

**DISEÑO Y PROPUESTA DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**

**MARIBEL ROCIO PINTO DUEÑAS
LIZ ELIANA SILVA PEREZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD
BUCARAMANGA
2004**

**DISEÑO Y PROPUESTA DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**

**MARIBEL ROCIO PINTO DUEÑAS
LIZ ELIANA SILVA PEREZ**

**Trabajo de Grado para optar el título de Especialistas en
Administración de Servicios de Salud**

**Director:
ALVARO CARDOZO
Ingeniero Industrial
Especialista en Calidad**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD
BUCARAMANGA
2004**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas las bendiciones recibidas en nuestras vidas.

A nuestras familias por su apoyo y estímulo para culminar este proyecto.

A Alvaro Cardozo, Director de la tesis por sus valiosos aportes y sugerencias que permitieron la realización del presente proyecto.

A la todos los directivos y profesores de la Especialización en Administración de Servicios de Salud por su enseñanzas y contribución a nuestro crecimiento profesional y personal.

A Ernesto Vera Rueda, Gerente de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, por facilitarnos información para el desarrollo del presente trabajo.

A Olga Sofía Ardila, Jefe del Servicio de Urgencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, por su valiosa información.

A todos los funcionarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca que participaron y facilitaron la información para el presenta trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
4. MARCO TEORICO	9
4.1 MARCO CONCEPTUAL	9
4.1.1 Evolución Histórica de la Calidad en Salud	9
4.1.2 Conceptualización de la Calidad en Salud	11
4.1.3 Sistemas de Gestión de Calidad	16
4.1.4 Gestión de Procesos	20
4.2 MARCO LEGAL	25
4.3 MARCO INSTITUCIONAL	30
4.3.1 Reseña Histórica	30
4.3.2 Descripción del Servicio de Urgencias	31
5.DISEÑO METODOLOGICO	33
5.1 TIPO DE ESTUDIO	33
5.2 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	33
5.3 METODOLOGIA DE TRABAJO	33
6. SITUACIÓN ACTUAL	35
6.1 RESULTADOS DIAGNOSTICOS	35
7. SITUACIÓN PROPUESTA	43
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROPUESTA	43

	Pág.
7.2 NORMATIVIDAD APLICABLE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	44
7.3 VALIDACIÓN DE ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	46
7.3.1 Criterios de Validación	46
7.3.1.1 Misión	48
7.3.1.2 Visión	48
7.3.1.3 Valores	48
7.3.1.4 Política de calidad	49
7.3.1.5 Objetivos Institucionales	49
7.3.1.6 Objetivos del Servicio de Urgencias	50
7.4 ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	51
7.5 MAPAS DE PROCESOS	53
7.5.1 Mapa de Procesos ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	53
7.5.2 Mapa de Procesos del Servicio de Urgencias	54
7.6 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	57
7.6.1 Caracterización de Procesos de Dirección	58
7.6.2 Caracterización de Procesos de Producción Hospitalaria	58
7.6.3 Caracterización de Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	59
7.6.4 Caracterización de Procesos de Soporte Administrativo y Logístico	59
7.7 PROCEDIMIENTOS CRÍTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	77

	Pág.
7.7.1 Identificación del Ingreso de Usuarios al Servicio de Urgencias	77
7.7.2 Identificación del Egreso de Usuarios del Servicio de Urgencias	78
8. CONCLUSIONES	92
9. RECOMENDACIONES	94
10. BIBLIOGRAFÍA	100

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Criterios de validación de elementos estratégicos	47
Cuadro 2. Caracterización de los procesos de dirección en el servicio de urgencias	60
Cuadro 3. Caracterización de los procesos de producción hospitalaria en el servicio de urgencias	62
Cuadro 4. Caracterización de los procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico en el servicio de urgencias	66
Cuadro 5. Caracterización de los procesos de soporte administrativo y logístico	70
Cuadro 6. Identificación del procedimiento ingresos de usuario al servicio de urgencias	79
Cuadro 7. Descripción del ingreso de usuario no crítico al servicio de urgencias	80
Cuadro 8. Descripción del ingreso de usuario crítico al servicio de urgencias	82
Cuadro 9. Identificación del procedimiento egreso del usuario del servicio de urgencias.	84
Cuadro 10. Descripción del egresos del usuario por alta médica	86
Cuadro 11. Descripción del egreso del usuario por remisión	88
Cuadro 12. Descripción del egresos de usuario por traslado a hospitalización	90
Cuadro 13. Plan de Acción para Orientar Inicio de la Propuesta	97

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad	20
Figura 2. Componentes del proceso	21
Figura 3. Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad	51
Figura 4. Mapa de procesos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	55
Figura 5. Mapa de procesos del Servicio de Urgencias	56
Figura 6. Flujograma de procedimiento ingresos del paciente no crítico al servicio de urgencias	82
Figura 7. Flujograma de procedimiento ingreso del paciente crítico al servicio de urgencias	83
Figura 8. Flujograma de procedimiento egreso de usuario por alta médica	87
Figura 9. Flujograma de procedimiento egreso de paciente por remisión	89
Figura 10. Flujograma de procedimiento egreso de usuario por traslado a hospitalización	91

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de diagnóstico utilizado en el servicio de urgencias	103
Anexo B. Elementos Estratégicos Anteriores a la Validación	124

GLOSARIO

ARS: Aseguradora de Régimen Subsidiado

CALIDAD: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos.

CLIENTE: Organización o persona que recibe un producto

CRU: Centro Regulador de Urgencias

DOCUMENTO: Información y su medio de soporte

EKG: Electrocardiograma.

ENTRADA: Se refiere a los elementos necesarios para la realización del proceso.

EPS: Entidad Prestadora de Servicios de Salud

EPICRISIS: Documento en el cual se registra el resumen de historia clínica de ingreso, tratamiento aplicado, evolución y condición del paciente a la salida del servicio.

ESE: Empresa Social del Estado

GESTION: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

ISO: Organización Internacional de Normalización

ORGANIZACIÓN: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

PROCEDIMIENTO: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso

PROCESO: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PRODUCTO: Se define como resultado de un Proceso.

PROVEEDOR: Organización o persona que proporciona un producto.

REGISTRO: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas
REMISION: Documento en el cual se registra el resumen de historia clínica del paciente que se envía a otra institución.

REQUISITO: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

RIPS: Registro Individual de Procedimientos

SALIDA: Producto o servicio que se entrega o genera del proceso.

SATISFACCION DEL CLIENTE: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

SISTEMA: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TRIAGE: Clasificación del grado de urgencia del usuario

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

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

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

TITULO: DISEÑO Y PROPUESTA DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA *

AUTORES: Maribel Rocío Pinto Dueñas, Liz Eliana Silva Pérez **

PALABRAS CLAVES: Norma ISO 9001:2000, Calidad, Sistema de Gestión de Calidad, Elementos estratégicos, Procesos, Procedimientos.

CONTENIDO: El trabajo, describe y desarrolla un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2000, para el servicio de urgencias del Hospital de Floridablanca. Se realizó atendiendo los requerimientos legales del decreto 2309 de 2002 que reglamenta el sistema de garantía de calidad de la atención en salud, obligatorio para todas las entidades del sector y también lo dispuesto en la Ley 872 de diciembre 30 de 2003. El objetivo general es diseñar y proponer un SGC en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que garantice un servicio de salud efectivo con alto sentido humano.

El SGC, ayuda a las organizaciones a aumentar la satisfacción del cliente, proporciona el marco de referencia para la mejora continua y “es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas”. Utiliza un enfoque basado en procesos, que se constituye en una forma de articular el conjunto de actividades repetitivas con las que trabaja una organización, para mejorar la calidad. El diseño metodológico es de tipo descriptivo, tomando la población objeto el servicio de urgencias, utilizando encuestas, entrevistas y observación directa. Como resultado, se describe la situación actual del servicio de urgencias, según los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000.

La situación propuesta, es el diseño y la elaboración de la siguiente documentación: Normatividad legal que debe ser cumplida por las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud(IPS) públicas para el desarrollo de SGC en salud; Validación de elementos estratégicos, diseño de una política y objetivos de calidad que sirvan como marco de referencia para el desarrollo de la gestión; estructura documental que defina el contenido y características del sistema de gestión de calidad; mapas de procesos del hospital y del servicio de urgencias, que ilustren su interacción y secuencia; caracterización de procesos del servicio de urgencias; descripción de los procedimientos críticos del servicio de urgencias; entrega a la institución de un documento que contemple la información detallada en este trabajo. Finalmente, se plantea como recomendación principal a la institución, la elaboración de un plan de acción para la implementación del SGC.

* Tesis

** Facultad de Salud, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director Ingeniero Alvaro Cardozo

TITLE: DESIGN AND OFFER OF A SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT IN THE SERVICE OF URGENCIES OF THE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS OF FLORIDABLANCA *

AUTHORS: Maribel Rocío Pinto Dueñas, Liz Eliana Silva Perez **

KEY WORDS: Norm ISO 9001:2000, Quality, System of quality management, strategic elements, Processes, Procedures.

CONTENT: The work, it describes and develops a System of Quality Management (SQM) based on the Norm ISO 9001:2000, for the service of urgencies of Floridablanca's hospital. It was realized attending to the legal requirements of the decree 2309 of 2002 that regulates the system of quality guarantee of the attention in health, obligatorily for all the entities of the sector and also arranged in the Law 872 of December 30 of 2003. The general aim is to design and to propose a SQM in the Service of Urgencies of the Hospital San Juan de Dios of Floridablanca, which guarantees an effective service of health with felt human high place.

The SQM, it helps to the organizations to increase the satisfaction of the client, provides the frame of reference for the constant and improvement " it is that part of the system of management of the organization focused in the achievement of results, in relation with the qualities aims, to satisfy the needs, expectations and requirements of the interested parts ". An approach based uses in processes, which are constituted in a way of articulating the set of activities continues with that an organization works, to improve the quality. The methodological design is of descriptive type, taking the population objective: the service of urgencies, using surveys, interviews and direct observation. As result, there is described the current situation of the service of urgencies, according to the requirements demanded by the norm ISO 9001:2000.

The proposed situation, it is the design and the production of the following documentation: legal norms that must be expired for the public IPS for SQM's development in health; Validation of strategic elements, design of a politics and qualities aims that serve as frame of reference for the development of the management; documentary structure that defines the content and characteristics of the system of quality management; processes maps of the hospital and of the service of urgencies, which illustrate its interaction and sequence; process characterization of the service of urgencies; description of the critical procedures of the service of urgencies; it delivers to the institution of a document that contemplates the information detailed in this work. Finally, it appears as principal recommendation to the institution, the production of a plan of action for the implementation of the SQM.

* Thesis

** Faculty of Health, Specialization in Administration of Services of Health. The director Engineer Alvaro Cardozo

INTRODUCCIÓN

La última década fue testigo de grandes y profundos cambios para el sector salud, los cuales propiciaron el nacimiento y transformación de nuevas empresas dedicadas a prestar y administrar servicios; esto condujo a modificar los paradigmas administrativos con los que hasta ese momento se trabajaba y dio paso a la implementación de estrategias que permitieran hacer una gestión empresarial que respondiera a las necesidades específicas del contexto nacional.

Es evidente que las instituciones dedicadas a prestar servicios de salud en el sector público (ESES), denominadas así por la Ley 100 de 1993, no pudieron sustraerse de dichos cambios, pasando de procesos de institucionalización a transformación y enfrentándose hoy a la modernización. Este desafío que impone el Sistema General de Seguridad Social, se traduce en la necesidad de incrementar la productividad, ampliar coberturas y prestar servicios con calidad.

Es claro que en la actualidad el mundo empresarial se rige por dos prioridades, eficiencia y calidad, las cuales constituyen una combinación necesaria para la buena gestión administrativa y resumen el reto para el sector salud en Colombia.

Para alcanzar la excelencia han surgido innumerables herramientas y métodos entre los cuales se encuentran las normas ISO 9000, que son un conjunto de normas internacionales y guías de calidad para establecer Sistemas de Gestión de Calidad en organizaciones de todo tipo.

La propuesta que se plantea en el presente trabajo es el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad teniendo en cuenta los requisitos contemplados en la norma ISO 9001:2000. Este trabajo involucra la planificación y parte del desarrollo del sistema para lograr un primer nivel de desempeño en el área de Urgencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

El proyecto partió del reconocimiento de los requisitos necesarios para la implementación del Sistema, y con base en la norma se realizaron actividades como: la validación de la plataforma estratégica como eje principal para el desarrollo organizacional, el diseño de una política y objetivos de calidad acorde a la realidad institucional y posteriormente la definición de una estructura para documentar el Sistema de gestión de Calidad, en la cual se diseñaron mapas de procesos para el servicio de urgencias y el hospital en general.

Teniendo ubicado el servicio de urgencias dentro de todo el sistema que conforma el hospital, fue necesario caracterizar los procesos y elaborar los procedimientos críticos, ya que estos constituyen la base de todas las actividades, por lo tanto de ellos depende la eficacia y eficiencia de dicho servicio. Cada una de las etapas fue desarrollada con la participación de los funcionarios responsables de cada proceso.

Finalmente, consideramos que este trabajo se convierte en un primer acercamiento para la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad en IPS públicas y se convierte en un marco de referencia para todos los servicios del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Municipio de Floridablanca, no se ha diseñado un Sistema de Gestión de la Calidad, que responda a los requerimientos legales establecidos en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2.002, la Ley 872 de diciembre 30 de 2003 y la norma ISO 9001:2000.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Ministerio de Protección Social a través de la creación del decreto 2309 de 2002, creó el sistema de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscando garantizar al usuario una atención en salud con calidad.

