.

5.12 PROCEDIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

La clínica consideró conveniente desarrollar el procedimiento de recursos humanos para conocer los pasos a seguir cuando se genera una vacante en cualquiera de los cargos dentro de la Clínica, también permite ver la evaluación del desempeño de los trabajadores para conocer su nivel de competencia y poder tomar acciones al respecto.

5.12.1 Ingreso y formación

Figura 56. CST-RHS-F-08 Formato hoja de vida institucional.

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.						
HOJA DE VIDA INSTITUCIONAL						
Código: CST-RHS-F-08		Versión: 1		Página: 1 de 2		
Fecha de elaboración de la hoja de vida: / /		Fecha de última actualización: / /				
1. DATOS PERSONALES						
Nombre:		Primer apellido:		Segundo apellido:		
Documento de identidad #: de: Nacionalidad:						
Fecha de nacimiento: / /		Lugar de nacimiento:				
Dirección de residencia:						
Ciudad:	Teléfono:			Estado civil:		
2. NUCLEO FAMILIAR						
Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Documento de identidad #	Tipo de documento		
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
(*) especifique si es Intendente, Médico, universitario, diplomado, auxiliar, especialización (no aplica para curso)						
3. INFORMACIÓN ACADÉMICA						
Tipo de estudio (*)	Fecha Terminación		Grado		Nombre de los estudios y del establecimiento.	
	mes	año	Si	No		
OTROS ESTUDIOS (cursos, seminarios, congresos, simposios, talleres)						
Nombre	Establecimiento		Horas	Año		
4. EXPERIENCIA LABORAL (EMPLEOS O CONTRATOS)						
En posesión o entidad	Fecha ingreso		Fecha retiro		Tiempo en meses	Cargo
	mes	año	mes	año		
5. REFERENCIAS FAMILIARES (tres referencias)						
Nombres y apellidos		Parentesco	Teléfono			
6. REFERENCIAS PERSONALES (tres referencias)						
Nombres y apellidos		Ocupación	Entidad	Teléfono		
7. INFORMACIÓN MÉDICA						
Tipo de sangre	Rh+	Rh-	Fecha de aplicación		Tiene certificado	
			Do	Si	Si	No
Certifico que toda la información registrada en esta hoja de vida corresponde a la realidad y autenticidad verificada en cualquier momento, me comprometo a anexar los certificados que respaldan la información.					Firma del empleado	

Toda persona que ingrese a un cargo debe pasar por una serie de entrevistas definidas en el procedimiento y cuando sea seleccionada debe diligenciar el formato de la figura 56 que estandariza la hoja de vida para los empleados que hacen parte del sistema de gestión de calidad, anexo a este formato deben venir los certificados que permitan corroborar la información consignada.

Para realizar la formación de los empleados se definieron mecanismos de solicitud, planificación y control de asistencia a las mismas que se muestran en las siguientes figuras



Figura 59.. CST-RHS-F-02 Formato planificación y eficacia de capacitación

CLÍNICA SANTA TERESA S.A.			
PLANIFICACIÓN Y EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN			
Código CST - RHS - F - 02	Versión: 1	Página de	
TEMA DE LA CAPACITACIÓN:			
CAPACITACIÓN DIRIGIDA A:			
Número total de personas a capacitar: _____ Grupos conformados: _____ Horas de capacitación, distribuidas en _____ jornadas por cada grupo			
PLANIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN			
Actividad	Responsable	Fecha	Observaciones
EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN			
Mecanismo de verificación	Responsable de verificación	Valoración	Observaciones

En el formato de solicitud y respuesta (figura 57) se debe solicitar la capacitación, describiendo el tema el tipo de capacitación, el personal al cual se quiere capacitar y principalmente la justificación de dicha necesidad, de esta forma queda un registro formal el cual debe tener una respuesta dentro del mismo formato, aprobando, denegando o modificando la solicitud para proceder a la planificación de la actividad, diligenciando el formato de la figura 59 en donde se deja estipulado claramente los temas que se trataran, las fechas, los responsables y la forma en que se evaluará la eficacia de la capacitación. Como formato alternativo se encuentra el de asistencia el cual permite llevar un control del personal asistente.

### 5.12.2 Evaluación del desempeño laboral.

Fue necesario diseñar, construir e implementar una herramienta para la evaluación del desempeño de los empleados dentro de la Clínica Santa Teresa S.A. para conocer el nivel de competencia del personal, y poder tomar las acciones correctivas y preventivas necesarias para mantener e incrementar el grupo interdisciplinario de trabajadores y así elevar la calidad del servicio. Además se hace necesario, mostrar registros que sirvan como evidencia del control sobre el nivel actual de competencia los empleados que conforman los procesos institucionales.

Se desarrollaron las siguientes actividades para tal fin:

**Actividad uno:** Se realizaron reuniones para establecer el instrumento a utilizar, en donde se presentaron varios posibles modelos entre ellos la evaluación que el director del departamento de recursos humanos tenía estipulada y la evaluación que se tenía diseñada en consulta externa. En las reuniones se tomaron decisiones por consenso basándose en la lluvia de ideas en donde se manifestaron las opiniones y planteamientos sobre la evaluación y sus características

Como resultado de esta primera actividad se definió que la metodología a utilizar era el método de escalas gráficas discontinuas con frases descriptivas el cual se explica en el procedimiento de recursos humanos.

**Actividad dos:** Se discutieron los posibles criterios de evaluación llegando a un resultado final de ocho criterios y se consideró que el valor porcentual de cada uno de ellos debería variar según el tipo de cargo y así poder realizar un mejor tamizaje en la evaluación del desempeño haciendo más personalizada la evaluación.

Tabla 20. Matriz de doble entrada cargos Vs. ponderación de los factores de evaluación.

		FACTORES DE EVALUACIÓN								
		Calidad	Sitio de trabajo	Confiabilidad	Toma de decisiones	Trabajo en equipo	Cumplimiento de objetivos	Servicio al cliente	Calificación técnica	TOTAL
CARGOS	Secretaria de coordinación médica	20%	10%	10%	5%	5%	10%	20%	20%	100%
	Auxiliar administrativo	20%	10%	10%	10%	5%	5%	20%	20%	100%

Auxiliar de Archivo	20%	10%	10%	10%	5%	5%	20%	20%	100%
Auxiliar de Estadística	20%	10%	10%	10%	5%	5%	20%	20%	100%
Enfermera Jefe consulta externa	20%	5%	15%	15%	5%	10%	10%	20%	100%
Auxiliar de Consultorio	20%	15%	10%	5%	5%	5%	20%	20%	100%
Auxiliar de Enfermería	20%	15%	10%	5%	5%	5%	20%	20%	100%
Auxiliar de servicios generales	20%	15%	5%	5%	15%	10%	10%	20%	100%
Mensajero	20%	15%	20%	5%	5%	10%	5%	20%	100%

**Actividad cuatro:** Se construyó la lista de chequeo que debe ser diligenciada por cada uno de los evaluadores para cada uno de los empleados, se definió la escala para la calificación y cada una de las preguntas descriptivas que acompañan a cada criterio

Figura 60. CST-RHS-F-05 Lista de chequeo para evaluación de desempeño

**CLÍNICA SANTA TERESA S.A.**

**LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

Código: CST-RHS-F-05    Versión: 1    Página: 1 de 2

Fecha de evaluación: / /    Periodo de evaluación: Desde: / / hasta: / /

**INFORMACIÓN DEL EVALUADO**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_    Proceso o departamento: \_\_\_\_\_

**DAOS DEL EVALUADOR**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_    Cargo: \_\_\_\_\_

**DEFICIENTE**     **ACEPTABLE**     **SATISFACTORIO**  
 De 0 a 7 Puntos    De 8 a 8 Puntos    De 9 a 10 Puntos

En el siguiente cuadro encontrará una lista de criterios planteados con fines descriptivos, usted debe asignar un puntaje de cero (0) a cien (100) teniendo en cuenta los tres intervalos definidos en el cuadro anterior, a cada pregunta debe dar respuesta con una calificación en la columna llamada PUNTO.

CRITERIOS	PREGUNTAS DESCRIPTIVAS		PUNTOS
	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN	
1. CALIDAD	¿Las tareas asignadas son ejecutadas de manera completa con un manejo de información preciso y en el tiempo definido?		
	¿La presentación personal y la actitud de trabajo son adecuadas para prestar el servicio al usuario, al igual que el buen uso de los instrumentos de trabajo?		
2. SEJO DE TRABAJO	¿El de manejo adecuado en la confidencialidad de la información a la cual se tiene acceso en la ejecución de las funciones?		
	¿Existe el ingenio, la disposición y la capacidad para tomar decisiones asumiendo las debidas responsabilidades?		
3. CONFIABILIDAD	¿Tiene la capacidad para trabajar con y para otras personas de manera participativa asumiendo las decisiones tomadas?		
	¿Las actividades que realiza reflejan las políticas y objetivos definidos por la institución.		
4. TOMA DE DECISIONES	¿Las actividades que realiza reflejan las políticas y objetivos definidos por la institución.		
	¿La actitud asumida frente al usuario genera satisfacción del servicio prestado?		
5. TRABAJO EN EQUIPO			
6. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS			
7. SERVICIO AL CLIENTE			

**CLÍNICA SANTA TERESA S.A.**

**LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

Código: CST-RHS-F-05    Versión: 1    Página: 2 de 2

**CRITERIO**    **PREGUNTAS DESCRIPTIVAS**    **PUNTOS**

**8. CALIFICACIÓN TÉCNICA**


**OBSERVACIONES**

Firma Evaluador

**Actividad cinco:** Se definieron los evaluadores por tipo de cargo asignado una ponderación al puntaje que asigne cada uno de ellos dependiendo de la relación directa que tenga sobre el cargo a evaluar.

Se plantea que el puntaje total que asigna cada evaluador tenga un peso porcentual diferente y el 100% de valor total se distribuya dependiendo que cuantas personas intervienen en la evaluación, dando la oportunidad de un 20% para la auto evaluación por parte del empleado, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 21. Evaluadores por cargo y ponderación de la calificación de los evaluadores**

		EVALUADORES		
		Auto evaluación	Administrador	
CARGOS	Secretaria de coordinación	20%	80%	
	Aux. administrativo	20%	80%	
	Aux. de archivo	20%	80%	
	Aux. de estadística	20%	80%	
	Aux. de servicios generales	20%	80%	
	Mensajero	20%	80%	
		Auto evaluación	Coordinador Médico	
	Enfermera Jefe consulta externa	20%	80%	
		Auto evaluación	Administrador	Enfermera jefe
	Auxiliar de consultorio	20%	30%	50%

**Actividad seis:** se construyó el formato para entregar el informe individual que muestre el puntaje final del, además se definieron los periodos de la evaluación y las políticas a seguir dependiendo del puntaje obtenido:

Figura 61. CST-RHS-F-06 Informe individual de resultados evaluación de desempeño

**CLÍNICA SANTA TERESA S.A.**  
**INFORME INDIVIDUAL DE RESULTADOS EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**  
 Código: CST-RHS-F-06 Versión: 1 Página: 1 de 2

Fecha entrega del informe: / / Periodo de evaluación: De: / / hasta / /

**DATOS DE QUIEN REALIZA EL INFORME**  
 Nombre: Cargo:  
**INFORMACIÓN DEL EVALUADO**  
 Nombre: Cargo: Proceso o departamento:

**RECORD DE LAS OTRAS ÚLTIMAS EVALUACIONES (incluida esta)**

Fecha	Puntaje	PROXIMIDAD

**Ponderación de porcentajes por criterio (en todos los criterios tienen igual valor)**

CRITERIO	%	Autoevaluación	A		B		C		D	
			Sub Total	Evaluador 1	Sub Total	Evaluador 2	Sub Total	Evaluador 3	Sub Total	Evaluador 4
Calidad										
Stio de trabajo										
Confiabilidad										
Toma de decisiones										
Trabajo en equipo										
Cumplimiento de objetivos										
Servicio al cliente										
Calificación técnica										
Σ P =	100%		Σ P A =		Σ P B =		Σ P C =		Σ P D =	

**Ponderación de porcentajes por evaluador (en incidencia por evaluador sobre el puntaje total en diferente)**

EVALUADORES	%	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	D	
				PUNTAJE	TOTAL
Autoevaluación				Σ P A =	
Evaluador 1				Σ P B =	
Evaluador 2				Σ P C =	
Σ P =	100%				

**PUNTAJE FINAL OBTENIDO = Σ P D =**

Teniendo en cuenta el puntaje final obtenido marque con una X una de las tres opciones siguientes

DEFICIENTE (De 0 a 7 Puntos)     ACEPTABLE (De 80 a 89 Puntos)     SATISFACIDO (De 90 a 100 Puntos)

**CLÍNICA SANTA TERESA S.A.**  
**INFORME INDIVIDUAL DE RESULTADOS EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**  
 Código: CST-RHS-F-06 Versión: 1 Página: 2 de 2

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL EMPLEADO** (describa las fortalezas y debilidades encontradas y los aspectos mejorarse)

**ACCIONES A SEGUIR** (de todas las acciones a tomar para incrementar el desempeño del empleado evaluado) y los premios o sanciones a las cuales se hace mención.