El Hospital San Juan de Dios de Floridablanca como empresa social del estado de I y II nivel, debe incorporar e implementar esta normatividad con la mayor brevedad posible, pues aún, cuando la Ley 872 de diciembre 30 de 2003 da un plazo de 4 años para la implementación de un sistema de Gestión de la Calidad, la normatividad del 2002 mencionada debería estar en aplicación plena, lo que constituye una de las principales debilidades, teniendo en cuenta que no se han diseñado mecanismos sistemáticos ni continuos que permitan cumplir con un proceso de mejoramiento planificado para la atención en salud.

El servicio de urgencias no está aislado de esta realidad, es un centro regulador de atención en salud, que constituye un área de referencia para

otros servicios del hospital. Por la complejidad de su atención y por ser una de las principales puertas de entrada para la prestación de otros servicios, requiere de una planificación adecuada y de herramientas que hagan posible medir, verificar y mejorar la calidad del servicio.

Este servicio posee falencias que ameritan la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad entre los cuales se encuentran: los procesos y procedimientos existentes no se han implementado, no se dispone de los mecanismos para medir su efectividad en la práctica y no se han implementado instrumentos para conocer las expectativas de los usuarios. La institución dentro de sus políticas de gestión, garantiza la atención oportuna del servicio, pero no existe la articulación con procesos de seguimiento y evaluación que aseguren la calidad de los servicios suministrados.

En concordancia con lo anterior, se hace necesario el diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad en el Hospital de Floridablanca, empezando como proyecto piloto con el servicio de urgencias, que dé respuesta a la legislación existente en el país en cuanto a seguridad social en salud y que su aplicación contribuya a lograr un impacto positivo en la salud de los usuarios del servicio, en la Institución misma y en la comunidad en general.

2. JUSTIFICACIÓN

En todos los ámbitos del comportamiento socioeconómico y político existen por lo menos dos prioridades, la eficiencia y la eficacia cumpliendo con todos los requisitos y especificaciones de calidad establecidos. El sector salud no ha sido ajeno a estos principios, una evidencia es la ley 100 de 1.993, la cual planteó en su artículo 153 como regla rectora, la prestación de servicios de salud con calidad; a partir de allí expide el gobierno la reglamentación que orienta una nueva filosofía en el sector para garantizar una atención oportuna, integral y humanizada, que tiene como eje principal del servicio: el usuario.

Todas las instituciones de salud sin importar su naturaleza y su tamaño, deben asegurar mayores niveles de calidad; sin embargo en el sector público este proceso ha sido lento en su diseño e implementación, motivo que hace urgente plantear cambios en la manera como se prestan los servicios de salud, con una clara conciencia de que no sólo se requiere otorgar más servicios y de una manera eficiente, sino con mayor calidad, los cuales deben estar orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, para garantizar en primer lugar su salud y por ende su lealtad con la institución y la supervivencia de la misma.

Los motivos principales que soportan el diseño de un sistema de gestión de la calidad en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca son :

Atender los requerimientos legales del decreto 2309 de 2002 que reglamenta el sistema de garantía de calidad de la atención en salud, obligatorio para todas las entidades del sector y también lo dispuesto en la Ley 872 de

diciembre 30 de 2003, por el cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, entre ellas las pertenecientes al Sistema de Seguridad Social.

Trabajar éticamente teniendo en cuenta el “deber ser” de la atención médica en el servicio, respetando la condición física, mental, social y económica de los usuarios.

Prestar atención a costos razonables y sostenibles que optimicen los beneficios y reduzcan los riesgos para el usuario y para la institución.

Trabajar con calidad constituye una estrategia económica, pues haciendo las cosas correctas se previenen y disminuyen fallas, se aumenta la rentabilidad, competitividad y por ende la permanencia en el mercado.

En este orden de ideas, es necesario que el hospital San Juan de Dios del Municipio de Floridablanca enfrente el reto de asegurar altos niveles de calidad, iniciando este proceso en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta la importancia que éste tiene en todo el engranaje funcional de la entidad hospitalaria; situación que sentará las bases para una mayor efectividad en la gestión institucional.

Con un sistema de gestión de calidad se benefician no solo los usuarios, sino los mismos funcionarios de la entidad, por la reducción de los riesgos propios del servicio y por el desarrollo profesional que brinda un trabajo organizado, y finalmente el hospital en general pues tendrá una posición privilegiada entre las instituciones de su mismo nivel.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar y proponer un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que garantice un atención en salud efectiva y con alto sentido humano, teniendo como base la norma de calidad ISO 9001:2000.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la normatividad legal y reglamentaria aplicable al sector de la salud, que corresponda ser tenida en cuenta para su cumplimiento por parte de la sección de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, incluyendo la norma de calidad ISO 9001:2000.
- Realizar un diagnóstico institucional con respecto a la cultura de la calidad, por medio de la aplicación de instrumentos y la observación directa de los procesos.
- Definir y/o validar los elementos estratégicos del Hospital (Misión, Visión, Valores, Política de Calidad, Objetivos de la Calidad), asegurando la coherencia de lo establecido para el servicio de urgencias con lo que a escala corporativa se haya definido para el Hospital.

- Definir una estructura para la documentación del sistema de gestión de calidad, que incluya los procesos del servicio, su secuencia e interacción y la caracterización de los procedimientos críticos, para asegurar la efectividad del servicio y el control de los mismos.

4. MARCO DE TEORICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Evolución Histórica de la Calidad en Salud

El movimiento de la calidad en los servicios de salud tiene sus raíces en las teorías industriales desarrolladas por los pioneros de la administración industrial, tales como: Edwards Deming, Joseph Juran, kaoru Ishikawa y Arman Fiegenbaum, los cuales transformaron el sector industrial del Japón en la década de los 50 aplicando métodos estadísticos para administrar los procesos de producción, haciendo de la satisfacción del cliente el enfoque de todas las operaciones y habilitando a los empleados mediante el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartidas. Desde entonces las teorías de calidad han sido adoptadas por diversos tipos de organizaciones entre ellas las dedicadas a prestar servicios de salud. ¹

La calidad en salud ha estado ligada a los códigos éticos del ejercicio de la medicina, es así como en los principios Hipocráticos puede constatarse que la esencia de la calidad fue buscar lo mejor para el paciente.

Con el nacimiento del concepto de “hospital” fue necesario buscar medios que permitieran asegurar la calidad. Los primeros datos relacionados con la calidad asistencial se deben a la enfermera británica Florence Nightingale, quien redujo las tasas de mortalidad en hospitales militares durante la Guerra de Crimea; posteriormente Codman desarrolló métodos para clasificar y medir la efectividad de las intervenciones quirúrgicas y Flexner evaluó los

¹ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Orígenes y Tendencias de la Calidad Total. www.gestiopolis.com

colegios médicos de Canadá y estados Unidos, estableciendo normas educativas en la enseñanza de la medicina.²

A partir de allí se definen los primeros estándares para las instituciones de salud, centrándose en la composición y calificación del personal médico, en la necesidad de contar con una historia clínica por paciente y en el análisis periódico de la práctica clínica.

Con estas evaluaciones se origina el proceso de acreditación hospitalaria en Norteamérica, desarrollado por la Comisión Conjunta Norteamericana para Acreditación de Hospitales (JACO) en 1950 y un año después en Canadá por el Consejo Canadiense de Acreditación Hospitalaria (CCA), estos organismos permiten la generalización de normas de acreditación mundial, definiendo parámetros de calidad.

Posteriormente, los sistemas de acreditación crecen y son una condición para obtener financiación, allí nacen nuevas metodologías para evaluar la práctica clínica como el “audit. Médico”, que permitió comparar la calidad entre instituciones.

En los años 70 se inicia la etapa de garantía o mejora de la calidad, implementándose programas de eficiencia involucrando la satisfacción de los pacientes atendidos y las modificaciones del estado de salud, en esta década se revisan y evalúan los resultados de la atención hospitalaria.

A finales de esta década se crean organizaciones tales como la “National Association of Quality Assurance Professionals” en Norteamérica y en Canadá la “Canadian Association of Quality Assurance Professional” creadas para controlar, asegurar y garantizar la calidad asistencial.

² ARANAZ ANDRES, Jesús. La Calidad en los Servicios Sanitarios. Una propuesta General para los Servicios Clínicos. <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

En la década de los 80 se incorporan paulatinamente los conceptos y métodos de gestión de la calidad de la industria, estructurándose programas de mejora de la calidad, metodologías del control estadístico en procesos y la incorporación de una cultura de calidad en la que tiene mucha importancia la necesidades del usuario, el liderazgo y la participación de los profesionales.

En esta misma década aparecen las normas ISO 9000 que incluyen los requisitos que debe cumplir un sistema de calidad, este proceso se inicia en Europa y poco a poco se extiende en el mundo y a todo tipo de organizaciones.³

En Colombia, hasta finales de los años 70 se realizan las primeras evaluaciones en salud por parte de ISS, estudiando historias clínicas, implementando comités de calidad y utilizando herramientas de auditoria. En 1983 se publica “Garantía de Calidad de los Servicios de Salud”, primer documento formal sobre los procesos de calidad en el país.⁴

Pero es con la promulgación de la ley 100 de 1993 que comienza un proceso coyuntural por involucrar el control de la calidad, relacionado con características como la oportunidad, continuidad, suficiencia, integralidad y humanización. De allí se crea la necesidad de desarrollar Sistemas que garanticen la Calidad en las organizaciones de salud.

4.1.2 Conceptualización de la Calidad en Salud

La calidad es un concepto que ha variado con los años, desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente. Para el sector de los servicios, el concepto de calidad va mucho más allá que el simple cumplimiento de ciertas

³ TORREGROSA, Rafael. Calidad, Concepto y Generalidades. www2.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/calidad_generalidades.PDF

⁴ ARDON, Nelson R. Sistemas para el Monitoreo de la Calidadde la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales Públicos de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá 2003. www.gerencia.salud.com

especificaciones, pues esto no asegura que el cliente esté satisfecho, es decir, sólo cuando se logra satisfacer las necesidades, expectativas y requerimientos del consumidor puede haber calidad, entonces será él quien establezca los parámetros a alcanzar; por ello la calidad debe concebirse como un proceso de mejora continua.

En el caso concreto de los servicios de atención médica, es importante tener en cuenta al conceptualizar la calidad, las diferencias que éstos poseen con las industrias de productos, pues la mayoría de los “clientes” carecen del conocimiento necesario para calificar la calidad técnica y el bienestar físico, incluyendo hasta la propia vida de la persona, dependen de la calidad de los servicios.

Con base en esta salvedad, muchos expertos se han preocupado por establecer de manera clara y precisa el concepto de calidad en salud, sin embargo la persona más reconocida a nivel mundial por sus contribuciones en el tema ha sido el Dr. Avedís Donabedian, quien define la calidad en salud como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes”. (Donabedian, A. 1980)

Calidad de la atención en salud “es el conjunto de características administrativas, técnicas, científicas, humanas y de servicio que deben tener los servicios de salud para alcanzar efectos deseados en términos de satisfacción de las necesidades y las expectativas del usuario(cliente) y de los proveedores (prestadores)”.⁵

Para Enrique Ruelas (1992) la calidad es un conjunto de estrategias dirigidas a disminuir de manera permanente, la brecha existente entre las condiciones

⁵ BUSTOS, Alvaro. Módulo de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud. UIS. 2003. Pág. 8

actuales y las condiciones deseables, bajo las cuales se otorga la atención, de manera tal que se asegure al paciente obtener los mayores beneficios con los menores riesgos para la salud.

De acuerdo con estas definiciones, la calidad no es un concepto absoluto, sino relativo, donde los beneficios y los riesgos son establecidos por medio de estándares de beneficios factibles y riesgos prevenibles, que permitan medir los niveles de calidad en situaciones específicas; así la calidad resulta de un juicio comparativo, donde la satisfacción del usuario no es suficiente para definir el concepto, como sucede con la calidad de un producto.

En el concepto de calidad se distinguen dos componentes íntimamente relacionadas a las que Donabedian denomina: la atención técnica y la relación interpersonal. La primera hace referencia a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente, la segunda alude a la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente, dentro de esta segunda dimensión puede incluirse una posible tercera denominada comodidades, refiriéndose a las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio.

De allí, se deriva la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías o enfoques: Estructura, proceso y resultado. Por estructura se entiende todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, las instalaciones, los materiales, también consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, es decir, la estructura es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza.

El proceso se refiere al trabajo propiamente dicho, cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente. Finalmente, el resultado es el producto de la atención⁶.

Por otra parte, los expertos en calidad reconocen varias dimensiones que proporcionan un marco útil al equipo de salud, para analizar y definir sus problemas de calidad⁷. Entre las cuales están:

COMPETENCIA PROFESIONAL: Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones del equipo médico, personal administrativo y de apoyo. Está relacionada con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio profesional y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad, pertinente para los servicios clínicos y no clínicos. Comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento así como la capacidad de brindar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación interpersonal con el paciente. En esta dimensión se involucra la atención humanizada y personalizada.

ACCESIBILIDAD: Implica la eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de salud. Comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

EFICACIA : Hace referencia al logro de objetivos, es decir que la atención se traduzca en beneficio real para el usuario.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Referida a la relación entre proveedores y usuarios, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones

⁶ DONABEDIAN, Avedis. Calidad de la Atención en Salud. Vol 3 Números 1 y 2. Junio de 1.996

⁷ DIPRETI, Lori y otros. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. Segunda Edición. USAID. Bethesda (Maryland).

interpersonales contribuyen a la eficacia de los servicios prestados al usuario, dichas relaciones producen confianza y credibilidad, respeto, confidencialidad, cortesía, comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también otro aspecto importante en la relación usuario – profesional.