Firma quien realizó el informe

## 5.13 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

### 5.13.1 Generalidades.

Se considera importante enfocar el sistema de gestión de calidad basado en la competencia del personal, pero también apoyarlo con el levantamiento de procedimientos documentados de los pasos más importantes que se dan dentro de la prestación del servicio para poder contar con una guía escrita que permita la aclaración de dudas y el entendimiento lógico de la secuencia que tienen las actividades, los registros que deben ser diligenciados, los responsables de ejecutarlas y mostrar el cumplimiento de numeral 4.1 de la norma sobre los requisitos generales del sistema de gestión de calidad en donde se habla entre otros temas, de la información necesaria para apoyar la operación de los procesos.

En el numeral 7.1 de planificación de la realización del producto, en el caso de la institución del servicio se estipula que cuando sea apropiado la organización debe determinar la necesidad de establecer procesos y documentos.

En la construcción revisión y aprobación de estos procedimientos particularmente se trabajo de manera conjunta con personal interdisciplinario de todos los niveles de la organización teniendo en cuenta a los directos implicados en la ejecución de los mismos, esto permite contar con procedimientos reales en donde lo registrado corresponde a la realidad.

#### 5.13.2 Procedimiento de asignación de citas.

En este procedimiento se definen los pasos a seguir por el usuario para poder obtener una cita en el servicio de consulta externa, y de esta forma la accesibilidad al mismo, es un procedimiento completamente institucional en el cual se estipulan los controles para la prestación, seguimiento y medición y el tratamiento a los problemas que se puedan presentar en su ejecución, es la primera fase en donde se inicia la cadena reflejada en el mapa de procesos.

#### 5.13.3 Procedimiento para el manejo de historia clínica y direccionamiento al usuario.

En este procedimiento se define la etapa intermedia entre la asignación de la cita y la atención por parte del equipo de salud, allí se desglosan los dos aspectos como son el movimiento de la historia clínica, y el direccionamiento que el usuario recibe para continuar en cada uno de los pasos en el servicio.

#### 5.13.4 Procedimiento de atención médica.

Es un procedimiento especial que está directamente relacionado con la razón de ser de la clínica, es decir lo definido en la misión, además en él interviene personal vinculado

directamente a la institución y los médicos que ingresan como compra de un servicio, en resumen corresponde a las actividades del equipo asistencial de salud.

Es importante destacar de cada uno de los formatos que conforman la historia clínica como son la hoja de evolución, el formato de interconsulta, la solicitud de ayudas diagnósticas, las fórmulas de medicamentos, la hoja de resumen de exámenes de laboratorio, las hoja de actividades diarias de enfermería, reporte de patologías centinelas, los registros individuales de paciente de la consulta de medicina general fueron normalizados y codificados dentro del sistema de gestión de la calidad.

#### 5.13.5 Procedimiento de promoción y prevención.

En este procedimiento se describen las actividades de demanda inducida que son de obligatorio cumplimiento adoptando las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

Se describen los pasos a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades de interés en salud pública establecidas que son:

Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (< de 10 años).

Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).

Detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Detección temprana de las alteraciones del Adulto (> de 45 años).

Detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Detección temprana del cáncer de seno.

Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Dentro del procedimiento se hace remisión a las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, dichas guías son definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las cuales son:

Bajo peso al nacer.

Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad).

Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.

Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera.

Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar.

Meningitis Meningocócica.

Asma bronquial.

Síndrome convulsivo.

Fiebre reumática.

Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas.

Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica. Sífilis, VIF.

Hipertensión arterial.

Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo.

Menor y Mujer Maltratados.

Diabetes Juvenil y del Adulto.

Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

Lepra.

Malaria.

Dengue.

Leishmaniasis cutánea y visceral.

Fiebre Amarilla.

Estas guías no son normalizadas ya que se consideran documentos externos, el gobierno nacional es quien realiza las actualizaciones de las mismas y la Clínica Santa Teresa S.A solo debe estar pendiente de contar con la última actualización.

#### **5.14 PROCEDIMIENTO PARA CONSECUCIÓN, EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL CONTRATO.**

En este procedimiento se da cumplimiento a los requisitos de los numerales 7.1 y 7.2 de la norma NTC ISO 9001:2000 que tiene que ver con la planificación de la realización de servicio, la determinación de los requisitos relacionados con el servicio y revisión de los mismos.

#### **5.15 GUÍA PARA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.**

Teniendo en cuenta que es un requisito que se efectúen las revisiones del sistema de gestión de la calidad por la dirección se considero necesario establecer un documento que este caso se trata de una guía para poder recordar los pasos y las actividades que se deben seguir para así dar cumplimiento a cada uno de los requisitos y generar así evidencias y planes de acción que se deriven de dichas revisiones junto con la asignación de los recursos que sean necesarios.

## 6. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, AUDITORIAS INTERNAS Y CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 6.1 SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL

#### 6.1.1 Generalidades.

El personal de una organización constituye un factor clave en la implementación de un sistema de gestión de la calidad, pues es él quien lleva a cabo las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos, lo cual forma parte de los requisitos generales exigidos por la Norma ISO 9001:2000.

De ahí puede establecerse, que es fundamental concientizar al personal acerca de su papel en el dicho sistema, pues sólo cuando las personas perciben su importancia en la implementación del mismo y se sienten identificados, se motivan a participar activamente en él.

Por tal razón, se realizaron actividades de sensibilización enfocadas a:

- ✎ Dar a conocer la esencia de las normas ISO 9000:2000 y 9001:2000.
  
- ✎ Comunicar la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.

- ✎ Concientizar al personal acerca de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos trazados por la dirección, y así lograr compromiso de cada uno de los empleados que son participantes de los procesos generando así cultura de calidad dentro de la clínica.
  
- ✎ Fomentar la participación del personal para detectar las acciones de mejora que permitan mejorar la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
  
- ✎ Presentar las directrices de la organización a todos los empleados que afectan el sistema de gestión de calidad. como son la Misión, la Visión, la política de calidad, los objetivos de calidad entre otras.

#### 6.1.2 Programación de la sensibilización.

La institución mostró su respaldo con la asignación de los recursos e infraestructura necesaria concediendo desde el mes de mayo de 2004 hasta el día de la certificación, una hora laboral semanal para sensibilización en las sedes ambulatorias de Piedecuesta, Floridablanca, ESSA y dos horas semanales para dos grupos alternos en la sede de la Cr 27 enfocada al personal médico, los empleados administrativos y operativos del servicio de consulta externa. En esa hora semanal los empleados, y profesionales de la salud se dedican a asistir a las charlas y a participar en ellas, sin que tengan que venir en horarios diferentes a la jornada laboral.

La responsabilidad de preparar el material, las conferencias, las evaluaciones y talleres estuvo en manos del autor del presente proyecto. Los horarios se manejaron de la siguiente forma:

- ✎ Sede de la cr. 27: primer grupo jueves de 7 a 8 AM, segundo grupo jueves de 2 a 3 PM.
  
- ✎ Sede de Floridablanca: Jueves de 5 a 6 PM.

☞ Sede de la Essa: Viernes de 2 a 3 PM.

☞ Sede de Piedecuesta: Viernes de 5 a 6 PM

### 6.1.3 Metodología utilizada.

Las conferencias, talleres grupales, entrega de material, publicaciones en las áreas de trabajo constituyeron la manera más directa y efectiva para llegarle al personal de la institución proporcionando detalles acerca del programa de implementación del sistema de gestión de la calidad, se transmitieron fundamentos teóricos relacionados con la familia de normas ISO 9000 y se realizó retroalimentación con el personal a fin de destacar su participación en el programa a través de sus aportes y la eficacia de su actuar acorde con las disposiciones definidas

### 6.1.4 Actividades desarrolladas

Se conformaron grupos no mayores de veinte personas por conferencia, y se crearon de común acuerdo con los empleados los grupos de calidad interdisciplinarios de cinco personas cada uno, es decir en cada uno de ellos participaron dos médicos, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de servicios generales y dos auxiliares administrativos. Todo esto con el fin de nivelar los grupos, pudiendo así crear un sistema de puntos que se alimenta con las asistencias, los talleres elaborados, exámenes, carteleras y demás actividades grupales, generándose así una competencia sana dentro de la institución, el grupo con mas puntajes acumulados se hace acreedor a unos incentivos laborales.

Para iniciar este ciclo de actividades se reunió a todo el personal para hacer una apertura formal de los temas a seguir, el representante de la dirección explicó el gran paso que se iniciaba dentro de la institución y lo importante que era su participación en el proceso.

Los temas desarrollados por el autor del proyecto en todas las sedes ambulatorias hasta la

fecha del 29 de octubre de 2004 son los siguientes:

**Tabla 22. Actividades de sensibilización del personal de la institución.**

FECHA	TEMA	#Hrs	OBSERVACIONES
6 y 7 de Mayo/04	Introducción	5 horas	El coordinador médico administrativo abrió la charla resaltando la importancia de acoger un sistema de gestión de calidad.
13 y 14 de Mayo/04	Enfoque basado en procesos, mapa de procesos	5 horas	Se hizo hincapié en la importancia de acoger un enfoque basado en procesos simultáneo con nuestro enfoque jerárquico, mostrando las ventajas y desventajas de los dos modelos, además se explicó la estructura del mapa de procesos identificando los gerenciales, operativos y de apoyo.
20 y 21 de Mayo/04	Misión, Visión, política de calidad	5 horas	Se presentaron formalmente las directrices de la organización explicando la metodología utilizada para reformar la misión la visión y construir la política de calidad, se desarrollo un taller individual en donde se entregaba la política de calidad y debían extractarse de ella las palabras más importantes y describir que significado tenían para cada uno.
27 y 28 de Mayo/04	Objetivos de calidad y el ciclo PHVA	5 horas	Manteniendo la relación con la capacitación anterior se mostraron y explicaron los objetivos de calidad como resultado de la política de calidad y se desarrollo el tema de la mejora continua reflejado en el ciclo de planear-hacer-verificar-actuar. Se dejo como trabajo grupal desarrollar un taller sobre la aplicación de este ciclo a cualquier actividad de la vida diaria.
3 y 4 de Junio/04	8 principios de la calidad	5 horas	Se analizaron y discutieron cada uno de los ocho principios de calidad sobre los cuales se basa la norma ISO 9001:2000, se dejo como taller para los grupos analizar uno de los principios y diseñar una cartelera en donde se manifestara de forma gráfica el significado del principio.
10 y 11 de Junio/04	Evaluación	5 horas	Se aplicó una evaluación al personal asistente a la capacitación para detectar el nivel de aprendizaje, con preguntas de opción múltiple respuesta y apareamiento.
17 y 18 de Junio/04	Solución del examen	5 horas	Se entregó la calificación de la evaluación y se desarrollo el examen por completo de manera participativa analizando porque la respuesta es la correcta y las otras opciones no lo eran.
24 y 25 de Junio/04	Despliegue de los objetivos de	5 horas	Gráficamente se desplegaron los objetivos de calidad que ya habían sido analizados, y se mostraron los indicadores que