EFICIENCIA: Los servicios eficientes son los que proporcionan atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir , suministrar el mayor beneficio al usuario con los recursos disponibles. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultados de normas poco efectivas se minimice o elimine.

CONTINUIDAD: Los servicios deben ofrecerse en forma constante, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Además el usuario debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica para poder remitirlo oportunamente a servicios especializados cuando corresponda. La carencia de esta dimensión compromete la eficacia, eficiencia y reduce la satisfacción del usuario.

SEGURIDAD: Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que puedan relacionarse con la prestación de servicios de salud tanto para el usuario como para los proveedores del servicio.

COMODIDADES: Características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero acrecientan la satisfacción del usuario y su deseo de volver a la institución a recibir atención médica en un futuro. Pueden influir en las expectativas que tiene el paciente

y la confianza con relación a otros aspectos del servicio. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico, los materiales, el personal, así como la limpieza y privacidad.

Además de lo anterior y desde otra perspectiva se consideran otras dimensiones o atributos que se deben tener en cuenta en el estudio de la calidad, tales como:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Hace referencia a que el usuario cumpla con las indicaciones terapéuticas y asista a las citas programadas. El costo razonable de los servicios , la satisfacción del proveedor.

COSTO RAZONABLE: Los servicios cuesten exactamente lo que deben costar ni más ni menos.

RACIONALIDAD TÉCNICO CIENTÍFICA: Se relaciona con el hecho de que los análisis clínicos y las conductas derivadas de esos análisis se ajusten al conocimiento universal.

OPORTUNIDAD: Prestar Los servicios de salud en el momento indicado.

4.1.3 Sistemas de Gestión de Calidad

Existen numerosas metodologías que permiten mejorar las formas de gestionar y obtener resultados positivos en las instituciones; algunas son aplicables a cierto tipo de organizaciones y otras son universales. Entre estas últimas, se encuentra la familia de normas de calidad ISO 9000:2000. Dichas normas se elaboraron para asistir a todo tipo de organizaciones en la implementación y operación de Sistemas de Gestión de Calidad efectivos.

El término ISO son las siglas de la Organización Internacional para la Estandarización con sede en Ginebra – Suiza, fundada en 1947 con el propósito de la estandarización avanzada alrededor del mundo, esta organización está compuesta por 130 países miembros. Cada país está representado por su respectivo organismo de normalización y participan en el desarrollo de estándares para facilitar el comercio e intercambio de bienes o servicios en el mercado mundial, cubriendo actividades económicas y áreas de tecnología y ciencia.

La serie de estándares ISO 9000 representan los requerimientos esenciales que cualquier empresa necesita para asegurar una consistencia en la producción y entrega a tiempo de sus bienes y servicios al mercado. Esta serie provee beneficios a organizaciones de cualquier tipo publica o privada y tamaño, sin tener que dictar el “cómo” la compañía debe ser conducida. El sistema describe que requerimientos deben ser cumplidos y no el “cómo” van a ser cumplidos.

Según la norma un Sistema de Gestión de Calidad “es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas”.⁸

▪ **Principios de Gestión de Calidad**

Se han identificado ocho principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir la organización hacia una mejora en el desempeño. Estos principios constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de calidad de la familia ISO 9000.

⁸ ICONTEC. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Bogotá 2000

1. Enfoque al cliente: comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder las expectativas de los mismos
2. Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización.
3. Participación del personal: el personal a todos los niveles es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza eficientemente cuando sus actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de los objetivos
6. Mejora continua: la mejora continua del desempeño global debería ser un objetivo permanente.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: que aumenta la capacidad de ambos (proveedor – organización) para crear valor

▪ **Enfoque de Sistemas de Gestión de la Calidad**

Un enfoque para desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad comprende las siguientes etapas:

1. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.
2. Establecer política y objetivos de calidad

3. Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.
4. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de calidad.
5. Establecer y aplicar los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
6. Establecer y aplicar un procesos de mejora continua del sistema de gestión de calidad

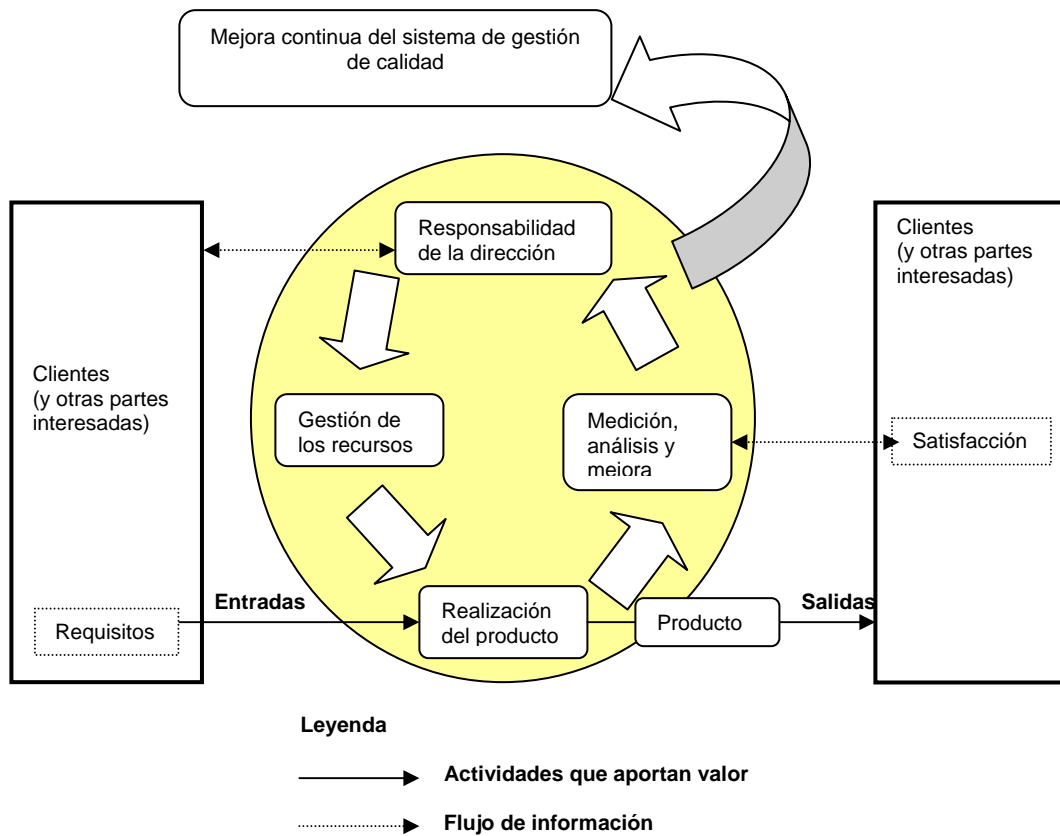
- **Enfoque Basado en Procesos**

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar los procesos interrelacionados y que interactúan, la identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular, las interacciones entre tales procesos, se conoce como “enfoque basado en procesos”.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como su combinación e interacción.

La figura 1 ilustra el sistema de gestión de la calidad basado en procesos descrito en las normas ISO 9000. Esta ilustración muestra que las partes interesadas juegan un papel significativo para proporcionar elementos de entrada a la organización. El seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas.

Figura 1 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



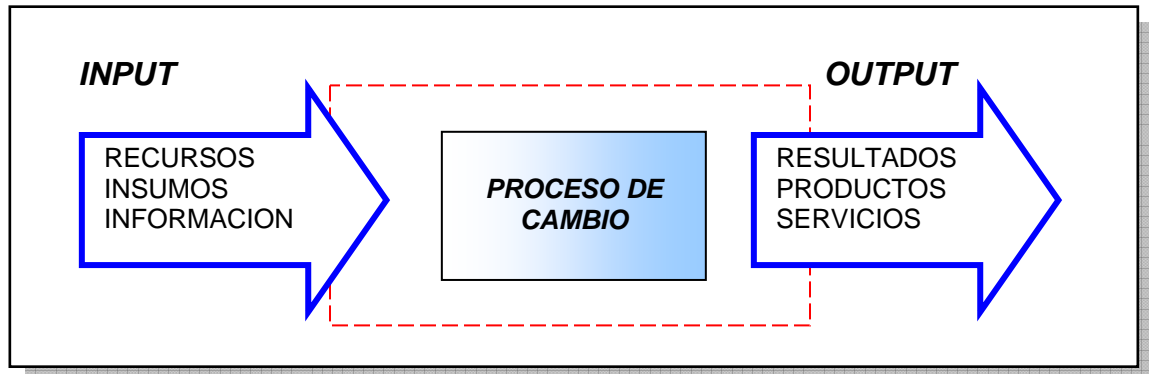
Nota: Las indicaciones entre paréntesis no son aplicadas a la norma ISO 9001

4.1.4 Gestión de Procesos

Todo el trabajo productivo de una organización es realizado por medio de procesos, que se constituye en una forma de articular el conjunto de actividades repetitivas con las que trabaja una organización, para mejorar la calidad.

Una actividad que utiliza recursos y que se gestiona para permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede constituir como un proceso. A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso.

Figura 2. Componentes del proceso



La entrada o INPUT es el conjunto de información y elementos que llegan a un proceso con lo cual se impulsa una actividad. La salida o output es el conjunto de información y elementos que salen de un proceso generados por una actividad. Una actividad es un conjunto de tareas que transforman un INPUT en un OUTPUT. Por lo cual, no existe un producto o servicio sin que exista un proceso, igualmente no hay proceso sin producto o servicio.

Por otra parte, los términos procesos y procedimientos son utilizados en forma análoga, pero existen diferencias que deben ser tenidas en cuenta al utilizar un enfoque basado en procesos.

El procedimiento es un acto, método o manera de proceder en algunos procesos o en cierto curso de acción, es la manera de hacer algo o la descripción estandarizada y en mayor detalle de una actividad u operación.

En conclusión, los procesos son el conjunto de actividades relacionados entre sí, donde se transforman unos recursos para obtener un producto o servicio y los procedimientos constituyen la guía para la ejecución permanente de estas actividades.

▪ **Representación Gráfica de los Procesos**

Un flujograma es un método para describir gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares. Permite conocer y comprender los procesos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprometidas.

Las ventajas del uso de flujogramas son las siguientes:

- Facilidad para ejecutar los trabajos
- Describe los pasos del procesos
- Impide las improvisaciones
- Permite visualizar todos los procesos
- Identifica las debilidades y fortalezas del proceso
- Permite un equilibrio de las cargas laborales
- Genera un sentido de responsabilidad
- Establece los límites del proceso
- Plantea la diferencia de lo que se hace y el deber ser
- Genera calidad y productividad

Los diagramas de flujo utilizan símbolos estandarizados que han sido propuestos por la ANSI (American National Standards Institute), los principales son⁹:

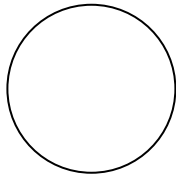
⁹ MEJIA, Braulio. Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Cuarta Edición. ECOE Ediciones. 2003. Pág. 46



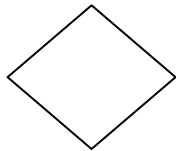
Límites: indica el principio y el fin del proceso



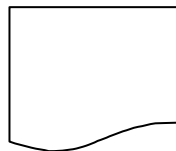
Acción: representa una actividad, en el interior se describe la actividad.



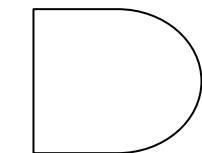
Inspección: indica que el proceso se ha detenido. Involucra una inspección por alguien diferente a quien desarrolla la actividad, requiere una firma de aprobación



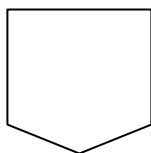
Decisión: Plantea la posibilidad de elegir una alternativa para continuar en una u otra vía



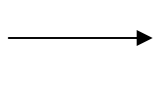
Documento: significa que se requiere una documentación para desarrollar el proceso




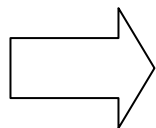
Espera: se utiliza para indicar espera antes de una actividad

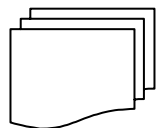


Corrector: se utiliza para efectuar un enlace de una página a otra donde se continúa el flujograma

 Sentido de flujo: la flecha indica la dirección del flujo, puede ser horizontal, ascendente o descendente

 Transmisión: se utiliza para mostrar transmisión de los datos por vía telefónica o fax

 Transporte: significa movimiento del OUTPUT

 Multidocumento: genera copias de los documentos

4.2 MARCO LEGAL

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, son organismos encargados de brindar atención en salud que cumpla con los mayores estándares de calidad logrando así su principal objetivo: la satisfacción del cliente. Como lo reglamenta la ley 100 de 1993 en el artículo 185 ...”las instituciones prestadora de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia,...”

Para garantizar la prestación del servicio con calidad, el sistema de seguridad social en salud, ha creado las normas que permiten cumplir con este objetivo. Es por ello que desde la creación de dicha ley, se fundamentó la calidad como una regla del sistema en su artículo 153 numeral 9, **Calidad:** “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.”