FECHA	TEMA	#Hrs	OBSERVACIONES
	la calidad y sus indicadores		los miden junto con la ficha técnica en donde se almacena la hoja de vida de cada indicador.
1 y 2 de Julio/04	Estructura de la norma ISO 9000:2000 y pirámide documental	5 horas	Se describieron todos los numerales de la norma de fundamentos y vocabulario ISO 9000:2000, y los documentos que deben conformar el sistema de gestión de calidad con su orden de importancia representados en la pirámide de documentación, se dejó en claro que la norma de fundamentos y vocabularios no contiene requisitos es solo una guía introductoria para poder entender los conceptos y términos de la calidad.
8 y 9 de Julio/04	Términos y definiciones	5 horas	
15 y 16 de Julio/04	Taller sobre vocabulario ISO 9000:2000	5 horas	Después de haber analizado los términos más relevantes e importantes, se aplicó un taller de apareamiento individual para poder detectar si los conceptos fueron asumidos
22 y 23 de Julio/04	Solución del taller de vocabulario	5 horas	Se realizó la solución del taller explicando cada uno de los términos que se preguntaron en el taller y haciendo un repaso general sobre los más importantes
29 y 30 de Julio/04	Introducción estructura norma ISO 9001:2000 numerales 1 y 2	5 horas	Se dio inicio a la norma ISO 9001:2000 la cual ya contiene los requisitos que la clínica debe cumplir para poder obtener la certificación de un sistema de gestión de la calidad, se analizaron los primeros dos numerales que son introductorios.
5 y 6 de Agosto/04	Estructura norma ISO 9001:2000	5 horas	Se continuó analizando el numeral 3 y se dio explicación completa del numeral 4 de la norma en el cual ya se encuentran los primeros requisitos relacionados al sistema de gestión de la calidad.
12 y 13 de Agosto/04	numerales 3 y 4	5 horas	
19 y 20 de Agosto/04	Conformación de los nuevos grupos de calidad y entrega del procedimiento de control de documentos	5 horas	Se conformaron los nuevos grupos interdisciplinarios para desarrollar una competencia sana dentro de la clínica sobre cuales grupos tienen mejor desempeño en los temas y actividades efectuadas en el periodo de la capacitación. Se dejó como taller leer el procedimiento de control de documentos y realizar un procedimiento de las actividades que cada una de las personas desempeña aplicando las políticas definidas para tal fin en el procedimiento entregado
26 y 27 de Agosto/04	Análisis del procedimiento de control de documentos y entrega del procedimiento	5 horas	Se realizó la explicación del procedimiento de control de documentos y se dejó como taller analizar grupalmente el procedimiento de control de registros, se entregaron dos copias no oficiales solo para consulta para cada uno de los grupos de calidad conformados por cinco personas para que el en transcurso de la semana fuera analizado en su

FECHA	TEMA	#Hrs	OBSERVACIONES
	de control de registros.		totalidad
2 y 3 de Septiembre /04	Análisis del procedimiento sobre el control de registros e inicio del numeral 5	5 horas	Se realizó una charla sobre las dudas encontradas en el procedimiento de control de registros contrastándolo con los requisitos que el numeral 7.2.4 define para el control de los mismos.
9 y 10 de Septiembre /04	Continuación numeral 5 responsabilidad de la dirección	5 horas	Se explicaron los requisitos de correspondientes ala dirección, la responsabilidad y autoridades del gerente, del representante del sistema de gestión de calidad y las funciones desarrolladas por cada uno de los empleados.
16 y 17 de Septiembre /04	Numeral 6 taller	5 horas	Taller sobre el numeral 6 en donde se pedía por grupos se elaborara un análisis de cada uno de los requisitos sobre el recursos humano y como ellos debían mostrar ante el auditor evidencia objetiva que le permitiera ver que efectivamente la institución cumple los requisitos de dicho numeral
23 y 24 de Septiembre /04	Solución taller numeral 6	5 horas	Solución del taller y análisis de las respuestas, y explicación detallada de los requisitos del numeral 6 sobre recursos humanos visualizando la manera de dar cumplimiento a cada uno de ellos y que registros o evidencias nos servirían para mostrar conformidad sobre los mismos.
30 de Septiembre y 1 de Octubre/04	Numeral 7.1-7.2-7.3	5 horas	Se trató el tema de planificación de la realización del servicio, de los procesos relacionados con el cliente y se aclaro que el único numeral que la clínica excluirá del sistema de gestión de la calidad será el de diseño y desarrollo ya que no aplica a la institución
14 y 15 de Octubre/04	Numeral 7.4	5 horas	Se desarrollaron los requisitos del numeral de compras, identificando los proveedores de la institución, junto con la metodología definida para seleccionarlos , evaluarlos y reevaluarlos, se asignó a cada persona un proveedor sobre el cual debía definir mínimo cinco criterios de evaluación y asignarles un porcentaje de importancia según los explicado en esta charla
21 y 22 de Octubre/04	Numerales 7.5 y 7.6	5 horas	La charla se enfocó hacia la producción y prestación del servicio, la validación de los procesos, como dentro de la clínica haríamos identificación y trazabilidad y lo relacionado con la propiedad del cliente, además

FECHA	TEMA	#Hrs	OBSERVACIONES
			inculcando la importancia del control de los dispositivos de seguimiento y medición.
28 y 29 de Octubre/04	Numeral 8 Medición y análisis y mejora	5 horas	Se explicó cada uno de los requisitos que componen este numeral, identificando los 4 procedimientos como son el procedimiento de control del servicio no conforme, el procedimiento de auditoria, el procedimiento de acciones correctivas y el de acciones preventivas, estos se presentaran en las siguientes charlas

Para la divulgación de cada una de las actividades descritas en la anterior tabla se utilizaron herramientas como el proyector de acetatos y se diseñaron diapositivas para poder exponer de forma agradable los temas y obtener la mayor atención de los asistentes.

Se entregó a los participantes material de apoyo que contenía los principales temas tratados. Dicho material era archivado por cada empleado en una carpeta de su propiedad.

Además, en el transcurso del desarrollo de la práctica, existió una activa comunicación entre el personal y el autor del proyecto. De este modo, los empleados expresaban, en cualquier momento, sus inquietudes o sugerencias y se lograba una retroalimentación de las actividades realizadas.

Se realizó una actividad especial en la sede de Corveica la cual se pueden evidenciar en las siguientes fotos que registran los talleres realizados con el personal asistencial y administrativo enfocados al despliegue de las directrices institucionales.

Figura 62. Taller de caracterización de procesos



Figura 63. Despliegue del mapa de procesos



## 6.2 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 6.2.1 Generalidades de la implementación.

Implementar consiste en aplicar realmente dentro de la organización las disposiciones que han sido acordadas para dar cumplimiento a cada uno de los requisitos estipulados por la norma ISO 9001:2000. La mayoría de estas disposiciones suelen ser consignadas en procedimientos documentados, la implementación implica también la ejecución de los lineamientos consignados en la documentación.

Dentro del alcance, limitaciones y objetivos del presente proyecto no se incluye la etapa de implementación, la cual depende en gran parte de la iniciativa, dinamismo y capacidad de la entidad de acoger el sistema de gestión de calidad como cultura institucional; partiendo de esta base el autor del proyecto entrega un valor agregado y va más allá de los objetivos aprobados por el comité de proyectos de la escuela de estudios industriales y empresariales de la Universidad Industrial de Santander, realizando totalmente la implementación de las disposiciones establecidas para el sistema de gestión.

### 6.2.2 Disposiciones implementadas y metodología utilizada.

Se implemento con todos los que hacen parte del sistema de gestión de la calidad, las directrices institucionales como son la Misión, la Visión, la política de calidad y los objetivos de calidad con cada uno de los indicadores que les otorgan la característica de ser medibles. Para esto se desarrollo una conferencia y un taller práctico, junto con la entrega de un folleto en donde se resumen estos conceptos.

El mapa de procesos quedo institucionalizado, de tal forma que cada participante del mismo está en capacidad de ubicarse dentro de él conociendo cómo su proceso interactúa con los demás, las entradas necesarias para desempeñar las actividades y las salidas o resultados que

deben arrojar, es decir las caracterizaciones de los procesos también fueron entendidas y asumidas.

Los seis procedimientos requisitos de la norma como son el control de documentos, control de registros, auditoria interna, el control del servicio no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas fueron analizados en detalle con cada uno de los dueños de procesos asegurando así su implementación reflejada en el diligenciamiento de los formatos definidos para dejar evidencia de su ejecución y puesta en práctica; en las sensibilizaciones se les informó a los empleados la existencia de los seis procedimientos haciendo énfasis en como ellos participan de cada uno, especialmente en el control del servicio no conforme el cual está definido particularmente en cada uno de los procedimientos institucionales.

El procedimiento de compras que estipula el método para selección, evaluación y reevaluación de proveedores se explico al dueño de dicho proceso y fue aprobado por la gerencia.

El procedimiento de recursos humanos fue difundido, se diligenció por parte de todos los empleados el formato de hoja de vida institucional, la evaluación de desempeño del personal fue aprobada junto con la metodología desarrollada por el autor del proyecto, y se desarrolló la evaluación del desempeño.

Se difundió con todo el personal el manual de análisis y descripción de cargos en donde se definen las responsabilidades, autoridades, perfiles mínimos requeridos y las funciones asignadas por cargo.

La gerencia designó formalmente al representante de la dirección dentro del sistema de gestión de calidad, quien debe asumir todas las funciones estipuladas en las norma ISO 9001:2000 y en el manual de análisis y descripción de cargos.

Cada dueño de proceso conoce el manual de indicadores, la construcción de los mismos, principalmente los que aplican a sus procesos.

El procedimiento de asignación de citas, de promoción y prevención, y de atención médica fue analizado con las personas directamente implicadas en ellos, son los procedimientos institucionales por excelencia y están relacionados con la razón de ser de la entidad, cada uno de ellos cuenta con formatos que generan registros de la atención los cuales se encuentran implementados.

El manual de calidad como el principal documentos que representa el sistema de gestión de la calidad diseñado para la Clínica Santa Teresa S.A. fue divulgado en la organización explicando en detalle la importancia del mismo.

### **6.3 AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

#### **6.3.1 Generalidades.**

Todo proceso de implementación exige un seguimiento en mayor o menor grado, con el fin de verificar que las disposiciones se ejecutan de la misma forma como fueron planeadas.

Aunque dentro del alcance del proyecto no están incluidas las auditorias internas de calidad, el autor del proyecto decide incluir dichas auditorias dentro del presente proyecto.

#### **6.3.2 Desarrollo de las auditorias internas.**

Las auditorias internas se desarrollaron en cada uno de los procesos y en una muestra de las sedes ambulatorias, cada una de ellas contó con su respectivo plan de auditoria y se presenta a continuación el informe final, resultado de los auditores internos:

## **AUDITORIA N° 1: (Interna)**

- **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en los procesos de asignación de citas y clínico asistencial ambulatorio.
- **Alcance:** Sede ambulatoria de la cr. 27
- **Fecha:** 24 y 25 de febrero de 2005
- **Equipo de auditores:** Ing. Wilmer Correa (auditor interno), Jesús David Chaparro (representante de la dirección-autor del proyecto-auditor observador).
- **Personal entrevistado:** Herman Hederich (Administrador sede Cr 27), Blanca Ordóñez (Asistente SIAU consulta externa), Carolina Gelvez (Auxiliar administrativo), Alba Nely Hernández (Auxiliar administrativo), Stella Villamizar (Auxiliar administrativo), Emilce Pinilla (Aux. administrativo), Adriana Correa (Médico general) y Judith Castellanos (Enfermera Jefe Consulta externa).
- **No conformidades detectadas:**
  - Para el proceso de asignación de citas
    - Los formatos de solicitud de código y cambios de zonificación del paciente no se encuentran normalizados. Incumplimiento 4.2.3 control de documentos.
    - No existe evidencia de los controles definidos en el proceso según lo definido en el procedimiento de asignación de citas. Incumplimiento 7.5.1 control de la producción y de la prestación del servicio.
    - No hay evidencia de seguimiento y medición de la prestación del servicio de asignación de citas. Incumplimiento 8.2.4 seguimiento y medición del producto.
    - No hay evidencia del control de copia emitida del procedimiento de asignación de citas en esta sede. Incumplimiento 4.2.3 control de documentos.
    - Una de las auxiliares de citas no cuenta con los implementos necesarios (manos libres) para desarrollar la actividad de asignación de citas telefónicas. Incumplimiento 6.4. ambiente de trabajo.
    - No existe evidencia del manejo de quejas del cliente generadas en forma verbal. Incumplimiento 8.2.1 satisfacción del cliente.
    - No existe evidencia de la toma de acciones correctivas y acciones preventivas en el

proceso de asignación de citas. 8.5.2 acciones correctivas - 8.5.3 acciones preventivas.

**Para el proceso clínico asistencial ambulatorio:**

- Los formatos de formulación de medicamentos, exámenes, hojas de interconsultas y Registros individuales de paciente no se encuentran normalizados. Incumplimiento 4.2.4 control de registros.
- No existe evidencia de la planificación de la prestación del servicio. Incumplimiento 7.1 planificación de la realización del producto.
- Las historias clínicas de los pacientes José Joaquín Ríos y Lina García no son legibles en la atención médica prestada el día 24 de febrero. Incumplimiento 4.2.4 control de registros.
- No existe control de documentos externos para las guías de promoción y prevención. Incumplimiento 4.2.3 control de documentos.
- No se encontró el registro de la fórmula médica del señor Carlos Quintero de fecha 28 de diciembre de 2004. Incumplimiento 4.2.4 control de registros.

➤ **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**

- Conocimiento del proceso por parte del administrador de la sede de la cr 27
- Conocimiento y ejecución de las actividades definidas en el proceso, por parte del personal de participa en el mismo.
- Se cuenta con herramienta software neuron para la asignación de las citas.
- Se encuentran definidos posibles productos no conformes y existe conocimiento del tratamiento a seguir por parte del administrador de la sede de la cr. 27.
- Conocimiento de la política y objetivos de calidad por parte del personal del proceso y disposición de los mismos hacia la mejora.
- Aplicación de las actividades de promoción y prevención.

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Falta aplicación de controles definidos en el proceso.
- Falta normalización de formatos los cuales no están acordes lo pautado en el control de documentos.

- Falta mejorar el manejo de registros en papel fax y formatos de solicitud de códigos.
  - Falta la toma de acciones de mejoramiento en el proceso de asignación de citas.
  - Se debe mejorar la legibilidad en las historias clínicas.
  - No hay rapidez en la recuperación de los registros.
- **Conclusiones de la auditoria:** el proceso de asignación de citas se encuentra totalmente planificado en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO, la implementación no es total, lo cual refleja falta de aplicación de lo planificado. Se puede mejorar el orden de los sitios de trabajo en lo referente el manejo de registros.

#### **AUDITORIA N° 2: (Interna)**

- **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en el proceso de manejo de historia clínica y direccionamiento al usuario.
- **Alcance:** Sede ambulatoria de la cr 27
- **Fecha:** 11 de marzo de 2005
- **Equipo de auditores:** Ing. Wilmer Correa (auditor interno), Jesús David Chaparro (representante de la dirección-autor del proyecto-auditor observador).
- **Personal entrevistado:** Blanca Ordóñez (Asistente SIAU consulta externa), Judith Castellanos (Enfermera Jefe Consulta externa), Sandra Vargas (Auxiliar de enfermería)
- **No conformidades detectadas:**
- En el archivo de historias clínicas de encontraron dos historias con diferente número de identificación para un mismo usuario. Incumplimiento 4.2.4 control de registros.
- **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**
- Conocimiento del proceso por parte del dueño de proceso (jefe Judith)
  - Conocimiento de la política y de los objetivos de calidad por parte del personal que hace parte del proceso de manejo de historia clínica y direccionamiento al usuario.

- Se manejan las inquietudes del usuario por parte de la oficina del SIAU (sistema de información y atención al usuario)

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- El archivo de historias clínica de la sede cr27 se encuentra saturado
- Falta mejor manejo de los registros en los sitios de trabajo.
- Falta la toma de acciones de mejoramiento en el proceso.

➤ **Conclusiones de la auditoría:** el proceso de encuentra totalmente planificado, es necesario fortalecer su implementación, se recomienda revisar las historias clínicas que están inactivas para poder descongestionar el archivo existente.

**AUDITORIA N° 3: (Interna)**

➤ **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en el proceso de asignación de citas

➤ **Alcance:** Proceso de asignación de citas de la sede de la calle 22 (sede ESSA).

➤ **Fecha:** 15 de marzo de 2005

➤ **Equipo de auditores:** Ing. Herman Hederich (administrador sede Cr 27), Jesús David Chaparro (representante de la dirección-autor del proyecto).

➤ **Personal entrevistado:** Anita Chaparro (administradora sede Calle 22), Genny Vega (auxiliar administrativo)

➤ **No conformidades detectadas:**

- No se tienen copias de seguridad de la base de datos de los usuarios en medio magnético. Incumplimiento numeral 4.2.4 control de registros.
- El teléfono utilizado para la recepción de citas telefónicas refleja mal funcionamiento debido a que no suena el timbre. Incumplimiento 6.3 infraestructura.

➤ **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**

- Se evidencia un amplio conocimiento de la caracterización del proceso de asignación de citas.
- Existe un conocimiento de la política de la calidad por parte del personal que

participa de este proceso.

- Conocimiento del flujograma del procedimiento documentado de asignación de citas.
- Buen manejo en el almacenamiento del archivo.
- Hay evidencia de mejora en el proceso con la toma de acciones correctivas.

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Falta en el lugar de trabajo algunos documentos definidos en el proceso
- No hay evidencia de aplicación de controles en el proceso.
- Falta de organización para la adjudicación de citas de las cooperativas.

➤ **Conclusiones de la auditoria:** Se levantan dos no conformidades, las cuales deben ser resueltas para poder cumplir a cabalidad con los requisitos de la norma, el proceso de asignación de citas es conocido y manejado por las personas que intervienen en el proceso.

#### **AUDITORIA N° 4: (Interna)**

➤ **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en el proceso de asignación de citas.

➤ **Alcance:** Sede ambulatoria de Piedecuesta.

➤ **Fecha:** 30 de marzo de 2005

➤ **Equipo de auditores:** Ing. Wilmer Correa (auditor interno), Jesús David Chaparro (representante de la dirección-autor del proyecto-auditor observador).

➤ **Personal entrevistado:** Freddy Ceballos (Administrador sede ambulatoria Piedecuesta)

➤ **No conformidades detectadas:**

- No existen copias de seguridad de los registros magnéticos que se manejan en el proceso (base de datos de usuarios). Incumplimiento 4.2.4 control de registros.

➤ **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**

- Conocimiento del proceso por parte del administrador.
- Conocimiento y ejecución de las actividades por el personal que hace parte del proceso de asignación de citas.

- Se tienen identificados los posibles productos no conformes y conocimiento del tratamiento a seguir por el administrador de la sede.
- Se evidencia orden en los sitios de trabajo.

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Faltan aplicación de controles definidos en el proceso.
- Falta de equipos de cómputo adecuado para el desarrollo de actividades de asignación de citas y definición de controles para su mantenimiento preventivo.

➤ **Conclusiones de la auditoria:** Es importante revisar las condiciones de los sitios de trabajo en relación a los equipos de cómputo necesarios para desarrollar las actividades, hay que afianzar más la implementación.

**AUDITORIA N° 5: (Interna)**

➤ **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en el proceso de gestión administrativa y recursos humanos.

➤ **Alcance:** Sede ambulatoria de la cr 27.

➤ **Fecha:** 3 de mayo de 2005

➤ **Equipo de auditores:** Ing. Helga Ortiz (auditora interna) y Jesús David Chaparro (auditor observador).

➤ **Personal entrevistado:** Ing. Herman Hederich (Administrador sede ambulatoria cr 27)

➤ **No conformidades detectadas:**

- Dentro del manual de funciones no se pudo evidenciar el cargo de médico general. Incumplimiento 6.2.2. competencia, toma de conciencia y formación.
- El se aplican las acciones correctivas ni preventivas pertinentes. Incumplimiento 8.5.2 acciones correctivas y 8.5.3 acciones preventivas.

➤ **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**

- Conocimiento del proceso por parte del administrador.
- Conocimiento y ejecución de las actividades por el personal involucrado.
- Esta definida la hoja de vida institucional y se encuentra debidamente diligenciada por cada empleado.

- Se realizan las evaluaciones de desempeño del personal.
- Existe buena disposición del auditado frente al auditor.

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Falta definir el tiempo en que se realizan las evaluaciones del personal.
- Se debe manejar mejor la organización de los registros.

➤ **Conclusiones de la auditoria:** la documentación en términos generales es completa pero es importante afianzar más su divulgación.

**AUDITORIA N° 6:(Externa contratada)**

➤ **Objetivo:** Determinar si el sistema de gestión de la calidad de la clínica Santa Teresa cumple con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000 y los establecidos en sus documentos internos.

Establecer el nivel de implementación del sistema de gestión de la calidad de la clínica Santa Teresa.

Determinar las oportunidades de mejora del sistema de gestión de la calidad.

➤ **Alcance:** Se auditaron todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la clínica relacionados con los servicios de consulta externa (medicina general y programas de promoción y prevención), se auditó desde la fecha de implementación y se realizó un muestreo con el fin de cubrir las diferentes sedes de la clínica.

➤ **Fecha:** 11, 12 y 13 de mayo de 2005

➤ **Equipo de auditores:** Ing. Angélica Rodríguez (auditor líder) y Jesús David Chaparro (auditor acompañante).

➤ **Personal entrevistado:** Se realiza categorización por cada una de la sedes ambulatorias

- **Sede Cra 27:** Javier Acevedo (Coordinador Médico), Jesús David Chaparro (Coordinador de Calidad), Herman Andrés Hederich (Administrador de Sede), Dr. Sergio Villacreces (Médico General), Judith Castellanos (Enfermera Jefe Consulta Externa), Geny Peña (Auxiliar Administrativo), Sandra Cruz (Auxiliar Administrativo), Carolina Gélvez (Auxiliar Administrativo), Emilse Pinilla (Auxiliara Administrativo), Adriana Flórez (Secretaria Coordinador Médica),

Mayerly Contreras (Auxiliar de Estadística), Blanca Ordóñez (Asistente SIAU Consulta Externa), Carmen Cecilia Gutiérrez (Auxiliar de Enfermería), Julieth Carolina González (Auxiliar de consultorio), Chistian Rubio (Auxiliar de consultorio), Liliana Lozada (Auxiliar de consultorio), Stella Villamizar (Auxiliar de consultorio).

- **Sede Calle 22 ESSA:** Anita Chaparro (Administradora Sede), Geny Vega (Auxiliar Administrativo), Mariela Basto (Auxiliar de Archivo).
- **Sede Piedecuesta:** Freddy Ceballos (Administrador Sede), Carolina Porras (Médico General), Edna Barajas (Auxiliar de Enfermería), Esperanza Hernández (Auxiliar de Servicios de Generales).
- **Sede Floridablanca:** Freddy Ceballos (Administrador Sede), Paola Camelo (Médico General), Azucena Suárez (Auxiliar Administrativo), Diana Pedraza (Auxiliar de Enfermería).

➤ **No conformidades detectadas:**

- No se ha definido dentro del sistema de gestión de la calidad la metodología para la evaluación y análisis de la eficacia de los procesos de comunicación interna. Incumplimiento 5.5.3 comunicación interna.
- No se ha llevado a cabo la revisión por la dirección. Incumplimiento 5.6.1 generalidades de revisión por la dirección.
- No se cuenta con la versión original de la norma ISO 9001:2000 en la clínica. incumplimiento 4.2.3 control de documentos.
- No se cuenta con la evidencia de la distribución controlada de los documentos externos en las sedes ambulatorias, tales como leyes, decretos, normas. Incumplimiento 4.2.3 control de documentos.
- La auxiliar administrativa no cumple con el perfil establecido en el manual de descripción y análisis de cargo. Incumplimiento 6.2.2 competencia, toma de conciencia y formación.
- La auditora Helga Ortiz no cuenta con la evidencia que demuestre su experiencia de 10 horas de auditoría como observadora, tal como lo establece el manual de

descripción y análisis de cargos. Incumplimiento 6.2.2 competencia, toma de conciencia y formación.

- No se cumple con la dotación de todos los implementos y equipos médicos en los consultorios de los médicos en las sedes. Incumplimiento 7.2.1 determinación de los requisitos relacionados con el producto.
- No asegura un ambiente de trabajo que permita la conservación de las historias clínicas al encontrarse el archivo de las mismas con humedad en la sede de Floridablanca

➤ **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**

- La definición y descripción de las Funciones, responsabilidades y autoridad del personal ya que permite que cada cargo dentro de la empresa conozca claramente su rol en la institución.
- El formato establecido como ficha técnica de indicadores ya que se convierte en una guía clara para su implementación
- Normalización de los registros de la Historia Clínica, y los controles para asegurar su legibilidad y diligenciamiento de acuerdo con los requisitos de ley, lo cual genera mayor orden de la información.
- La difusión y entendimiento de la Política de calidad a través de talleres prácticos para la institución logrando un gran entendimiento en el personal que la asimila como la promesa de valor que se le da al usuario; el taller del ciclo PHVA a través de escenas de la vida cotidiana; el taller sobre vocabulario, lo anterior asegura al personal su aplicación e interiorización.
- El programa de validación de las estadísticas para que a Facturación llegue la información adecuada.
- El enfoque al cliente que se tiene en la institución por parte de todo el personal

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Mejora el mecanismo definido en el sistema de gestión de la calidad para asegurar que un documento distribuido ha sido aprobado.
- La definición de los perfiles de cada cargo (Educación, formación, habilidades y experiencia). Vale la pena complementarlo con las actividades de entrenamiento a que son sometidos a su ingreso a cada cargo y habilidades técnicas necesarias.