De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia y control. El Ministerio de Salud, como ente de control, a través del decreto 2309 de 15 de octubre de 2002, creo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, aplicable a todos los prestadores de servicios de salud, además EPS, ARS, MP y Direcciones Territoriales de salud; el cual es el conjunto de instituciones, normas requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país; en su artículo 4 define “la calidad de la atención en salud se entenderá como la provisión de

servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Artículo 5)

Además, de los principios consagrados por la ley 100, este sistema cuenta con características propias previstas en el artículo 6, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, así:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Este decreto, define sus componentes y las características para cada uno: el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación, y el sistema de información para la calidad.

Así mismo, todos los entes prestadores de servicios de salud, deberán garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, como lo define el artículo 36 de la misma ley, donde se definen los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el cual implica: “la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos (Reglamentado además en los artículos 227 y 232 de la ley 100 de 1993).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos (artículo 39 numeral decreto 2309).

En las IPS las Auditorias de Calidad deben enfocarse como mínimo en procesos de Auto-evaluación de eventos identificados como prioritarios, con base en el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el Artículo 6 del Decreto 2309/02, como también de la satisfacción de los usuarios, con relación a los servicios ofrecidos. (Artículo 42)

La operación del Sistema de Habilitación de IPS fue reglamentada mediante la resolución 001439 del 1 de noviembre del 2002, con la cual se adoptan los formularios de inscripción y novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, se establecen los manuales de estándares y de procedimientos, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.

Así mismo, a través de la resolución 1474 de 2002 se reglamenta el manual de estándares del sistema único de acreditación, los cuales se deberán revisar por lo menos cada tres (3) años, y ajustarse por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Esta resolución define garantía de calidad como “el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad”

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

Además, reglamenta no solo lograr la calidad, sino mantenerla a través del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y atención centrada en el cliente. El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/ usuarios y sus familias.

Los estándares incluyen la aplicación al Proceso de Atención a los Usuarios y Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales; es de resaltar la importancia del apoyo directivo en el logro del cumplimiento de la calidad.

Recientemente, se expidió la ley 872 de diciembre 30 de 2003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades de prestadoras de servicios, el cual en el artículo 1 define el Sistema de Gestión de la Calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

El Sistema de Gestión de la Calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente. Dentro de los agente obligados, se encuentran las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993.

4.3 MARCO INSTITUCIONAL

4.3.1 Reseña Histórica

El Hospital San Juan de Dios del Municipio de Floridablanca, se encuentra localizado sobre la vía principal que de Floridablanca conduce a Bucaramanga por la carretera antigua, en la Carrera 8 Numero 3-30.

Desde 1917 había funcionado como una casa de salud exclusiva para ancianos que se mantenía por la caridad de los habitantes del Municipio. En 1963 el Dr. Alejandro Villalobos visitaba esta casa para prestar los servicios de consulta externa para el municipio.

Con el paso del tiempo, la comunidad exigía una mejor atención y lugares más cómodos para la prestación del servicio de salud, por lo tanto fueron haciendo donaciones de terrenos aledaños; gracias a ello se amplió la construcción y se realizó la reforma de la parte antigua del Hospital, esto sucedió en el año de 1964. Al darse la ampliación de la construcción, esta institución pasó a ser Centro de Salud contando con 9 camas y servicio de un médico rural para atender urgencias y partos.

En 1985, la Beneficencia de Santander, hace una donación de 65 millones de pesos, presupuesto con el cual se construye la parte de la planta física actual del Hospital utilizando también el terreno donado por el Dr. Eduardo Rueda Clausen.

Hasta ese momento el Hospital era de carácter local, privado y sin personería jurídica. Se declaró entonces su naturaleza jurídica indefinida hasta el año de 1993, en donde pasa a ser de naturaleza oficial, a recibir aportes por el situado fiscal y a contar con el apoyo del Servicio de Salud.

Con la ley 100 de 1993 el hospital se convierte en una empresa social del estado (ESE) mediante decreto 0099 del 14 de agosto de 1995 dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la secretaria de salud departamental.

Gracias a las donaciones de terrenos y a las ampliaciones en su infraestructura se cuentan con otros servicios como son: Hospitalización, lavandería, consulta externa, cocina, laboratorio clínico, urgencias, rayos X, consultas especializadas y actualmente está en funcionamiento una sala de cirugía.

4.3.2 Descripción del Servicio de Urgencias

El servicio de urgencias es el área donde se presta atención inmediata y oportuna a usuarios en estado de salud crítica, con el objetivo de atender en forma integral y evitar complicaciones en su condición, mediante el uso de recursos técnicos, físicos y humanos que garanticen la efectividad de la atención.

- **Características del servicio**

Evaluación inmediata del paciente por el médico de turno.

Tratamiento adecuado e inmediato.

Observación, cuidados y atención de enfermería.

Terapia Física y Respiratoria 12 horas

Interconsulta especializada 24 Horas de Lunes a Viernes.

Servicio de ambulancia

- **Características del Cliente**

Toda persona que solicite el servicio.

- **Recurso Humano**

Médico general : 2 Médicos por turno 24 horas

Médicos especialistas en las áreas de ginecología, cirugía, medicina interna y pediatría.

Enfermera

Auxiliares de enfermería

Bacterióloga

Radiólogo

Auxiliar de Bacteriología

Técnico de Rayos x

Profesionales de apoyo: Nutricionista ,Trabajadora Social y Fisioterapeuta.

- **Recurso Físico**

Salas de observación (3), para niños, Mujeres, Hombres.

Salas de pequeña cirugía (1)

Consultorios (2)

Laboratorio clínico (1)

Equipos médicos de reanimación

- **Horario de Servicio**

24 horas al día

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto utiliza una investigación descriptiva donde se analizan y describen las características propias de un Sistema de gestión de Calidad de acuerdo a la requisitos consagrados en la norma ISO 9001: 2000.

5.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

El proyecto desarrollado tomó como población objeto de estudio el Servicio de Urgencias de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca que ofrece atención integral en salud de segundo nivel de complejidad.

5.3 METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología utilizada para recolectar y analizar la información necesaria en el desarrollo de esta propuesta fue la siguiente:

- Aplicación de Encuesta: Se diseñó un instrumento de diagnóstico teniendo como base los requisitos determinados en la norma ISO 9001:2000, con el fin de determinar el estado actual del servicio de urgencias con respecto a una cultura de la calidad. (Anexo A)

El instrumento fue aplicado en las áreas administrativas, logísticas y asistenciales del servicio de urgencias, teniendo en cuenta la competencia de éstas con cada uno de los requisitos especificados en la norma. Las encuestas fueron realizadas a los funcionarios ubicados en los siguientes cargos:

Gerente(1)
Subdirección Administrativa(1)
Asesor Administrativo(1)
Jefe Recursos Humanos(1)
Control Interno(1)
Dirección Médica(1)
Jefe de Enfermería de Urgencias(1)
Médico de Urgencias (3)
Auditor Médico (1)
Trabajadora Social(1)
Farmacia (1)
Mantenimiento (1)
Laboratorio Clínico (1)
Almacén (1)

- Entrevistas con los responsables de los procesos para reconocer la realidad en la aplicación de manuales de procesos y procedimientos del servicio.

- Revisión documental: Fue necesario revisar la documentación con respecto a los elementos estratégicos, manuales de procedimientos y procesos con los que contaba el hospital.

-Observación directa en los sitios de trabajo para apreciar en forma personal la ejecución de los procesos.

6. SITUACIÓN ACTUAL

6.1 RESULTADOS DIAGNOSTICOS

Los resultados encontrados después de la aplicación del instrumento de diagnóstico que fue diseñado, reflejaron la siguiente situación:

- **Requisitos Generales del SGC**

El servicio de urgencias realiza los procesos pero no están identificados, implementados y documentados con su correspondiente interacción, secuencia, responsables, clientes proveedores, entradas, salidas, objetivos e indicadores de evaluación; por lo tanto no hay evidencia de criterios y métodos que permitan hacer mensurable la operación, control y seguimiento de dichos procesos.

- **Requisitos de la Documentación**

No hay evidencia objetiva de que el servicio de urgencias posea un manual de calidad con elementos estratégicos, políticas y objetivos de calidad; aunque fueron encontrados algunos elementos estratégicos, éstos no están actualizados ni son reconocidos por los funcionarios.

- **Responsabilidad de la Dirección**

La alta dirección tiene interés en cumplir y satisfacer los requisitos de los usuarios y los legales, pero no se encontró evidencia de la existencia de una política y objetivos de calidad que orienten el hospital a este fin, como

tampoco se efectúan los procesos de revisión por la dirección con la información de entrada y salida a que hace referencia la norma.

- **Planificación**

Este es uno de los aspectos en los cuales se tiene más debilidad, por que a pesar de que la normatividad legal ha trazado directrices para el manejo de la calidad institucional, el hospital aún no ha iniciado un proceso organizado y estructurado que evidencie el cumplimiento de los objetivos de calidad; además estos no están definidos en términos cuantificables.

- **Responsabilidad, Autoridad y Comunicación**

El hospital tiene definido un organigrama y un manual de funciones, sin embargo la responsabilidad de evaluación ha sido delegada en la práctica a control interno y auditoria médica quienes están encargados de establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para el mantenimiento del hospital.

No se han nombrado responsables por parte de la dirección para la implementación de un sistema de gestión de calidad.

En cuanto a la comunicación interna esta es manejada a través de reuniones informales y oficios que son puestos en carteleras, pero esto no evidencia que la información llegue a todos los niveles del hospital.

- **Revisión por la Dirección**

La alta dirección realiza revisiones para evaluar la adecuación y las mejoras del servicio dependiendo de las necesidades que se presenten teniendo en

cuenta los informes presentados por auditoría y control interno que deben tener el estado de las acciones, evaluación y recomendaciones de mejora, pero no existen registros que evidencien este hecho.

- **Gestión de los Recursos**

En cuanto a la provisión de recursos el hospital no ha determinado formalmente los recursos necesarios para implementar un sistema de gestión de calidad que le permita su asignación apropiada y el seguimiento a su impacto en el desarrollo de los procesos y en la eficacia del sistema.

Para mejorar la satisfacción del usuario el hospital ha realizado esfuerzos por tener nuevos recurso humanos y físicos que permitan hacer ágil, accesible y oportuno el servicio.

- **Recursos Humanos**

Para la vinculación de funcionarios que realicen trabajos que afecten la calidad del servicio, el hospital tiene en cuenta competencias con base en educación, formación, habilidades y experiencias, sobre todo en el área asistencial, sin embargo no existe documentación al respecto.

Actualmente el hospital está manejando un ciclo de capacitaciones al cliente interno sobre todo en áreas de bienestar social, pero no ha desarrollado programas continuos y planificados de gestión humana lo que imposibilita una adecuada evaluación de los mismos.

El hospital no mantiene registros apropiados de la competencia del personal en cuanto a educación, formación, habilidades, actitudes y experiencias requeridas.

Teniendo en cuenta la infraestructura, el servicio cuenta con lo básico para la atención médica, pero no se han realizado estudios que determinen si esa estructura es la apropiada para lograr la conformidad en la prestación del servicio.

- **Realización del Producto**

No se encontró documentación donde se evidencien los procesos, la interacción de los mismos y su correspondiente caracterización; sin embargo el servicio tiene descritos los procedimientos con sus respectivos flujogramas, aunque estos no han sido implementados y no fueron realizados con la participación de los funcionarios responsables.

El seguimiento e inspección del servicio requiere mejorar en cuanto a la determinación de criterios y que estos sean reconocidos por todos los funcionarios del servicio; sin embargo existen registros específicos para la descripción de cada procedimiento, con los cuales se documenta la atención al usuario.

- **Procesos Relacionados con el Cliente**

Actualmente no existe un sistema de información y atención al usuario, por medio del cual se especifiquen las necesidades, ni se informen los derechos del usuario, igualmente no se llevan registros de satisfacción al cliente.

Existen requisitos legales y reglamentarios para la prestación del servicio, aunque estos no se encuentran organizados, ni documentados.

No se tienen documentados los requisitos relacionados con el servicio, sin embargo la normatividad legal que los define es aplicada.

No se ha implementado un sistema de comunicación eficaz con el usuario, esta es realizada de manera informal y según el cuestionamiento del momento.

- **Diseño y Desarrollo**

El diseño y desarrollo estará excluido por ser un requisito no aplicable a la implementación del SGC en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que el servicio como tal no se diseña, solo se cumplen unos procesos que están estandarizados a nivel nacional e internacional.

- **Compras**

Existe un comité de compras conformado por el administrador, jefe de presupuesto y almacenista, allí se discuten las necesidades y de acuerdo a la disposición de recursos en el presupuesto van adquiriendo los productos.

Para dar viabilidad a una compra se tienen en cuenta dos aspectos fundamentales: requisitos del producto y el precio. Históricamente han trabajado con tres proveedores por lo tanto no se dispone de un directorio de proveedores que especifique los elementos que potencialmente podría estar en capacidad de ofertar.

No se tienen definidos ni documentados procedimientos para la adquisición de insumos, igualmente no existen requisitos para la aprobación de productos, calificación del personal y proveedores; sin embargo, las

apreciaciones de los funcionarios sobre la calidad de insumos se tienen en cuenta para cambios de productos.

No hay evidencia de requisitos para la selección del proveedores y evaluación de los mismos; sin embargo tienen criterios como el justo a tiempo, manejo de cotizaciones y condiciones de pago.

La información de compras describe el producto a comprar, pero no se incluye la aprobación del producto, procedimientos, equipos y procesos. Los sistemas de calidad que manejan los proveedores no son conocidos por el hospital, ni existen acciones encaminadas a garantizar que el producto comprado cumpla con los requisitos del producto, esto se detecta en los comentarios que se hagan del mismo en el momento de su utilización.