➤ **Conclusiones de la auditoria:** El sistema de calidad aplicado a las actividades de consulta externa en la Clínica Santa Teresa cumple con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000. El nivel de implementación de las disposiciones de la NTC ISO 9001:2000, de los documentos internos de la institución, y de los requisitos legales y reglamentarios es amplio y adecuado. Se requiere trabajar en las no conformidades y recomendaciones encontradas en esta auditoria para seguir avanzando en el mejoramiento del SGC. Existen evidencias del mejoramiento de la institución a través de la implementación del SGC.

**AUDITORIA N° 7: (Interna)**

- **Objetivo:** Determinar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2000 en el proceso gerencial.
- **Alcance:** Sedes ambulatorias.
- **Fecha:** 24 de junio de 2005
- **Equipo de auditores:** Ing. Wilmer Correa (auditor interna)
- **Personal entrevistado:** Dr. Antonio Acevedo (Coordinador médico-administrativo)
- **No conformidades detectadas:** No se presentaron no conformidades en la auditoria.
- **Fortalezas del sistema de gestión de la calidad:**
  - Disponibilidad del coordinador médico hacia la mejora continua.
  - El informe de revisión por la dirección, porque permite ver la información de una manera clara y sencilla del desempeño del sistema de gestión de la calidad.
  - Compromiso y conciencia de la importancia del sistema como herramienta para

aumentar la satisfacción del cliente.

- Mecanismos de comunicación interna definidos

➤ **Debilidades del sistema de gestión de la calidad:**

- Falta un mayor número de acciones preventivas en el proceso.

➤ **Conclusiones de la auditoria:** Este proceso se encuentra en fase final de maduración, se debe generar mayor capacitación sobre dicho proceso y definir la metodología para empalmes en el caso que se requiera cambio de persona en el cargo o un reemplazo temporal.

Es importante anotar que cada una de las no conformidades detectadas en cada una de las auditorias fueron trabajadas con acciones correctivas y las sugerencias como acciones preventivas, generando en cada caso lluvias de ideas, análisis de causas, metodologías de los cinco por qué y llegando actividades para poder dar cierre total a la no conformidad.

## 6.4 CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 6.4.1 Investigación de los entes certificadores

Durante el proceso de implementación y posterior realización de las auditorias internas, se realizó investigación de los entes que otorgan el certificado de calidad bajo la norma ISO 9001:2000, el autor del proyecto se comunicó telefónicamente con los asesores representantes de las empresas ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación), BVQI (Bureau veritas quality International), SGS (Société Générale de Surveillance) a quienes se les solicitó portafolios de servicios y una entrevista para poder conocer a fondo los sellos que los respaldan, su experiencia en el mercado y los clientes que han solicitado sus servicios, en las figuras 64, 65 y 66 se evidencia la información recibida.

Figura 64. Portafolio ICONTEC



155-CD-2567  
Bucaramanga, 31 de Marzo 2005

Doctor  
**ISAÍAS BUENAHORA ARENAS**  
Gerente  
**CLINICA SANTA TERESA S. A**  
Calle 11 # 29 - 34  
Bucaramanga

Tengo el agrado de remitir la propuesta de prestación de nuestro servicio de certificación del sistema de gestión de calidad.

La aceptación de su organización de nuestra propuesta será confirmada al devolvérsenos debidamente firmada la solicitud de certificación, presentada en el anexo.

Adicionalmente, le agradezco remitirnos una copia del manual de calidad y de la documentación requerida para realizar la planificación de la auditoría, y un Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a 30 días.

Reciba un atento saludo y nuestro agradecimiento por la confianza depositada en ICONTEC para la prestación de este servicio.

Atentamente,  
  
**GLORIA STELLA SARMIENTO GAONA**  
Directora Regional

Anexos: (Propuesta, Solicitud de Certificación y Condiciones y términos de Referencia Certificado ICONTEC de Gestión de Calidad)

MEMBERO DE LA RED  


## ICONTEC pr

### Miembros de la MLA

Las empresas certificadas por ICONTEC, se fortalecen día a día en el mercado mundial gracias a la aceptación internacional de sus productos y servicios.

Los certificados de Gestión de la Calidad y Gestión Ambiental, otorgados por ICONTEC, son reconocidos internacionalmente. Estos certificados están acreditados por una de las entidades más grandes en el ámbito mundial, como es DART-ICA, organismo que ha firmado acuerdos multilaterales (MLA) con organismos de acreditación de los países más representativos en el mundo, para reconocer el trabajo y garantizar la aceptación de los certificados que emiten los organismos acreditados en cada país, lo que permite la eliminación de barreras al comercio.


Con esta acreditación, las empresas certificadas por ICONTEC pueden presentar con total confianza su certificado a los clientes de los diferentes países, con la garantía de su aceptación sin ninguna restricción.

**Accreditation Body Members**



[www.iaf.nu](http://www.iaf.nu)

Figura 65. Portafolio BVQI



Bogotá D.C., 07 de octubre de 2004  
0000 - 04-261

Señores:  
**CLINICA SANTA TERESA S.A**  
Attn: **JESUS CHAPARRO**  
**ASESORO DE CALIDAD**  
CLL 11 N° 29 - 34  
Teléfono: 6346126  
Bucaramanga


REF: PRESENTACIÓN DE SERVICIOS.

Respetados Señores:

Nos complace remitir la información sobre la cobertura de servicios que ofrece el BVQI, relacionados con certificación de la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad (Normas ISO), los cuales estaremos muy complacidos en poder prestar a su empresa.

Con el propósito de hacer un acercamiento con su entidad solicitamos muy respetuosamente una reunión para presentarles nuestro portafolio de servicios.

Con gusto ampliaremos cualquier información adicional que puedan requerir y pendientes de sus comentarios, nos es grato saludarles.

Atentamente,  
  
**ZORAYA CAMELO**  
Ejecutiva Comercial

Anexamos lo anunciado  
Copia: Consecutivo

BVQI > sistemas & procesos > estándar

## Obteniendo ventaja competitiva a través de la calidad

**Calidad**

**Antecedentes**

Las compañías exitosas son aquellas que son manejadas con calidad, desde la forma en que operan hasta los estándares de servicio al cliente y los productos que entregan.

Enfocándose en calidad, la organización logra la diferencia ya que está mejor equipada para generar nuevas oportunidades en un mercado global cada vez más competitivo. Una organización certificada bajo ISO 9001, ofrece una garantía de su compromiso con la calidad y es un indicador que le permite medir su progreso continuo a través del desarrollo del negocio.

**ISO 9001 : 2000 Los Beneficios para la Organización?**

ISO 9001:2000 es un estándar internacional para la gestión de calidad, aplicable a cualquier organización de todos los sectores y actividades económicas.

ISO 9001:2000 está basada en ocho principios de gestión de calidad todos fundamentados en buenas prácticas de negocios. Cuando son totalmente adoptados, estos principios ayudan a mejorar su desarrollo organizacional:

- Enfoque al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes, por esa razón se necesita desarrollar actividades alrededor de ellos y entender sus necesidades en el mercado.
- Liderazgo. Es necesario mostrar unidad de objetivos y dirección.
- Participación del personal. Crear un entorno donde el personal se sienta involucrado para alcanzar los objetivos de la organización.
- Enfoque por procesos. Para alcanzar los objetivos organizacionales, los recursos y las actividades necesitan ser manejados como procesos, entendiendo que los salidas de un proceso afectan las entradas de otro.
- Enfoque sistemático para el mejoramiento de la empresa. La efectividad y eficiencia depende de que la organización funcione como un sistema para el correcto desarrollo de las actividades de trabajo.
- Mejoramiento continuo. Este se debe adoptar como parte de la cultura diaria como un objetivo primordial para una organización.
- Toma de decisiones basada en hechos. Las decisiones efectivas son basadas en la lógica y en un análisis de datos e información real.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores. Estas relaciones mejorarán la habilidad para crear valor agregado.

**> Por qué escoger BVQI?**

- BVQI es reconocido por más de 30 organismos de acreditación nacionales e internacionales como certificador de ISO 9001.
- BVQI es el líder mundial con más de 40.000 compañías certificadas en 142 países.
- Nuestro éxito está basado en el trabajo cercano con nuestros socios de negocios cuyo objetivo es llevar su organización hacia el futuro.
- Además de su presencia global la fortaleza de BVQI es la combinación de habilidades de nuestro equipo de más de 3.000 auditores especialistas.
- BVQI ofrece la posibilidad de integrar certificaciones con un amplio rango de las normas más reconocidas, brindando consistencia, optimización y eficiencia.

**EXTIENDA SUS HORIZONTES**  
y agregue valor a su negocio.

Además de la certificación ISO 9001, BVQI ofrece certificación de una gran gama de sistemas de gestión que incluyen:

- ISO 14001: OHSAS 18001, SA 8000
- ISO/TS 16949: QS-9000, VDA 4 & EAQF
- AS 9100 & EN 15183
- TL 9000
- ISO/TS 22000 & TAP4
- HACCP & GMP
- Tick IT, ISO 17799

La mayoría de estas normas son compatibles con las normas ISO 9001. BVQI ofrece los servicios de certificación de normas integradas, generando auditorías eficientes y optimizadas.

Figura 66. Portafolio SGS

**Servicios de Certificación**

Desde el control interno de certificaciones acreditadas hasta a todo lo largo de la cadena, SGS se compromete en todos los sectores. Está en capacidad de ofrecer servicios de certificación de conformidad de productos y la certificación de sistemas de calidad e integridad industrial y de servicios en cualquiera de estas normas:

- ISO 9000 - serie de normas internacionales aplicables a los sistemas de gestión de la calidad
- ISO 14001 & EMAS - normas que cubren los sistemas de gestión medioambiental
- OHSAS 18001 - SafetyMAP y SCC (VCA) - evaluación y certificación de sistemas de gestión de la higiene y la seguridad (salud y seguridad en el trabajo)
- SA 8000 - norma relacionada con la responsabilidad social
- GS-9000 VDA 6.1, 6.2 & 6.4, e ISO TS 16949 - serie de normas aplicables a los sistemas de gestión de calidad en la industria automotriz
- TCAT y TL 9000 - serie de normas aplicables a los sectores de Desarrollo de Software y Telecomunicaciones
- Haltfleisch y EN 46000 - servicio de garantía de calidad de la marca, para proveedores de asistencia sanitaria
- HACCP & SQF 2000 - alimentación, bebidas y sector agrícola
- IRM Code - norma para la industria minera
- Product & Service Certificates - certificación de producción o servicios de conformidad con normas, códigos profesionales e documentos normativos
- CE Marking - SGS es un Organismo Notificado
- PM 9000 - norma para los servicios públicos
- FSC & Carbon Offset Verification - norma para la industria forestal
- Sustainability Evaluation - para la determinación del impacto de los aspectos sociales en el valor económico de la empresa
- Environmental Index - evaluación del riesgo medioambiental mediante la utilización de una metodología fuertemente repetible
- Green Dove - fijación de normas para la industria turística

**A su servicio**

**En todo el mundo**  
La globalización es una tendencia creciente en los negocios y en el comercio. La certificación por SGS fomenta la credibilidad de las empresas en todo el mundo.  
Las empresas y restantes organizaciones pueden beneficiarse de las numerosas acreditaciones nacionales e internacionales que el grupo SGS ostenta en los cinco continentes. Es política de SGS lograr la acreditación dondequiera, y siempre que ello facilite el reconocimiento de nuestros clientes.

**Información**  
Una red de intercambio de datos altamente desarrollada ofrece a sus aliados el acceso a la información más actualizada. Ello proporciona evidentes beneficios a los clientes, tal y como garantizar que los auditores de cualquier lugar tengan acceso a las más recientes directrices sobre la interpretación de la normativa.