▪ **Producción y Prestación del Servicio**

No se han establecido procesos de revisión, verificación y validación que registre la planificación de la prestación del servicio, pero realizan informes periódicos, presentados por los responsables de la atención médica, en los cuales se da a conocer los problemas presentados durante la atención y las medidas tomadas.

Los problemas que presenta el servicio son llevados a discusión ante el comité técnico científico, quien es el órgano encargado de evaluar y hacer propuestas de mejoramiento que posteriormente se aplicarán en el servicio. Sin embargo no existen registros que evidencien los resultados de la revisión.

Existen parámetros de control en la prestación del servicio, entre los cuales están, conocer la información necesaria sobre las características del servicio

que se presta, manual de funciones, un reglamento de trabajo y equipos apropiados; aunque no se realizan actividades en las que se verifique y controle la prestación del servicio, igualmente no se llevan a cabo procesos estandarizados de seguimiento y control que lo registren y evidencien objetivamente.

El servicio prestado se identifica a través de los registros correspondientes ya establecidos como son: historia clínica, registro individual de prestación de servicios, registro de procedimientos médicos y de enfermería, entre otros, sin embargo, estos no son asequibles en cualquier momento, por lo cual no se maneja el historial del usuario en el momento de la atención en urgencias.

En el servicio de urgencias todo aquello que sea propiedad del cliente y esté bajo el control del servicio para su utilización, es identificado y protegido. No obstante no se encontró evidencia objetiva para su verificación.

Por otra parte, no se han establecido, documentado e implementado protocolos de bioseguridad para la protección de los pacientes y del funcionario.

No se encontró evidencia que demostrara la existencia de dispositivos de seguimiento y medición para determinar la conformidad con el servicio prestado.

No se encontró documentación que evidenciara el historial de equipos médicos, el mantenimiento es realizado según la necesidad del servicio, aunque existen registros de inventarios y guías técnicas de manejo de cada equipo.

- **Medición, Análisis y Mejora**

Actualmente no se ha planificado e implementado un proceso orientado a realizar seguimiento, medición, análisis y mejora; la evaluación que se realiza es delegada a control interno y auditoría médica quienes evalúan de acuerdo a las necesidades encontradas.

No se realiza seguimiento a la percepción del usuario en el servicio, las quejas que se realizan se solucionan en el momento, pero no tienen determinados métodos para recolectar y utilizar esta información.

En el hospital realizan auditoría administrativa y médica, pero no se encontró evidencia que corresponda a un programa planificado. Existen criterios definidos para la auditoría, pero no se cuenta con un procedimiento documentado donde se establezcan responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorías, para informar resultados y mantener los registros.

En cuanto al seguimiento y medición del producto en el servicio de urgencias, no se tiene evidencia objetiva que permita afirmar que constantemente se verifica el cumplimiento de los requisitos y características del servicio.

Para el análisis de datos el servicio toma en cuenta datos de los registros de atención médica y facturación, quien es el punto neurálgico de todos los servicios, con ellos se analiza y reconocen las fallas para implementar acciones de mejora. Estos datos no contienen información sobre la satisfacción del usuario y proveedores; prácticamente con el análisis de datos que se hace se corrigen errores, pero no proporciona información para revisar las tendencias de los procesos y del servicio, como las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.

7. SITUACIÓN PROPUESTA

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROPUESTA

De acuerdo al análisis realizado luego de la aplicación del instrumento de diagnóstico y teniendo en cuenta los alcances definidos en el presente trabajo, se plantea el diseño de un sistema de gestión de calidad en el servicio de urgencias con base en la norma ISO 9001: 2000. Este sistema deberá cumplir con los requisitos contemplados en la norma y estará abarcando la etapa de planificación y desarrollo, lo que servirá de referencia para la implementación, verificación, validación y mejora del sistema en general que desarrolle el hospital.

El Sistema de Gestión de Calidad contemplado con motivo de este proyecto, requiere el diseño y la elaboración de la siguiente documentación:

- Normatividad legal que debe ser cumplida por las IPS públicas para el desarrollo de sistemas de gestión de calidad en salud.

- Validación de elementos estratégicos, diseño de una política y objetivos de calidad que sirvan de marco de referencia para el desarrollo de la gestión.

- Estructura documental que defina el contenido y características del sistema de gestión de calidad.

- Mapas de procesos que ilustren la interacción y secuencia de procesos.

- Caracterización de procesos del servicio de urgencias

- Descripción de los procedimientos críticos del servicio de urgencias
- Entrega a la institución de un documento que contemple la información detallada en este trabajo.

7.2 NORMATIVIDAD LEGAL Y REGLAMENTARIA APLICABLE AL SERVICIO

De acuerdo al diagnóstico realizado, el hospital no dispone, en forma organizada de los documentos legales y reglamentarios para prestar los servicios de salud, por lo tanto fue necesario investigar y recopilar la normatividad que sirve de soporte al sistema de gestión de calidad. El resultado de este trabajo de investigación se condensó en un CD que se anexa a la propuesta y se entregará a la institución con el trabajo desarrollado.

Para la recopilación de la información se utilizaron las paginas WEB del Ministerio de Protección Social y Salud Colombia, igualmente se realizaron visitas a la secretaria de salud para constatar la veracidad de la información.

Las normas que contiene el CD se describen a continuación:

-Ley 100 de 1993 Por el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia

-Ley 715 de 2001, por el cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de salud y educación

-Ley 872 de 2003, por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios

-Decreto 2753 de 1997, por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios del salud del SGSSS

-Decreto 204 de 1998, por el cual se modifica parcialmente el decreto 2753 de 1997

-Decreto 1725 de 1999, por el cual se dictan normas de protección al usuario

-Decreto 2240 de 1999, por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los prestadores de servicios de salud

-Decreto 2309 de 2000 por el cual se crea el Sistema de Garantía de Calidad

-Resolución 5261 de 1994, establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el SGSSS

-Resolución 4445 de 1996 , por el cual se dictan normas en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones hospitalarias

-Resolución 4252 de 1997 por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud

-Resolución 1995 de 1999, por el cual se establecen normas para el manejo de historia clínica

-Resolución 3374 de 2000, por el cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud

-Resolución 1474 de 2002 por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

-Resolución 1439 de 2002, por el 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

7.3 VALIDACIÓN DE ELEMENTOS ESTRATÉGICOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA

7.3.1 Criterios de Validación

En la ESE Hospital San Juan de Dios se encontraron algunos elementos estratégicos, los cuales están consignados en el anexo 3, esta información no estaba actualizada ni era reconocida por los funcionarios, por lo tanto se procedió a establecer unos criterios que permitieran validar y actualizar cada elemento estratégico, para asegurar la coherencia entre lo establecido a nivel institucional y lo que se definirá para el servicio de urgencias.

La validación de los elementos estratégicos fue realizada con la documentación e información entregada por la institución, teniendo en cuenta los lineamientos existentes y los criterios propuestos, formulando así una nueva misión, visión, valores, políticas y objetivos que sirvan de marco de referencia para diseñar el Sistema de Gestión de Calidad en el servicio de

urgencias. Los criterios definidos para la validación, se detallan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios de Validación de Elementos Estratégicos

ELEMENTO ESTRATÉGICO	CRITERIO DE VALIDACIÓN
<i>Misión</i>	Propósito de la organización Mandato, papel que cumplir Determina lo que se debe realizar Expresa la responsabilidad social Identifica Clientes del hospital Define Productos o servicios del hospital Mercados donde compite el hospital
<i>Visión</i>	Realista y posible Horizonte de tiempo Descripción del futuro deseado
<i>Política de calidad</i>	Enunciado que expresa el deber ser Debe estar adecuada al propósito de la organización Debe incluir el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente. Marco de referencia para establecer y revisar los objetivos Debe ser clara Expresa lo que la organización piensa con respecto a la prestación de servicios de salud
<i>Valores</i>	Guías de conducta concretas, conceptualizados, Contextualizados
<i>Objetivos de calidad</i>	Medibles, alcanzables, cuantificables, específicos, enfocado en resultados, acciones concretas

Como resultado de la validación quedaron definidos los siguientes elementos estratégicos:

7.3.1.1 Misión

La Empresa Social del Estado, Hospital San Juan de Dios tiene como misión prestar servicios de atención médica de I y II nivel de complejidad, definidos en el Sistema General de Seguridad Social; en forma continua, oportuna, con alto sentido humano, calidad y personal competente; garantizando la participación activa de los funcionarios de la institución en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de salud para los habitantes del municipio de Floridablanca y su área de influencia.

7.3.1.2 Visión

En el año 2.009 la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca será una institución reconocida a nivel departamental por su eficiencia administrativa, calidad en sus servicios y atención humanizada.

7.3.1.3 Valores

RESPECTO: Trato amable y cordial de las personas que laboran en el hospital con los usuarios y sus compañeros de trabajo, teniendo en cuenta los derechos fundamentales de cada persona sin distinción de su condición económica, social, política e ideológica.

CONDUCTA ÉTICA: El actuar de cada funcionario debe estar regido por los principios del ejercicio de la medicina, los estatutos y normas del hospital, procurando siempre el bien de los usuarios.

COMPROMISO: Se refiere a que los funcionarios cumplan la misión institucional para responder a las necesidades de atención médica de los usuarios y al mejoramiento administrativo del hospital .

RESPONSABILIDAD: Cada persona que labora en el hospital debe cumplir a cabalidad las normas y funciones consignadas en el manual de cargos y en el reglamento interno existente en la institución.

7.3.1.4 Política de Calidad

En la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca estamos comprometidos con la prestación de servicios de atención médica en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los niveles I y II de complejidad, satisfaciendo las necesidades de los usuarios, dentro de un ambiente físico agradable e higiénico, trato respetuoso y funcionarios competentes, que contribuyan al mejoramiento continuo de la prestación del servicio y al logro de una sostenibilidad económica, cumpliendo con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y aplicables al sector salud.

7.3.1.5 Objetivos Institucionales para el Periodo de Agosto de 2004 a Agosto de 2005

Los objetivos propuestos son:

- Diseñar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad que garantice supervivencia institucional y ser reconocidos por un organismo autorizado, empezando como proyecto piloto en el servicio de urgencias.
- Definir y desarrollar un Programa de Mejoramiento Institucional en cuanto al ambiente físico, para aprovechar la capacidad instalada y promocionar el hospital con nuevas empresas administradoras de salud y particulares.
- Crear un Modelo de Gestión Humana que involucre procesos de inducción y reinducción, selección de personal, plan de carrera,

competencia y desarrollo de personal, para fortalecer la capacidad del talento humano.

- Diseñar y desarrollar programas de seguridad industrial y salud ocupacional que minimicen los riesgos de accidente de trabajo, enfermedad profesional e infección intra hospitalaria.
- Diseñar mecanismos de participación comunitaria que permita reconocer las necesidades y expectativas del usuario para mejorar la satisfacción en los servicios prestados.

7.3.1.6 Objetivos Específicos del Servicio de Urgencias

Teniendo en cuenta los Objetivos Institucionales y la Política de Calidad definida para el hospital, se establecieron unos objetivos para el servicio de urgencias descritos a continuación:

- Elaborar patrones de calidad para todo el servicio de urgencias que faciliten hacer un seguimiento y control de los procesos.
- Diseñar e implementar los protocolos de atención médica para estandarizar y optimizar recursos.
- Capacitar a los funcionarios involucrados en el proceso de atención médica, en el diligenciamiento de los formatos para el proceso de facturación, con el fin de evitar glosas en los procedimientos realizados en el servicio.
- Elaborar e implementar normas y protocolos de bioseguridad para evitar riesgos laborales y de atención al usuario.

- Alcanzar un nivel del 80% de satisfacción de los usuarios con respecto a la atención recibida en el servicio de urgencias.

7.4 ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



Figura 3. Estructura Documental del SGC

Con el fin de organizar la documentación del SGC, se diseñó una estructura en forma piramidal con base en la norma ISO 9001:2000 que permitiera ilustrar los niveles en los cuales operaría el sistema. Esta estructura se encuentra en la Figura 3

La estructura documental define la organización del Sistema de Gestión de Calidad en cuanto a su composición, características y funciones. Los cinco niveles de documentación se detallan a continuación:

Nivel 1 *MANUAL DE CALIDAD*: Es el documento base que sirve de soporte para la ejecución del SGC. Contiene los elementos de planificación estratégica, incluyendo la política de calidad y los objetivos.

Nivel 2 *MAPA DE PROCESOS Y CARACTERIZACION DE PROCESOS*: Es la representación gráfica de los procesos, su secuencia e interacción. La ilustración de los procesos permitió caracterizarlos, identificando las entradas con los respectivos proveedores y las salidas con sus clientes, igualmente, el objetivo de cada proceso, los indicadores de evaluación, recursos necesarios, responsables, documentos generados y requisitos cumplidos tanto de la norma ISO 9001, como de la legislación en salud.

Nivel 3 *PROCEDIMIENTOS*: En este nivel se describen los procedimientos críticos en el servicio de urgencias.

Nivel 4 *FORMATOS Y REGISTROS*: Este nivel incluye los documentos que presentan los resultados obtenidos y proporcionan la evidencia de las actividades desempeñadas en cada uno de los procesos desarrollados en el servicio de urgencias.