**Formación**  
Más de 750 cursos de formación en distintos idiomas, se organizan cada año. Van desde la más simple sesión de familiarización con la norma ISO 9000, hasta el más complejo "Curso de Adiestramiento de Auditor / Auditor Líder", acreditados por organismos como el IRCA, IAF, GSA, para la ISO 9000, IRMA (antes conocido como IFA) para la ISO 14001, AAQ para la GS-9000, y SAN para la SA 8000.

**Ventajas de la certificación**  
Los beneficios de la certificación pueden incluir:

- Un incremento de la confianza por parte del cliente
- La capacidad de cumplir con el creciente número de requisitos contractuales que descalifican a aquellos licitadores no certificados
- Que se reduzca la probabilidad de auditorías múltiples
- La utilización de un logotipo de registro reconocido
- La inclusión en el directorio SGS de empresas certificadas

**La certificación: para cualquier empresa, en cualquier sitio**

**Véase apartado: El cliente**  
Los servicios SGS se basan en las exigencias, tanto de nuestros clientes, como del mercado en su conjunto. Diseñados a escala global, y armonizados para satisfacer los requisitos sobre gestión de riesgos de nuestros clientes, contribuyen a garantizar que nuestros clientes logren la excelencia para sus propios clientes.

**La ventaja de un único certificador**  
**La certificación multilateral**  
SGS dispone de auditores en todo el mundo. Su red global le permite a aquellas empresas con filiales y sucursales dispersas, beneficiarse de una certificación multilateral. Queda garantizada la calidad constante y uniforme entre los distintos equipos de evaluación y certificación, que forman parte de la misma red. Con independencia de su ubicación, dichos equipos están comprometidos a satisfacer la exigencia de los más altos estándares por parte de los clientes.

**Igualar la excelencia en todas partes**  
**La red global**  
Con más de 2.000 profesionales en Garantía de Calidad en plantilla, el grupo SGS mantiene un enfoque único y unificado respecto de la calidad y la certificación. Dichos expertos comparten el marco profesional, el adiestramiento permanente y la información. Ello garantiza que cada cliente reciba un servicio uniforme y de alta calidad, y que SGS satisfaga las expectativas de sus socios en todo el mundo.

**Más allá de la certificación**  
**La formación**  
Un eficaz adiestramiento del personal es la clave de un éxito duradero en los campos de la calidad y la certificación, y esta formación se facilita en toda la red SGS. Especialistas experimentados y con grandes dotes para la motivación ofrecen una amplia gama de cursos y fórmulas de adiestramiento a aquellas organizaciones que deseen consultar su éxito a través de la mejora permanente de la calidad.

**Certificación Internacional**

#### 6.4.2 Selección del ente certificador.

La alta dirección basada en las ofertas recibidas y los portafolios de servicios, decidió que el ente a contratar para realizar la auditoria de certificación fuese el ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) destacando las siguientes cualidades:

- Como organización nacional de normalización, coordina la elaboración de las normas y guías técnicas y otros documentos de carácter normativo aplicables en Colombia. Cuenta con 180 comités de normalización en los cuales participan la industria, los consumidores, la academia entre otros para establecer los requisitos fundamentales de calidad, seguridad, protección a la salud y medio ambiente para productos, servicios, procesos y sistemas.
- Es el único ente acreditador escogido por el ministerio de la protección social de

Colombia para realizar la evaluación externa de acreditación a las entidades de Salud bajo altos estándares de calidad de la atención en salud.

- A través de su dirección de educación y desarrollo, ofrece diferentes programas de formación dirigidos a empresas de manufactura, de servicios, y de sectores específicos que permiten a los empresarios y al personal adquirir y aplicar los conceptos y métodos de sistemas de gestión.
- Posee completa información especializada contenida en diversos documentos, tales como normas y guías técnicas nacionales, extranjeras, regionales e internacionales y publicaciones específicas por sector, que contribuyen al ordenamiento y apoyo de las actividades de las empresas.
- Fue el ente con mayor capacidad resolutoria frente a las inquietudes relacionadas con la auditoria de certificación y los pasos a seguir para cumplir con tal fin.

Posterior a la etapa de selección, se firmó el contrato y se diligenció el formulario de información previa a la certificación tal como se muestran en las figuras 67 y 68.

Figura 67. Contrato solicitud de certificación

**ICONTEC**  
CERTIFICADO ICONTEC DE SISTEMA DE GESTION  
SOLICITUD DE CERTIFICACION

**EMPRESA:** " CLINICA SANTA TERESA S.A "

**ALCANCE PROPUESTO:** Para la Prestación de los Servicios de " Consulta Externa de Primer Nivel(Consulta Médica y Programas de Promoción y Prevención, Labores de Entendimiento junto con el proceso administrativo que permitan la prestación de dichos servicios que se otorgan en los centros Autorizados de la carrera 27, la sede de la calle 22 " de del Municipio de Fundadoría y Páramo.

El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoría para reflejar con exactitud las actividades, en las cuales la organización demuestra que el Sistema de Gestión se ha implementado y cumple con los requisitos.

**LOCALIZACIÓN:** Calle 11 # 29 -34 Bucaramanga - Santander

**CÓDIGO SECTOR:** 38

**REQUISITOS:**  ISO 9001  ISO 14001  OHSAS 18001  QS 9000  HACCP

Por medio del presente solicitamos el servicio de Certificación del Sistema de Gestión, para lo cual declaramos conocer, aceptar y cumplir las condiciones y términos de referencia indicados en el documento 0104-0006-04 y en la propuesta P-219-2005 presentada por ICONTEC y pagar a esta organización, los valores indicados en la presente solicitud, para lo cual acordamos que el presente documento presta mérito ejecutivo sin necesidad de reconocimiento de firmas, ni requerimientos de otra naturaleza.

Presuditoria Valor sin IVA \$ 1.670.000  Auditoría Otorgamiento Valor sin IVA \$3.270.000

En fe de lo expuesto, firman los otorgantes el presente documento en dos ejemplares de un mismo tenor a los primeros (31) días del mes de Marzo del 2005.

Por " CLINICA SANTA TERESA S.A "  Por ICONTEC

ISAÍAS BUENAHORA ARENAS . GLORIA SARMIENTO SAONA  
Firma: *[Firma]* Firma: *[Firma]*

Para todos los efectos del presente contrato, las partes acuerdan los siguientes contactos (Favor diligenciar los datos de la Empresa)

Nombre: Jesús David Chaparro Moreno	Nombre: Luz Adriana Cañón Jaime
Tel.: cel:3003001187 6346126 Ext 142	Tel.: 6322878-6329828
Fax: 6300647	Fax: 6329828
e-mail: jdc@97237@hotmils.com	e-mail: iconon@icontec.org.co

MEMBROS DE LA RED  
K-Net

Figura 68. Formulario de información previa.

Página 1 de 2

**ICONTEC**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN PREVIA CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN**

La información consignada en el presente formulario es confidencial y nos permitirá presentarle una propuesta acorde con las necesidades de su organización. La oportunidad y exactitud en la información declarada permitirá planificar las actividades necesarias para el otorgamiento del Certificado y obtener mejores resultados.

**Información de la persona designada como representante de la Gerencia para el Sistema.**  
 Nombre y cargo: **JESUS DAVID CHAPARRO MORENO - COORDINADOR DE CALIDAD**  
 Teléfonos: **6346126 EXT 426-142** Fax: **6350547** e-mail: **JDCM972357@HOTMAIL.COM**  
 Dirección y Ciudad: **CLL 11 # 29 - 34 BUCARAMANGA- SANTANDER**

**1. Identificación de la Empresa:**  
 1.1 Razón Social: **CLINICA SANTA TERESA S.A.**  
 1.2 NIT (Número de identificación tributaria o su equivalente): **890.200.142-5**  
 1.3 Representante Legal: **ISAIAIS BUENAHORA ARENAS** Cargo: **GERENTE**  
 1.4 Nombre del Gerente (si es diferente al anterior):  
 Nombre y cargo:  
 Teléfonos: **6346126 EXT 302** Fax: **6350547** e-mail:  
 Dirección y ciudad: **CLL 11 # 29 - 34 BUCARAMANGA- SANTANDER**

**2. Generalidades:**  
 2.1 Alcance: Especifique las actividades de la empresa involucradas en el alcance para el cual solicita la propuesta de certificación, de acuerdo con las actividades clave del negocio y los productos (materiales o servicios) suministrados. Llene esta sección solamente para las instalaciones que se van a incluir en el alcance del certificado para el cual se está presentando esta solicitud. Es conveniente que la descripción de actividades incluya la identificación de la gama de productos o servicios suministrados y su campo de aplicación. Se recomienda seleccionar para la descripción de actividades palabras como: DISEÑO, VENTA, PRODUCCIÓN, PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ..., INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO, ALMACENAMIENTO.  
**ALCANCE PROYECTOS:**  
 El alcance del sistema de gestión de la calidad de la Clínica Santa Teresa S.A. abarca los servicios de consulta externa de primer nivel (consulta médica y programas de promoción y prevención, labores de enfermería junto con los procesos administrativos que permiten la prestación de dichos servicios) que se otorgan en las sedes ambulatorias de la cra 27, la sede de la calle 22 (sede ESSA), la sede del municipio de Floridablanca y la sede de Piedecuesta.  
 Nota: El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoría, para reflejar con exactitud las actividades en las cuales la organización demuestra que el Sistema se lo implementado y cumple con los requisitos.

**2.2 Requisitos Seleccionados para la Certificación:**  
 ISO 9001:2000  ISO 14001:1996  OHSAS 18001:1999  QS 9000:1998  HACCP  SIG   
**SIG: SISTEMA INTEGRADO DE GESTION QUE INCLUYE ISO 9001:2000 + ISO 14001:1996 + OHSAS: 1999**

2.3 En caso de solicitud con ISO 9001:2000:  
 2.3.1 Favor indicar los requisitos del capítulo 7 de la norma ISO 9001 que han sido excluidos por la Empresa para su Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo la justificación para dichas exclusiones.  
**Se excluye el numeral 7.3 diseño y desarrollo este elemento de la norma no aplica para el sistema de gestión de la calidad de la clínica Santa Teresa S.A. debido a que la institución no realiza diseño de nuevos servicios, únicamente ajusta los procesos y servicios existentes a las condiciones cambiantes de la ley, en este sentido se apoya en lo expuesto en los numerales 8.4 planificación del sistema de gestión de la calidad y 7.1 planificación de la realización del servicio**  
 2.3.2 Favor indique los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud, Ejemplo (Buenas Prácticas de Manufactura, Reglamentos Técnicos, normas oficiales obligatorias).  
**-Resolución 1995 de 1999 sobre el manejo de historias clínicas / Ley 100 de 1993 / Decreto 2309 resolución 1439 de 2002 / resolución 412 Sobre programas de promoción y prevención / Resolución 6261 de 1194 /**

2.4 En caso de solicitud con ISO 14001:1996: **NO APLICA**  
 2.4.1 Favor indique los principales requisitos legales ambientales a los que está sometida la Empresa, incluyendo otros compromisos ambientales adquiridos con las autoridades.

F0104-0025-01

**ICONTEC**

FECHA: 20/05/05  
 HORA: 2:25 p.m.  
 FIRMA: [Firma]

---

Página 2 de 2

**ICONTEC**

**NO APLICA**  
 2.4.2 Favor indique si a la empresa le aplican otros requisitos ambientales a los que se haya adherido  
**NO APLICA**  
 2.5 En caso de solicitud con OHSAS 18001:1999 **NO APLICA**  
 2.5.1 Favor indique los requisitos legales de Seguridad y Salud ocupacional a los que está sometida la Empresa  
**NO APLICA**  
 2.5.2 Favor indique si a la empresa le aplican otros requisitos de Seguridad y Salud ocupacional a los que haya adherido.  
**NO APLICA**  
 2.6 En caso de solicitud con HACCP **NO APLICA**  
 2.6.1 Favor indique los requisitos legales de seguridad e inocuidad alimentaria a los cuales están sometidos los productos (materiales o servicios) correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud, Ejemplo (Buenas Prácticas de Manufactura, Reglamentos Técnicos, Resoluciones, normas oficiales obligatorias).  
**NO APLICA**  
 2.7 En caso de solicitud para SIG se debe completar la información de ISO 9001:2000, ISO 14001:1996 y OHSAS 18001:1999  
 2.8 Indique la ubicación (dirección y municipio, provincia o similar) de cada uno de los sitios que van a estar cubiertos por la certificación, aclarando las actividades que se realizan en cada una de ellos.  
 Sede Ambulatoria Cll 17 # 27-25 Bucaramanga  
 Sede Ambulatoria Cll 22 # 25-30 Bucaramanga  
 Sede Ambulatoria Piedecuesta Cll 19 # 9-08  
 Sede ambulatoria Floridablanca Cr 8 # 7-15  
 En todas las sedes ambulatorias descritas anteriormente se prestan los servicios a certificar dentro del alcance, la diferencia está en la cantidad de usuarios a atender.  
 3. Número total de empleados involucrados en la(s) actividad(es) por certificar:  
 Nota: Este número de empleados debe corresponder a aquellos involucrados en las actividades cubiertas por el alcance para el cual se solicita la propuesta de certificación (ver numeral 2.1)  
 Si se desarrollan actividades operativas comunes, favor indicar el número de empleados que desarrollan cada una:  
 Actividad común: \_\_\_\_\_ No empleados: \_\_\_\_\_ Actividad común: \_\_\_\_\_ No empleados: \_\_\_\_\_  
 Actividad común: \_\_\_\_\_ No empleados: \_\_\_\_\_ Actividad común: \_\_\_\_\_ No empleados: \_\_\_\_\_  
 Nota: Actividad común significa que realizan el mismo trabajo operativo. Por ejemplo operadores de equipos, vendedores, los vigilantes de una empresa de seguridad privada.  
 4. Si su empresa ha contratado los servicios de alguna empresa de consultoría para la implementación del sistema por favor indique el nombre de la empresa y los profesionales contratados.  
 Por medio del convenio con la fundación Progreso y Cultura Futura se tiene como ente asesor a la empresa CONCALIDAD LTDA y en su representación como profesional al ING Wulmer Alexis Correa  
 5. Por favor relacione y anexe la documentación que usted considere útil para que comprendamos mejor las actividades para las cuales se está tramitando la presente solicitud (ejemplo: Especificaciones de producto, catálogos, reportes, organigramas, Hoja de datos de seguridad del producto, Informes, etc.)  
 ORGANIGRAMA CLINICA SANTA TERESA (PARA CONSULTA EXTERNA)  
 RELACION DE LOS CARGOS POR CADA UNA DE LAS SEDES

JESUS DAVID CHAPARRO MORENO  
 Nombre Representante de la Gerencia Firma y Fecha

Espacio Reservado para ICONTEC

Fecha recepción del formulario:	Verificación de documentación realizada por: Nombre: _____ Firma: _____	Fecha trámite:	Código EA:
---------------------------------	--	----------------	------------

Corresponde a una solicitud de Sistema Integrado de Gestión: SI NO  
 En caso positivo se debe llenar la información del formulario F0104-0025-02

Observaciones:  
 F0104-0025-01

### 6.4.3 Planificación y desarrollo de la auditoria de certificación.

➤**Planificación:** Como etapa inicial el ICONTEC desarrolló una revisión de la adecuación documental que incluyó el análisis del manual de calidad y los procesos documentados para determinar la adecuación de las disposiciones establecidas para cumplir los requisitos de ISO 9001:2000.

El análisis de la documentación incluyó la identificación de los requisitos legales de los servicios, la política y los objetivos de la calidad.

➤**Auditoria:** Una vez los auditores del ente certificador realizaron la revisión de la documentación, definieron el plan a seguir para la ejecución de la auditoria de campo, el cual enviaron a la clínica con anticipación para poder definir de común acuerdo la agenda a seguir. En la figura 69 se puede observar el plan con la fecha, la hora, el proceso a auditar, el nombre del auditor, el nombre y cargo de los entrevistados.

La auditoria se inicio con la reunión de apertura a la cual asistieron todos los dueños de procesos con los auditores para formalizar y aclarar pequeñas dudas e inquietudes antes de iniciar el recorrido.

Durante el proceso de auditoria se recopiló y analizó información con la cual los auditores pudieron conocer la implementación eficaz del sistema de gestión de la calidad a través de las entrevistas, visitas a las instalaciones y observación sobre el terreno. Como dueño del proceso de calidad, al autor del proyecto se le permitió acompañar a los auditores en todo el recorrido, permitiéndole la intervención verbal para ampliar o soportar lo afirmado por los demás dueños de procesos.

Figura 69. Plan de auditoria del ente certificador



**PLAN DE AUDITORIA**

EMPRESA: CLINICA SANTA TERESA S.A.		Email/Fax: 6350547 csteresa@france.com jdc972357@hotmail.com	
Representante: JESÚS DAVID CHAPARRO MORENO		Cargo: COORDINADOR DE CALIDAD	
Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER		Fecha: 2005-07-06	
Alcance: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE: CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL(CONSULTA MÉDICA Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, LABORES DE ENFERMERÍA JUNTO CON LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMITEN LA PRESTACIÓN DE DICHSOS SERVICIOS QUE SE OTORGAN EN LAS SEDES AMBULATORIAS DE LA CARRERA 27, LA SEDE DE LA CALLE 22, LA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA Y PIEDECUESTA.			
<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001		<input type="checkbox"/> QS 9000	
<input type="checkbox"/> ISO 14001		<input type="checkbox"/> OHSAS 18001	
Tipo de auditoria:		<input type="checkbox"/> PREAUDITORIA	
		<input checked="" type="checkbox"/> OTORGAMIENTO	
		<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO	
		<input type="checkbox"/> RENOVIACION	
		<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	
Documentos de referencia: Manual de calidad – ISO 9001:2000			
Auditor Líder: JOSÉ LINO PÉREZ C.		Auditor:	
Auditor:		Especialista: JORGE FERREIRA	
Fecha de ejecución auditoría: 2005-07-11,12 y 13			
<p>ADJUNTO REMITO EL PLAN DE LA AUDITORIA QUE SE REALIZARÁ AL SISTEMA DE SU ORGANIZACIÓN. POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE Y CARGO DE LAS PERSONAS QUE ATENDERÁN CADA ENTREVISTA. LE AGRADEZCO ENTREGARME ESTE PLAN DILIGENCIADO, ANTES DE LA REUNION DE APERTURA, ASI COMO TAMBIEN ENTREGAR ESTA REUNION A LAS PERSONAS DE LAS AREAS QUE SERAN AUDITADAS Y DISPONER DE UN COMPUTADOR CON UNIDAD DE CD – ROM. OPCIONALMENTE TAMBIEN VIDEO BEAM PARA EL BALANCE DIARIO DE INFORMACION ENTRE EL EQUIPO AUDITOR LE AGRADEZCO DISPONER DE UN SITIO OFICIAL, ASI COMO ACCESO A LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA.</p> <p>LA INFORMACION QUE SE CONOCERÁ POR LA EJECUCION DE ESTA AUDITORIA SERÁ TRATADA CONFIDENCIALMENTE. POR PARTE DEL EQUIPO AUDITOR Y DE ICONTEC. DE NO INDICARSE LO CONTRARIO EL IDIOMA DE LA AUDITORIA Y SU INFORME ES EL ESPAÑOL.</p>			
AUDITOR LIDER: José L. Pérez C. (JLP)			
Reunión de Apertura:		Fecha: 2005-07-11	
		Hora: 8:00 AM	
Reunión de Cierre:		Fecha: 2005-07-13	
		Hora: 11:15 AM	

ENTREVISTAS				
FECHA	HORA	PROCESO / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
07-11	8:30	CONTRATACIÓN Y PLANIFICACIÓN	JLP	ANTONIO JAVIER ACEVEDO -COORDINADOR MEDICO ADMINISTRATIVO
	10:00	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	JLP	HERMAN ANDRES HEDERICH- ADMINISTRADOR SEDE CR27
	11:00	RECURSOS HUMANOS CRA 27	JLP	HERMAN ANDRES HEDERICH- ADMINISTRADOR SEDE CR27
	12:00	RECESO		
	2:00	COMPRAS BIENES Y SERVICIOS	JLP	ANTONIO JAVIER ACEVEDO -COORDINADOR MEDICO ADMINISTRATIVO

Página 1 de 2



**ENTREVISTAS**

FECHA	HORA	PROCESO / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
07-11	3:30	CALIDAD		JESUS DAVID CHAPARRO MORENO COORDINADOR DE CALIDAD- REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION
	5:00	PROCESO GERENCIAL	JLP	ANTONIO JAVIER ACEVEDO - COORDINADOR MEDICO ADMINISTRATIVO
	5:45	RETROALIMENTACIÓN CON EL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	JLP	JESUS DAVID CHAPARRO MORENO COORDINADOR DE CALIDAD- REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION
07-12	8:00	ASIGNACIÓN CITAS CRA. 27	JLP	HERMAN ANDRES HEDERICH- ADMINISTRADOR SEDE CR27
	9:00	MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DIRECCIONAMIENTO AL USUARIO CRA. 27	JLP	JUDITH CASTELLANOS- ENFERMERA JEFE DE CONSULTA EXTERNA
	10:00	ATENCIÓN CLÍNICO ASISTENCIAL CRA. 27	JLP	JUDITH CASTELLANOS- ENFERMERA JEFE DE CONSULTA EXTERNA
	12:00	RECESO		
	2:00	ASIGNACIÓN CITAS PIEDECUESTA	JLP	FREDDY CEBALLOS- ADMINISTRADOR SEDE PIEDECUESTA
	2:30	MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y DIRECCIONAMIENTO AL USUARIO PIEDECUESTA	JLP	JUDITH CASTELLANOS- ENFERMERA JEFE DE CONSULTA EXTERNA
	3:00	ATENCIÓN CLÍNICO ASISTENCIAL AMBULATORIA PIEDECUESTA	JLP	JUDITH CASTELLANOS- ENFERMERA JEFE DE CONSULTA EXTERNA
	4:30	RECURSOS HUMANOS PIEDECUESTA	JLP	FREDDY CEBALLOS- ADMINISTRADOR SEDE PIEDECUESTA
	5:00	GESTIÓN ADMINISTRATIVA PIEDECUESTA	JLP	FREDDY CEBALLOS- ADMINISTRADOR SEDE PIEDECUESTA
	5:45	RETROALIMENTACIÓN CON EL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	JLP	JESUS DAVID CHAPARRO MORENO COORDINADOR DE CALIDAD- REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION
07-13	7:30	PROCESOS CALLE 22	JLP	ANTA CHAPARRO - ADMINISTRADORA SEDE CALLE 22
	9:30	CALIDAD	JLP	JESUS DAVID CHAPARRO MORENO COORDINADOR DE CALIDAD- REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION
	10:15	PROCESO GERENCIAL	JLP	ANTONIO JAVIER ACEVEDO - COORDINADOR MEDICO ADMINISTRATIVO
	10:45	PREPARACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE	JLP	

➤ **Informe de auditoria:** En el proceso final de la visita de campo los auditores realizaron una reunión de cierre en donde presentaron un resumen general de las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos, las fortalezas del sistema en relación con los requisitos exigidos, así como las oportunidades de mejora. Todo esto resultados fueron presentados formalmente a la Clínica a través del informe de auditoria en cual se desglosa de la siguiente manera

## CERTIFICADO ICONTEC DE GESTIÓN DE CALIDAD INFORME DE AUDITORIA

### 1) INFORMACIÓN GENERAL

Empresa: Clínica Santa Teresa S.A.

Localización: Sedes ambulatorias: Calle 17 N° 27-25; Calle 22 N° 25-30 (Bucaramanga); Carrera 9 N° 7-15 (Floridablanca) y Calle 10 N° 9-06 (Piedecuesta) – Santander.

Alcance: Prestación de los servicios de consulta externa de primer nivel (Consulta médica y programas de promoción y prevención)

Código sector: EA:38

Criterios: ISO 9001:2000

Tipo de auditoria: Certificación

Fecha de la auditoria: 2005 - 07 - 11, 12, 13

Representante de la empresa: Jesús David Chaparro Moreno

Empresa/cargo: Coordinador de calidad

Auditor líder: José L. Pérez C.

Especialista: Jorge Ferreira.