Nivel 5 *DOCUMENTOS EXTERNOS*: En este nivel se incluye toda la información que proviene de otra fuente diferente al hospital como son el Ministerio de protección social, la Secretaria de Salud, ARS, EPS o empresas con las que se tenga contrato de prestación de servicios y corresponde a normas, circulares, oficios, resoluciones, acuerdos y demás. Su

almacenamiento y disponibilidad permite que sean asequibles a los funcionarios del servicio para su aplicación y la gestión eficiente del sistema.

7.5 MAPAS DE PROCESOS

Se elaboraron dos mapas de procesos, uno para el hospital en general y otro para el servicio de urgencias específicamente teniendo en cuenta que dicho servicio no está aislado, por el contrario está articulado a todo el engranaje que conforma la institución; por lo tanto conocer su ubicación e interacción en todo el sistema, era vital para la caracterización de los procesos.

7.5.1 Mapa de Procesos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca

El hospital no contaba con un mapa que ilustrara los procesos que son ejecutados, la interacción y la secuencia de los mismos; por lo tanto fue necesario diseñarlos, para lo cual se realizaron visitas a la institución y validación de la información con los funcionarios responsables de los procesos.

En la Figura 4 se ilustra el mapa de procesos para el hospital en general, que contiene tres procesos fundamentales a saber: Procesos de Dirección, Procesos de Producción Hospitalaria y los Procesos de Soporte Administrativo y Logístico con sus respectivos subprocesos.

El Proceso de Dirección contempla dos subprocesos: Planificación y Evaluación y Mejora; los Procesos de Producción Hospitalaria se dividen en procesos ambulatorios con dos subprocesos: consulta externa y urgencias y el proceso de hospitalización con subprocesos de internación y quirúrgicos; los Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico contiene subprocesos de

Terapia Física y Respiratoria, Radiología, Laboratorio Clínico, EKG, Monitoreo Fetal y Farmacia; y finalmente se encuentran los Procesos de Soporte Administrativo y Logístico con sus respectivos subprocesos: Jurídica, Gestión Contable y Financiera, Estadística, Suministros, Mantenimiento, Servicios Generales y Gestión Documental.

7.5.2 Mapa de Procesos del Servicio de Urgencias

Con base en el mapa de procesos diseñado para todo el hospital, se elaboró un mapa específicamente para el servicio de urgencias. Esta gráfica sirvió de parámetro para caracterizar los procesos del servicio y su interacción con los demás procesos institucionales. La Figura 5 ilustra el mapa de procesos del servicio de urgencias, detallado en cuatro procesos generales: Procesos de Dirección, Procesos de Producción Hospitalaria entre los cuales se contempla el Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y los Procesos de Soporte Administrativo y Logístico.

El Proceso de Dirección contempla la Planificación y Evaluación y Mejora. Los Procesos de Producción Hospitalaria tienen tres subprocesos: consulta médica, valoración Especialista y Enfermería. Los Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico con los subprocesos de Terapia Física y Respiratoria, Radiología, Laboratorio Clínico, EKG, Monitoreo Fetal y Farmacia. Finalmente el Proceso de Soporte Administrativo con los subprocesos de Caja y Facturación, Estadística, Suministros, Mantenimiento, Servicio de Ambulancia, Servicios Generales y Trabajo Social.

Figura 4. Mapa de procesos de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS FLORIDABLANCA

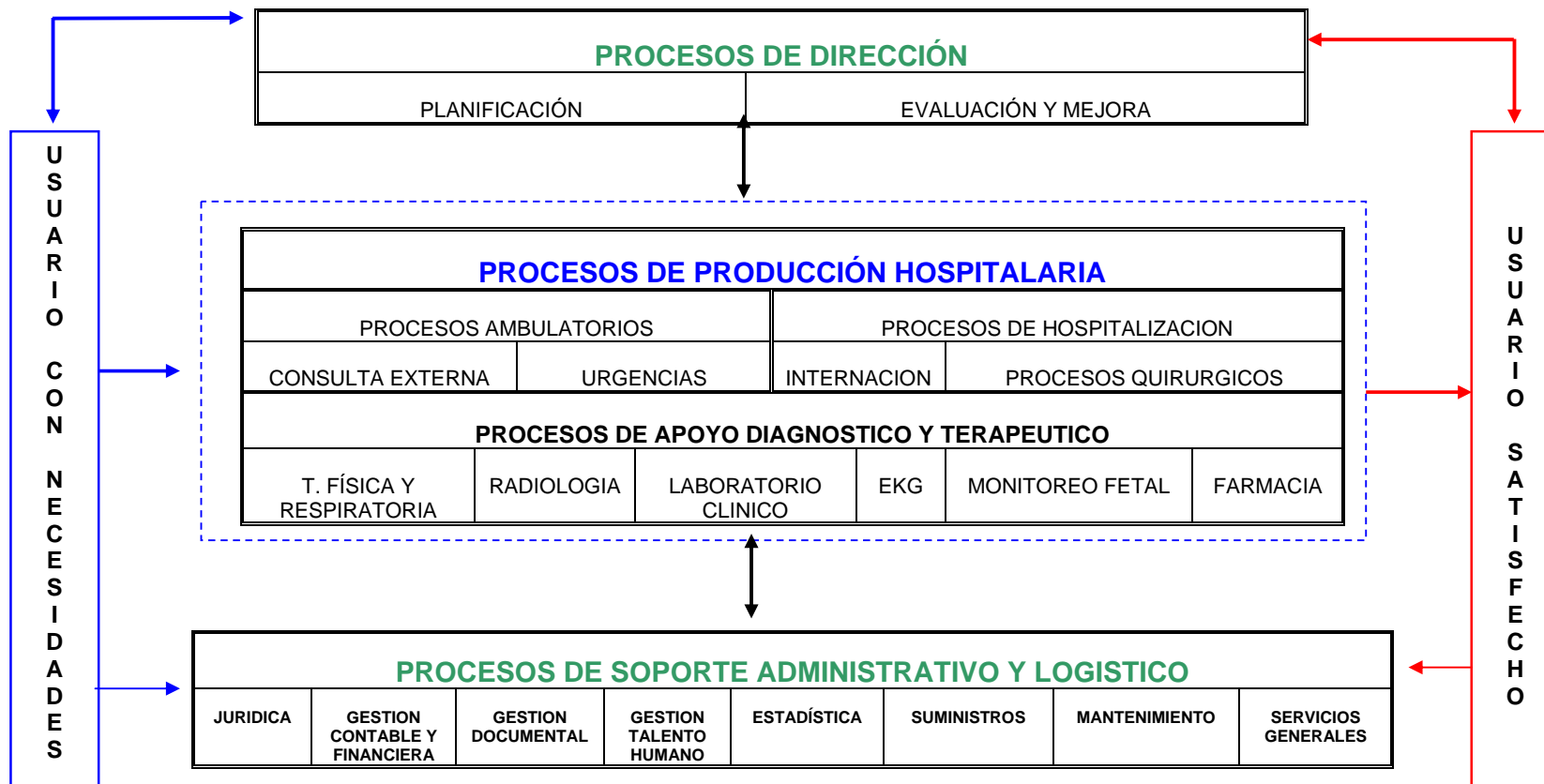
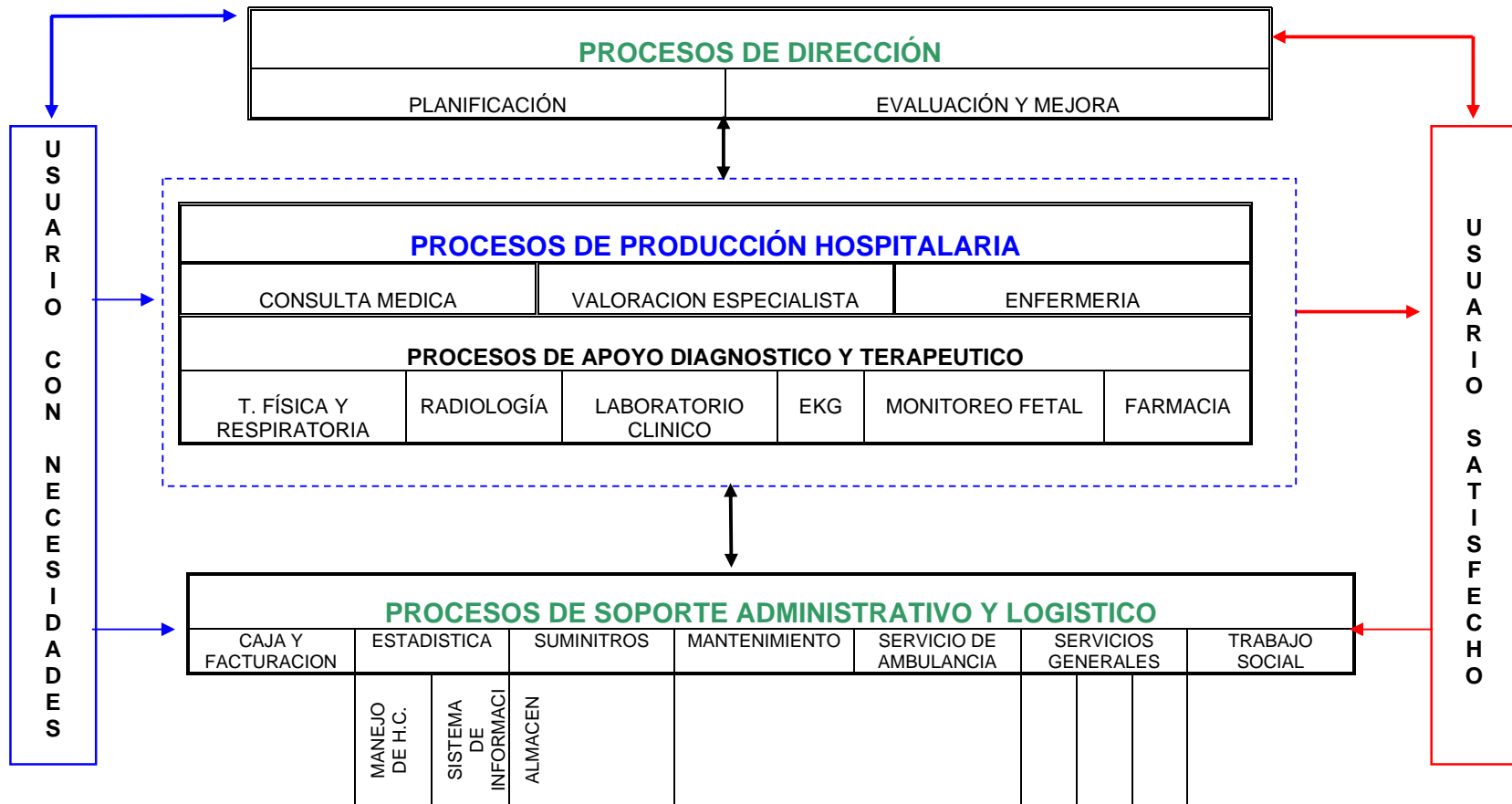


Figura 5. Mapa de Procesos del Servicio de Urgencias



7.6 CARACTERIZACION DE PROCESOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

La caracterización consiste en la descripción detallada de los procesos en cuanto a su función y lo que se consigue a través de ellos, sirve para planificar y lograr los propósitos de la organización, para dar a conocer a los funcionarios cada proceso y los aspectos que se deben tener en cuenta al desarrollarlos, igualmente es un documento vital para los procesos de inducción y reinducción.

Con base en los Mapas que se encuentran en las Figuras 4 y 5, fue elaborada la caracterización de los Procesos del Servicio de Urgencias correspondientes a: Procesos de Dirección, Procesos de Producción Hospitalaria, Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Procesos de Soporte Administrativo y Logístico.

La caracterización cumple con el requisito 4.1. de la norma ISO 9001:2000, para su realización se utilizó la información suministrada por los funcionarios responsables de cada uno de los procesos, lo que implicó un trabajo de campo para determinar de acuerdo a la realidad institucional los siguientes aspectos.

- Objetivos, en función de lo que se logra con el proceso realizado.
- Indicadores de evaluación que permitan medir el objetivo propuesto.
- Proveedores, organización o persona que proporciona un producto o servicio, puede ser interno o externo a la organización.

- Entrada, se refiere a los elementos necesarios para la realización del proceso.
- Salida, producto o servicio que se entrega o genera del proceso.
- Clientes, organización o persona que recibe el producto o servicio.
- Recursos necesarios para la realización del proceso
- Documentos, que se generan durante el proceso
- Responsables de cada uno de los procesos
- Requisitos que se cumplen con el proceso tanto los especificados por la norma ISO 9001:2000, como los legales y reglamentarios.

A continuación se presenta el resultado de la caracterización de los procesos para el Servicio de Urgencias.

7.6.1 Caracterización de los Procesos de Dirección del Servicio de Urgencias

En el Cuadro 2 se describe la caracterización de los Procesos de Dirección contemplando los subprocesos la Planificación y la Evaluación y Mejora. Cada subproceso cuenta con los elementos que lo constituyen: entradas, salidas, clientes, proveedores, objetivo, indicadores, recursos, documentos y requisitos aplicables.

7.6.2 Caracterización de los Procesos de Producción Hospitalaria

El Cuadro 3 ilustra la caracterización de los Procesos de Producción Hospitalaria que se convierten en la razón de ser del servicio y son los

procesos en los cuales se crea el mayor flujo de información para dicho servicio y el hospital en general.

Los subprocesos en la producción hospitalaria son: la consulta médica, la valoración por especialistas y la atención por enfermería.