### 2) OBJETIVOS DE LA AUDITORIA:

- Determinación de la vigencia de la conformidad del sistema de gestión de calidad con los criterios establecidos en la norma ISO 9001:2000.
- Evaluación del mantenimiento de la capacidad del sistema de gestión de calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios del producto.
- Evaluación del mantenimiento de la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados.
- Identificar mejoramientos potenciales en el sistema de gestión de calidad

### 3) CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

#### **Actividades desarrolladas:**

- Análisis documental al manual de calidad CST-CAL-M-01, realizado en 2005-07-06 con el propósito de establecer análisis de adecuación respecto a los requisitos del referencial NTC-ISO 9001:2000, y el cual no presentó observaciones.
- Reunión de apertura, realizada en 2005-07-11 y ejecución de la auditoria al sistema de calidad, realizada en 2005-07-11, 12, 13 en 3 de las sedes mencionadas en la localización del numeral 1 de este informe, la cual incluyó análisis exploratorio de evidencias por desarrollo de entrevistas, estudio de registros, observación y análisis de las actividades desarrolladas por la organización, dentro del alcance establecido.
- Realización de la reunión de cierre en 2005-07-13, durante la cual se presentaron los resultados de la auditoria. No se detectaron no conformidades.

#### **Aspectos relevantes:**

- La documentación desarrollada para soportar los procesos es completa y adecuada y por tanto facilita la inducción de personal nuevo o transferido y el control y seguimiento de las actividades tanto asistenciales como de apoyo.
- La orientación a la mejora de la calidad del servicio que se refleja en decisiones tales como ampliar el tiempo de consulta por paciente y la de modificar el esquema de

vinculación del personal médico para generarle mayor compromiso con la calidad.

- La revisión realizada por la dirección al sistema de gestión de la calidad, se basó en información amplia y adecuadamente presentada lo cual facilitó el análisis para planear los mejoramientos necesarios en el sistema.

**Aspectos por mejorar:**

- Es importante considerar la implementación de mecanismos formales de evaluación del servicio por parte de los clientes institucionales, diseñados por la clínica, de forma que se pueda disponer de información más amplia para plantear objetivos de mejora.
- Es necesario garantizar la efectividad de las acciones tomadas para mejorar la satisfacción de los usuarios en cuanto a la accesibilidad a las citas telefónicas de la sede de la carrera 27, facilitando al usuario la manifestación de sus quejas, unificando la metodología para encuestarlo a este respecto y reforzando el seguimiento a la acción correctiva implementada.


**Confiabilidad de la auditoria interna:**

- Las auditorias internas se han cumplido de acuerdo con la programación, con personal tanto subcontratado como interno, de acuerdo con los resultados presentados se puede considerar como confiable.

Lo relacionado con el perfil del sistema de gestión de la calidad en donde se muestran cada uno de los numerales de la norma versus las no conformidades detectadas, solucionadas y pendientes se observan en la Figura 70, además de la información complementaria y el otorgamiento en donde se da el concepto del equipo auditor.

En la Figura 71 se aprecian los certificados del sistema de gestión de la calidad otorgados por ICONTEC.

Figura 70. Informe de auditoria de certificación




Página 5 de 6

4. PERFIL DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD							
Numeral	REQUISITOS DEL SISTEMA	NA	C	NO CONFORMIDADES			
				Detectadas	Solucionadas	Pendientes	
				NºCM	NºCM	NºCM	NºCM
4	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD						
4.1	Requisitos Generales		X				
4.2	Requisitos de la documentación		X				
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN						
5.1	Compromiso de la Dirección		X				
5.2	Enfoque al cliente		X				
5.3	Política de Calidad		X				
5.4	Planificación		X				
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación		X				
5.6	Revisión por la Dirección		X				
6	GESTION DE LOS RECURSOS						
6.1	Provisión de recursos		X				
6.2	Recursos Humanos		X				
6.3	Infraestructura		X				
6.4	Entorno de trabajo		X				
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO						
7.1	Planificación para la realización del producto		X				
7.2	Proceso relacionados con el cliente		X				
7.3	Diseño y desarrollo	X					
7.4	Compra		X				
7.5	Producción y prestación del servicio		X				
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y de medición		X				
8	MEDICION, ANÁLISIS Y MEJORA						
8.1	Generalidades		X				
8.2	Seguimiento y medición		X				
8.3	Control de producto no conforme		X				
8.4	Análisis de datos		X				
8.5	Mejora		X				

NA = No aplicable    C = Conforme    NºCM = Número de no conformidades mayores    NºCM = Número de no conformidades menores

F0104-0002-07-50C

---



Página 6 de 6

**5. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:**


- Como entidad Prestadora de servicios de salud, a la empresa le aplican las reglamentaciones del Ministerio de la Protección Social sobre habilitación de estas entidades. La CLINICA SANTA TERESA solicitó a las autoridades regionales la visita correspondiente para su habilitación, en todas las sedes referenciadas y está pendiente para que se le programe dicha visita.

- La entidad cuenta con cuatro (4) sedes que se detallan en el numeral 1 en este informe, la auditoria se realizó en las sedes de: Carrera 27, Calle 22 y Piedecuesta; por lo tanto, en las auditorías de seguimiento, conviene incluir la sede de Floridaablanca.

**6. OTORGAMIENTO / RENOVACION**

6.1 CONCEPTO DEL EQUIPO AUDITOR

Se recomienda otorgar el certificado ISO 9001 a **CLINICA SANTA TERESA S.A.** con el alcance definido en el presente informe.

Nombre: JOSÉ L. PÉREZ C.    Firma:     Fecha: 2009-07-18

6.2 PROPUESTA DEL COMITÉ DE (No aplicable para preauditoria o auditoria de seguimiento)

CERTIFICACIÓN

Recomendación:  Aprobar     Aplazar     Denegar

Nombre: \_\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_    Fecha: \_\_\_\_\_

**7. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME**

Anexo 1. Solicitudes de Acción Correctiva ( F0104-0002-05)

Anexo 2. Plan de acción presentado por la Empresa ( si no utilizó F0104-0002-05)

F0104-0002-07-50C

Figura 71. Certificados del sistema de gestión de la calidad



## 7. CONCLUSIONES

A raíz del compromiso de la dirección, que se evidenció con la asignación de recursos y la participación activa y comprometida de los empleados quienes asistieron a cada uno de los talleres y dieron respuesta adecuada a las evaluaciones desarrolladas y a las preauditorias ejecutadas se puede hablar en la clínica de un sistema de gestión de calidad implementado y certificado, estos son los dos pilares centrales que han permitido el éxito de este proyecto

El diseño del mapa de procesos permitió enfocar a la Clínica Santa Teresa S.A. desde otro punto de vista (basado en los procesos) lo cual abrió la puerta para caracterizar cada uno de los mismos, detectando y solucionando las no conformidades de manera más precisa

En la Clínica Santa Teresa S.A. las actividades de sensibilización aclararon dudas sobre el sistema y la norma NTC ISO 9001:2000 logrando de parte de los participantes una actitud positiva y comprometida con el sistema de gestión de calidad y el cliente, dando inicio a la adopción de una cultura de calidad, y cambiando la imagen que se tenía sobre el impedimento de aplicar esta normatividad a empresas de servicios de salud.

En la clínica Santa Teresa S.A. el recurso humano fue clave, pero es necesario destacar el efecto que tuvo la inclusión notable del cuerpo médico que tomó fuerza al cambiar su tipo de contratación que estaba por cooperativa y contratado posteriormente como personal directo, esto generó un incentivo y compromiso frente al sistema y ante la institución misma.

Un enfoque que vale la pena tener en cuenta, cuando se acuerdan las disposiciones a través de las cuales se dará cumplimiento a los requisitos de la norma, es interpretar dichos requisitos bajo una perspectiva de auditoría interna, es decir, identificando cuál sería la evidencia objetiva que esperaría obtener el auditor (observación, registros, equipo en funcionamiento, condiciones de almacenamiento, condiciones de prestación del servicio, entre otros) y mediante la cual se daría cumplimiento a cada requisito de la forma más sencilla. Esto como estrategia válida sin perder el horizonte que más allá de un certificado de calidad la importancia está la culturización y mejoramiento del sistema.

La implementación del sistema de gestión de la calidad sirvió como herramienta para analizar y verificar el cumplimiento de los requisitos legales que aplican a la clínica como institución prestadora de servicios de salud, generando retroalimentación, mantenimiento y mejoramiento primordialmente en aspectos estructurales.

El incremento de la demanda inducida y el aumento en el ingreso de usuarios a los programas de promoción y prevención son consecuencia de normalización de los procesos, la capacitación del personal y definición de políticas claras referente a los mismos.

La Clínica Santa Teresa S.A. debe seguir enfrentando los problemas que presenta actualmente el sector salud, el sistema de gestión de calidad le permitirá mostrarse como una entidad diferente a las demás; no debe aceptarse que dicho sistema se vea afectado de manera importante por factores externos que influyan de forma negativa en la atención al usuario.

El esfuerzo del autor se ve recompensado con la aceptación, puesta en marcha y certificación de sus propuestas; de este modo se esperan que los resultados se vean reflejados en la satisfacción de los usuarios.

La práctica empresarial utilizada para realizar un proyecto de grado permitió contrastar los aspectos teóricos con la realidad en una empresa, convirtiéndose en una experiencia enriquecedora a nivel profesional otorgando un valor agregado por ser éste un proyecto enfocado al tema de calidad y desarrollado en una entidad de salud, en la cual la ingeniería industrial se está empezando a abrir caminos ya que son pocos los que tienen la oportunidad de desempeñarse en esta área de servicios de salud.

## 8. RECOMENDACIONES

El establecimiento de un sistema de gestión de calidad es sólo el inicio de un largo y difícil camino, se recomienda que exista un liderazgo participativo que fluya desde los dueños de procesos hasta los empleados generando con el tiempo una cultura de calidad logrando así que el sistema se mantenga y autorregule permitiendo su mejora continua.

Teniendo en cuenta que uno de los principios de calidad es la relación mutuamente beneficiosa con el proveedor, la clínica Santa Teresa S.A. debe asumir una actitud de negociación profunda con sus proveedores principales, en busca del establecimiento de convenios que beneficien a ambas partes y permitan explorar nuevas opciones de compra.

El personal de la Clínica Santa Teresa S.A. debe asumir una actitud de compromiso con el sistema de gestión de calidad. Para ello, es importante seguir desarrollando su sensibilización, teniendo en cuenta las características de la cultura laboral con el fin de asegurar la aceptación del mensaje, pero buscando a la vez un cambio positivo en el mismo.

Es importante que la institución ejecute actividades lúdicas para los empleados, e incrementar su sentido de pertenencia vinculándolos de forma participativa en los nuevos proyectos que se desarrollen y poder obtener como resultado un mejor clima laboral.

Se deben considerar modificaciones al modelo de historia clínica implementado, teniendo en cuenta las directrices de la resolución 2546 del año 1998 y las características particulares que pueden diferenciar el servicio de consulta externa versus el servicio de hospitalización.

Se recomienda ampliar el alcance del sistema de gestión de calidad para incluir los servicios de la institución como son la unidad de cuidados intensivos, urgencias, hospitalización y cirugía, esto permitirá una cultura de calidad en toda la organización y dará soporte al proceso de acreditación en salud.

Se recomienda contemplar la posibilidad de sistematizar el control de documentos y el control de los registros para poder realizar seguimiento sobre las copias emitidas, los documentos externos y la estructura documental de cada uno de los procesos.

Es importante que la Clínica Santa Teresa continúe con la implementación y las auditorías internas del sistema de gestión de calidad diseñado y estructurado documentalmente por el autor del presente proyecto como fase inicial para conseguir la certificación del servicio de consulta externa; y que con el tiempo pueda ampliar el alcance del sistema a los demás servicios de la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Guía para las pequeñas empresas. Bogotá: ICONTEC. 2000. 172 p. (NTC ISO 9001).

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Bogotá: ICONTEC 2000 (NTC-ISO 9000).

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. Bogotá: ICONTEC., 2000 NTC-ISO 9001.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Guía para la Auditoria Interna de Sistemas de la Calidad. Bogotá: ICONTEC. (NTC-ISO.10011).

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Directrices para Auditorias de Sistemas de Calidad. Auditorias. Bogotá: ICONTEC., 1994 (NTC-ISO.10011-1).

MENDEZ, Carlos. Metodología diseño y desarrollo del proceso de investigación. Bogotá: Mc Graw Hill, 2001.

AMERICAN NATIONAL STANDARDS INSTITUTE - ANSI. Accreditation board. <http://www.ansi.org>.

BUREAU VERITAS QUALITY INTERNATIONAL. <http://www.bvqi.com>.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION.  
<http://www.icontec.org.co>.

INTERNATIONAL ACCREDITATION FORUS. <http://www.iaf.nu>.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DE SURVEILLANCE. <http://www.sgs.com.co>.

THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK. <http://www.iqnet-certification.com>.

UNITED KINGDOM ACCREDITATION SERVICE. UKAS. <http://www.ukas.com>.