7.6.3 Caracterización de los Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Los procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico están inmersos en los procesos de Producción Hospitalaria, por lo tanto son un componente fundamental para la generación de información en el servicio. El Cuadro 4 muestra los subprocesos de laboratorio clínico, terapia física y respiratoria, radiología, farmacia, electrocardiograma y monitoreo fetal con los aspectos necesarios para su caracterización.

7.6.4 Caracterización de los Procesos de Soporte Administrativo y Logístico

Entre los procesos de soporte administrativo y logístico se encuentran definidos los subprocesos que ayudan y fortalecen la producción hospitalaria, estos son: mantenimiento, servicios generales, suministros, caja y facturación, estadística, trabajo social y el servicio de ambulancia.

En el cuadro 5 se especifica la caracterización de estos procesos.

Cuadro 2. Caracterización de los Procesos de Dirección en el Servicio de Urgencias

PROCESOS DE DIRECCIÓN				
OBJETIVO		INDICADORES DE EVALUACIÓN		
Definir estrategias que aseguren la efectividad de la organización, adelantar acciones de mejora y asegurar su cumplimiento.		Deben medir: Grado de cumplimiento de metas de planeación y mejora Resultados de balance general Indicadores Financieros Nivel de Satisfacción del Cliente interno y externo		
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	CLIENTES
Gobierno nacional Ministerio de protección Social OMS, OPS DANE Secretaria de Salud Gerencia del Hospital	Planes de desarrollo Nacional Normatividad del sector salud Tendencias nacionales e internacionales sobre prestación de servicios de salud Proyecciones del gobierno nacional en materia de salud Plan de Desarrollo Regional Políticas institucionales Directrices organizacionales	Planificación	Elementos de planificación estratégicos Presupuestos corporativos Estrategias corporativas Reglamentos internos de trabajo	Funcionarios del hospital
Usuarios del hospital Auditor y control interno Funcionarios del hospital	Resultados de auditoria Desempeño de los procesos Comportamientos de indicadores de gestión Evaluaciones al sistema Quejas de los clientes	Evaluación y Mejora	Planes y proyectos de mejora Acciones correctivas y preventivas	Funcionarios del hospital

RECURSOS DEL PROCESOS:	DOCUMENTOS:
Recurso humano: Funcionarios competente para cada subproceso Recursos Físico: Muebles y enseres, infraestructura adecuada Recursos técnicos: Computadores Recursos materiales: Papelería	Circulares, oficios, cronogramas de trabajo
RESPONSABLES:	REQUISITOS:
Gerente, Auditor, Responsables de los procesos, Jefe de Control Interno	Norma ISO 9001:2000 Requisitos 4. 1. requisitos generales 4.2. Documentación 5. responsabilidades de la dirección 5.1. Compromiso de la Dirección 5.2. Enfoque al cliente 5.3 Política de la Calidad 5.4. Planificación 5.5. Responsabilidad autoridad y comunicación 5.6. Revisión por la dirección 6. Gestión de los recursos 7.2. Procesos relacionados con el cliente 8. Medición, Análisis y mejora 8.1. Generalidades 8.2. Seguimiento y medición 8.3. Control del producto no conforme 8.4. análisis de datos 8.5. Mejora Constitución Política Ley 100 de 1.993 Y sus decretos reglamentarios Ley 872 de 2.003

Cuadro 3. Caracterización de los Procesos de Producción Hospitalaria

PROCESOS DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA				
OBJETIVO		INDICADORES DE EVALUACIÓN		
Satisfacer las necesidades en salud que los usuarios solicitan en el servicio de Urgencias		Deben medir: Nivel de Satisfacción del usuario % de reingresos por la misma patología % de quejas y reclamos presentados en el servicio Tiempo de respuesta a la solicitud de atención		
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	CLIENTES
Usuario Facturación Suministros Dirección médica Farmacia Gerencia Auditoría y control interno Secretaría de salud Ministerio de Protección Social	Solicitud de atención por una necesidad en salud Entrega de soportes para apertura de historia clínica Insumos médico quirúrgicos Información sobre disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico Protocolos de manejo y bioseguridad Bases de datos de médicos especialista disponibles Disponibilidad de medicamentos Políticas institucionales de atención Información de contratos y	Consulta médica	Historia Clínica Plan de tratamiento	Estadística Usuario

	<p>convenios Información sobre red pública y privada Normatividad aplicable al sector salud</p>			
<p>Medico General</p> <p>Suministros</p> <p>Farmacia</p> <p>Dirección Medica</p> <p>Gerente</p> <p>Secretaría de Salud</p> <p>Ministerio de Protección Social</p>	<p>Solicitud de atención por médico general en historia clínica con soportes diagnósticos Insumos médico quirúrgicos</p> <p>Disponibilidad de medicamentos Protocolos de manejo y Bioseguridad Información sobre disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico Políticas Institucionales Información sobre la red pública y privada Normatividad aplicable al sector salud</p>	Valoración Especialista	<p>Historia Clínica</p> <p>Plan de tratamiento</p>	<p>Estadística</p> <p>Usuario</p>
<p>Usuario</p> <p>Medico General</p> <p>Médico Especialista</p> <p>Suministros</p> <p>Farmacia</p> <p>Dirección de</p>	<p>Solicitud de procedimientos de enfermería Solicitud de atención por médico general y especialista</p> <p>Insumos medico quirúrgicos Disponibilidad de medicamentos</p>	Enfermería	<p>Registros de procedimientos y tratamiento médico</p> <p>Aplicación de procedimiento y tratamiento médico</p>	<p>Estadística Médico</p> <p>Usuario</p>

<p>enfermería Dirección médica</p> <p>Facturación</p> <p>Gerente Auditoria y control interno Secretaría de Salud</p> <p>Ministerio de Protección Social</p>	<p>Protocolos de manejo y Bioseguridad</p> <p>Información sobre disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico</p> <p>Información y diligenciamiento de registros y formatos de procedimientos</p> <p>Políticas Institucionales</p> <p>Información de contratos y convenios</p> <p>Información sobre la red pública y privada</p> <p>Normatividad aplicable al sector salud</p>			
<p>RECURSOS DEL PROCESO</p>		<p>DOCUMENTOS:</p>		
<p>Recurso humano: Funcionarios competente para cada subproceso</p> <p>Recursos Físico: Sala de observación, consultorios médicos, estación de enfermería, sala de pequeña cirugía, muebles y enseres y en general una ambiente físico higiénico y agradable.</p> <p>Recursos técnicos: Equipos médicos (tensiometro, fonendoscopio, equipo de órganos, linterna, termómetros, básculas, metro, entre otros)</p> <p>Recursos materiales: Insumos médico quirúrgicos, papelería, medicamentos.</p>		<p>Historia clínica</p> <p>Registro individual de procedimientos, de consulta, interconsulta y epicrisis</p> <p>Ordenes diagnósticas</p> <p>Registros de enfermería</p> <p>Informes de exámenes practicados</p> <p>Formulas médicas</p> <p>Facturas</p>		

RESPONSABLES	REQUISITOS
Médico de Urgencias, Jefe de Enfermería	Norma ISO 9001:2000 Requisitos 4.1. Requisitos generales 4.2. Documentación 5.2. Enfoque al cliente 6.2. Recursos humanos 6.3. Infraestructura 6.4. Ambiente de trabajo 7.1. Planificación de la realización del producto 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.5. Producción y prestación del servicio 7.5.4. Propiedad del cliente 8.2. Seguimiento y medición Constitución Política Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios Resolución 5261 de 1994 Decreto 2309 de 2002

Cuadro 4. Caracterización de los Procesos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

PROCESOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO				
OBJETIVO		INDICADORES DE EVALUACIÓN		
<p>Garantizar al equipo médico información real y confiable en relación a los servicios solicitados de apoyo diagnóstico y terapéutico, que permitan la toma de decisiones en los tratamientos médicos.</p>		<p>Deben medir: % de medicamentos disponibles Grado de efectividad en los exámenes realizados Tiempo de respuesta a la solicitud de examen</p>		
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	CLIENTES
<p>Médico general Médico Especialista Farmacia Suministros Fisioterapeuta Dirección médica Gerente Ministerio de Protección Social</p>	<p>Solicitud médica Información sobre el diagnóstico del paciente registrado en la historia clínica Disponibilidad de medicamentos Disponibilidad de instrumental de terapia Protocolos de manejo y Bioseguridad Políticas institucionales de atención Normatividad aplicable al sector salud</p>	<p>Terapia Física y Respiratoria</p>	<p>Aplicación de tratamiento Registro de procedimiento en historia clínica</p>	<p>Usuario Médico Estadística</p>
<p>Médico general Médico especialista Facturación Suministros Mantenimiento</p>	<p>Solicitud de examen por médico con diagnóstico clínico Factura de procedimiento Insumos de Rayos x Equipo de rayos x con mantenimiento</p>	<p>Radiología</p>	<p>Radiografía e informe radiológico</p>	<p>Medico general Médico especialista</p>

Gerente Dirección médica	Políticas Institucionales Protocolos de manejo y Bioseguridad			
Medico general Médico especialista Facturación Jefe de laboratorio clínico Suministros Mantenimiento Gerente Secretaria de Salud Ministerio de Protección Social	Solicitud examen por médico Orden facturada Protocolos de manejo y Bioseguridad Insumos de laboratorio clínico Equipos de laboratorio clínico calibrados Políticas institucionales Políticas de Vigilancia epidemiológica Normatividad aplicable al sector salud	Laboratorio Clínico	Reporte de examen de laboratorio	Médico general Médico especialista
Medico general Médico especialista Facturación Suministros Mantenimiento Dirección médica Gerente	Solicitud de examen por médico con historia clínica Orden facturada Insumos para la toma de examen Equipos con registros de mantenimiento Protocolos de manejo y Bioseguridad Políticas institucionales	Electrocardiograma y Monitoreo fetal	Resultado examen	Médico general Médico Especialista
Medico general Médico especialista Facturación Jefe de enfermería del servicio Suministros Gerente	Formula médica Factura Solicitud de stok de urgencias Requerimiento de medicamentos Políticas de la institución	Farmacia	Medicamento	Usuario Jefe de Enfermería

Ministerio de Protección Social Secretaría de Salud Coordinador de farmacia	Disposiciones legales y reglamentarias sobre medicamentos Protocolos de manipulación y almacenamiento de medicamentos			
RECURSOS DEL PROCESO		DOCUMENTOS		
Recurso humano: Funcionarios competente para cada subproceso Recursos Físico: Sala de observación, consultorios, sala de radiología, unidad de laboratorio clínico, dotación mobiliaria y en general una ambiente físico higiénico y agradable. Recursos técnicos: Equipos de rayos X, Monitor fetal, Electrocardiograma, Nebulizadores, Hornos, centrífuga, equipo de hematología, microscopios, equipo de fisioterapia. Recursos materiales: Insumos médicos, químicos, reactivos, papelería, vidriería de laboratorio		Historia clínica Registro individual de procedimientos Informe de examen practicado		

RESPONSABLES	REQUISITOS
Terapeuta física Radiólogo Bacterióloga Jefe de farmacia Enfermera jefe	Norma Iso 9001:2000 Requisitos 4.1. Requisitos generales 4.2. Documentación 5.2. Enfoque al cliente 6.2. Recursos humanos 6.3. Infraestructura 7.1. Planificación de la realización del producto 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.5. producción y prestación del servicio 7.5.3. Identificación y trazabilidad 7.5.5. Preservación del producto 8.2.1. Satisfacción del cliente 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos 8.2.4. seguimiento y medición del producto 8.3. Control del producto no conforme 8.4. Análisis de datos 8.5. Mejora Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios Decreto 2309 de 2002 Resolución 4272 de 1996

Cuadro 5. Caracterización de los procesos de Soporte Administrativo y Logístico

PROCESOS DE SOPORTE ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO				
OBJETIVO		INDICADORES DE EVALUACIÓN		
<p>Garantizar que los procesos de producción hospitalaria tengan los soportes administrativos y logísticos necesarios, para que el servicio de urgencias cumpla con los requisitos exigidos para prestar servicios de salud.</p>		<p>Deben medir: Tiempo de respuesta de solicitudes Grado de cumplimiento de actividades programadas - protocolos Satisfacción de cliente interno y externo % quejas y reclamos en los servicios</p>		
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	CLIENTES
<p>Jurídica Secretaria de salud Min. de Protección Social Gerente Suministros</p>	<p>Contratación realizada con ARS, EPS y Secretarías de Salud Base de datos de Afiliados al SGSSS Normatividad aplicable al proceso de facturación Políticas institucionales Insumos de papelería</p>	<p>Caja y Facturación</p>	<p>Orden de pago Facturas para cuentas de cobro</p>	<p>Usuario ARS EPS Aseguradoras</p>

<p>Jefes de servicios de atención al usuario Funcionario encargado de manejo y custodia de historia clínica</p> <p>Director Médico</p> <p>Jefes de servicios de atención al usuario Médico general y especialista</p> <p>Suministros Gerente Ministerio Protección Social</p>	<p>Solicitud de historia clínica</p> <p>Registro de entrega de historia clínica Recolección y custodia de historia clínica</p> <p>Autorizaciones para entrega de resúmenes de historia clínica a los usuarios. Registros individuales de procedimientos Formato de historia clínica diligenciado en el momento de la atención Informes de resultados de exámenes diagnósticos</p> <p>Insumos de papelería Políticas institucionales Normatividad aplicable a procesamiento de indicadores y manejos de historia clínica</p>	<p>Estadística</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Consolidado de indicadores de gestión mensuales</p>	<p>Médicos Jefe de servicio</p> <p>Facturación</p>
<p>Jefe de cada dependencia</p> <p>Jefe de suministros</p> <p>Proveedores externos</p> <p>Comité de compras Jefe de suministros</p>	<p>Requerimientos de insumos y materiales para las dependencias Información de proveedores potenciales para la compra de insumos y materiales</p> <p>Cotizaciones de productos para su respectivo estudio Orden de compra Almacenamiento y distribución de insumos y materiales Información del inventario que maneja</p>	<p>Suministros</p>	<p>Insumo o producto requerido (Insumos médico quirúrgicos, material de laboratorio y rayos x, equipos médico científico, víveres y rancho, aseo y lavandería, repuesto de maquinaria, equipos y construcción, etc.)</p>	<p>Todos los funcionarios del hospital</p>

Ministerio Protección Social Gerente	suministros Legislación sobre el uso y disposición de medicamentos Políticas institucionales			
Médico Jefe de enfermería Todos los servicios de atención al usuario Usuario Ministerio de Protección Social Gerente Instituciones estatales (Procuraduría, Defensoría, ICBF, Personería, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud Municipal y Departamental, Red de Solidaridad Social, Alcaldías)	Reportes de valoración por médico o enfermería Ingresos diarios de pacientes al servicio Protocolos de Bioseguridad Remisiones de usuarios en situación irregular Legislación en salud Políticas institucionales Peticiónes de instituciones estatales	Trabajo Social	Autorización de servicio o procedimiento Reporte de valoración y diagnóstico social	Usuarios Instituciones estatales

<p>Todas las dependencias del hospital Subdirección administrativa</p> <p>Jefe de mantenimiento</p> <p>Gerente</p>	<p>Solicitud de servicio de mantenimiento</p> <p>Inventarios e historial de equipos Contratos y garantías de compra Normas de seguridad industrial</p> <p>Manuales de funcionamiento de equipos Directorio de proveedores de servicios Fichas de inspección de equipos Registros de reparación de equipos</p> <p>Políticas institucionales</p>	<p>Mantenimiento</p>	<p>Equipos e infraestructura en permanente estado de funcionamiento</p>	<p>Todas las dependencias del hospital</p>
<p>Suministros Cooperativa Ayuda Profesional</p> <p>Jefe de servicios generales</p> <p>Subdirección administrativa Gerente</p>	<p>Insumos y materiales para aseo Dotación Cronograma de actividades de acuerdo a las necesidades Protocolos de higiene y seguridad</p> <p>Políticas institucionales</p>	<p>Servicios generales:</p> <p>Aseo</p>	<p>Ambiente físico limpio e higiénico</p>	<p>Usuario Funcionarios asistenciales y administrativos</p>

<p>Dependencias de urgencias y hospitalización, Suministros Mantenimiento</p> <p>Cooperativa Ayuda Profesional Jefe de servicios generales</p> <p>Subdirección administrativa Gerente</p>	<p>Material para lavado</p> <p>Insumos de lavado Maquinaria adecuada y con mantenimiento Dotación</p> <p>Programación de recolección de ropa para lavado</p> <p>Protocolos de higiene y seguridad</p> <p>Políticas institucionales</p>	<p>Servicios generales:</p> <p>Lavandería</p>	<p>Ropa limpia para entregar en los servicios</p>	<p>Usuarios Funcionarios de servicios asistenciales</p>
<p>Suministros</p> <p>Mantenimiento Cooperativa Ayuda Profesional Jefe de servicios generales</p> <p>Subdirección administrativa Gerente</p>	<p>Víveres y abarrotes Estufas, hornos Equipo de cocina Infraestructura higiénica y adecuada Dotación</p> <p>Minutas de cocina según las clases de dietas</p> <p>Protocolos de higiene y seguridad</p> <p>Políticas institucionales</p>	<p>Servicios generales:</p> <p>Cocina</p>	<p>Alimentos preparados de acuerdo a las necesidades</p>	<p>Usuarios hospitalizados</p> <p>Estudiantes de medicina en práctica</p>

Médico	Remisión a otra institución	Servicio de Ambulancia	Usuario con remisión a otro nivel de complejidad	Usuario Institución a la cual se remite
Facturación	Liquidación del servicio prestado			
Mantenimiento Conductor	Vehículo en condiciones técnicas e higiénicas para traslado de pacientes			
Subdirección administrativa	Normas de bioseguridad Información sobre requisitos esenciales para conducción ambulancia Documentos en regla Información sobre la red pública y privada			
Secretaria de salud Gerente	Base de datos de radio-teléfono Políticas institucionales			
RECURSOS DEL PROCESO:		DOCUMENTOS		
Recurso humano: Funcionarios competente para cada subproceso Recursos Físico: Muebles y enseres, infraestructura adecuada en las áreas Recursos técnicos: Computadores, impresoras, repuestos de maquinaria y equipos, eléctricos , equipos de frío y cocción de alimentos, lavadoras, secadoras. vehículos Recursos materiales: Insumos de aseo y lavandería, víveres y rancho, papelería, aceites grasas y lubricantes, material para construcción		Estadística: Historia clínica, Registro individual de procedimientos, Formatos de indicadores en salud, Formatos de indicadores de productividad Facturación: Factura con soportes de procedimientos, recibos de caja y paz y salvo Trabajo Social: Formato de estudio socioeconómico, orden de procedimientos diagnósticos, Formularios de eventos catastróficos, formularios de autorización de ARS, EPS y ISS, oficios de responsabilidad ante instituciones estatales. Almacén: Orden de compra, factura de compra, comprobantes de ingresos y egresos Mantenimiento: Registros de mantenimiento Servicios generales: Registro de actividades realizadas Servicio de ambulancia: Registro de procedimiento		

RESPONSABLES	REQUISITOS
<p>Ingeniero de sistemas, Trabajadora Social, Jefe de mantenimiento, Jefe de suministros, Jefe de servicios generales Subdirección Administrativa y conductor</p>	<p>Norma Iso 9001:2000 Requisitos 4.1. Requisitos generales 4.2. Documentación 5.2. Enfoque al cliente 6.2. Recursos humanos 6.3. Infraestructura 6.4. Ambiente de trabajo 7.1. Planificación de la realización del producto 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.5.3. Identificación y trazabilidad 7.4. Compras 7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y medición 8.2. Satisfacción del cliente Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios</p>

7.7 PROCEDIMIENTOS CRITICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

De acuerdo al Proceso de Producción Hospitalaria desarrollado en la caracterización de procesos del servicio de urgencias, fueron escogidos dos procedimientos críticos, definidos así por estar directamente relacionados con la atención del usuario y la razón de ser del servicio, ellos son el Ingreso del Usuario al Servicio de Urgencias y Egreso del Usuario del Servicio de Urgencias. A continuación se presenta la identificación de éstos.

7.7.1 Identificación del Procedimiento de Ingreso de Usuarios al Servicio de Urgencias

En el Cuadro 6 se realiza la identificación del procedimiento de ingreso de usuarios al servicio de urgencias que consigna datos como: nombre del proceso, subproceso y procedimiento, objetivos, alcances, definiciones o términos que se requieren conocer, responsables, referencias o soportes documentales y guías generales que contienen las actividades previas y críticas del procedimiento y los implementos de higiene y seguridad industrial.

Para el ingreso de usuarios al servicio se determinaron dos condiciones según el estado de la persona, estos son:

- Ingreso de usuarios en estado crítico
- Ingreso de usuario en estado no crítico


Cada una de estas condiciones posee una descripción de actividad y un diagrama de flujo diferente. Para el ingreso de usuarios en estado no crítico la descripción y el flujograma están en el Cuadro 7 y Figura 6 respectivamente. Posteriormente la descripción y el flujograma del ingreso de usuario en estado crítico está en el Cuadro 8 y Figura 7.

7.7.2 Identificación del Procedimiento Egreso de Usuarios del Servicio de Urgencias

La identificación del procedimiento de egreso de usuarios del servicio de urgencias se evidencia en el Cuadro 9, en el cual se describen los aspectos necesarios que permiten conocer con precisión el procedimiento. Para el egreso de usuarios del servicio se establecen las siguientes condiciones de acuerdo al estado de la persona:

- Egreso por alta médica: La descripción de actividad de esta condición está establecida en el Cuadro 10 y el flujograma en la Figura 8.
- Egreso por traslado a otro nivel de complejidad: La descripción de actividad está establecida en el Cuadro 11 y el flujograma en la Figura 9.
- Egreso por traslado a hospitalización: La descripción de actividad está especificada en el Cuadro 12 y el flujograma en la Figura 10.

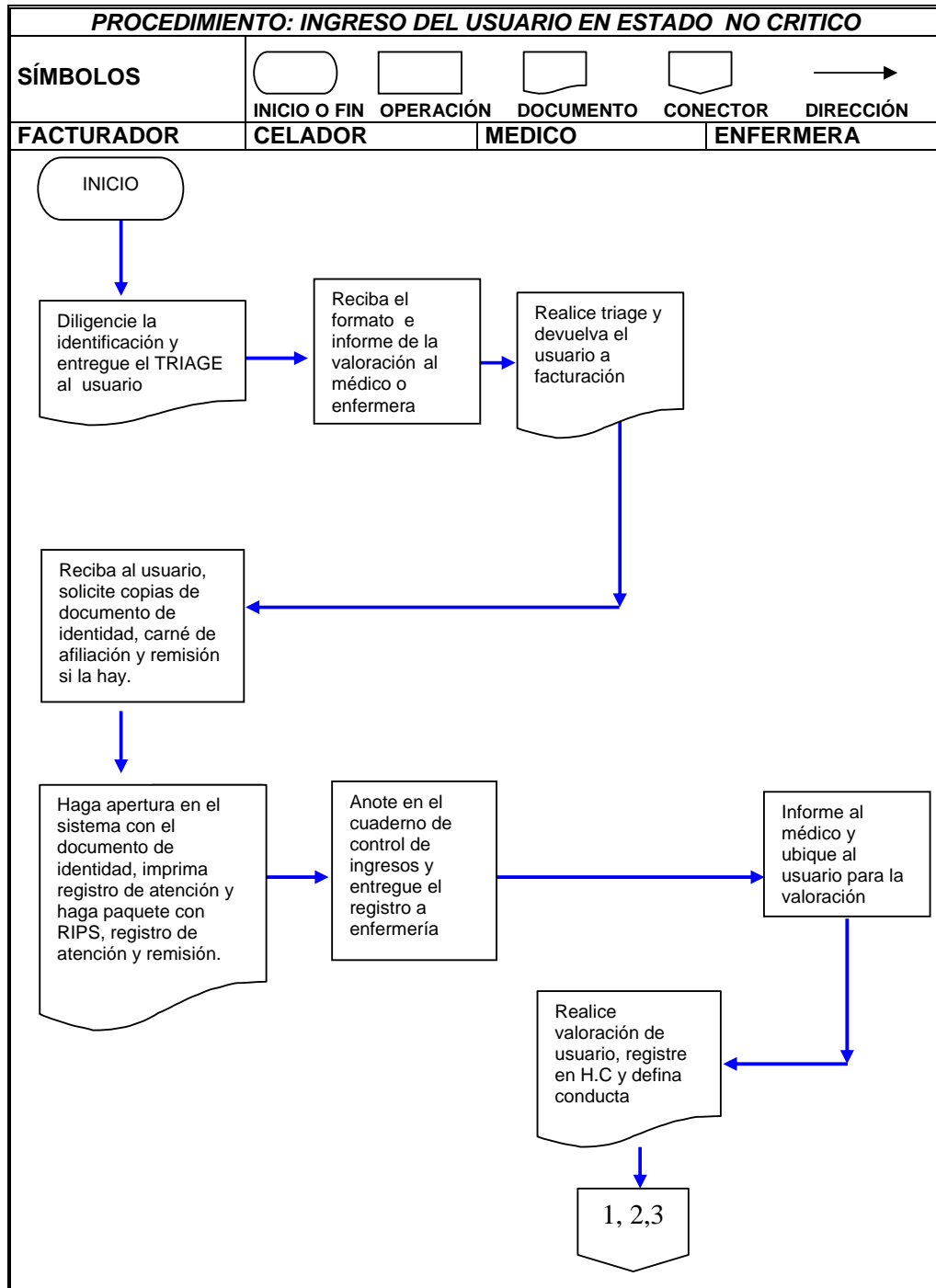
Cuadro 6. Identificación de procedimiento: Ingreso de usuario al Servicio de Urgencias.

		SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
CODIGO: PRU 01		REVISIÓN: 01	FECHA: JUNIO 10 DE 2004
NOMBRE DEL PROCESO		PRODUCCIÓN HOSPITALARIA	
SUBPROCESO		CONSULTA MEDICA	
PROCEDIMIENTO		INGRESO DEL USUARIO EN ESTADO CRITICO Y NO CRITICO AL SERVICIO DE URGENCIAS	
OBJETIVO		Suministrar una atención médica oportuna y adecuada, de acuerdo con la clasificación de la urgencia del paciente en el servicio.	
ALCANCE		Aplica a los subprocesos de consulta médica, valoración por especialista, enfermería, caja y facturación.	
DEFINICIONES.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>RIPS</i>: Registro Individual de Procedimientos • <i>TRIAGE</i>: Clasificación del grado de urgencia del usuario. 	
RESPONSABLES:		Médico del servicio, Jefe de Enfermería, Facturador.	
GUIAS GENERALES		<p>Implementos de higiene y seguridad: Permanente disposición de medicamentos, insumos médico quirúrgicos, asepsia del áreas, esterilización de equipos médico científicos.</p> <p>Actividades criticas: Clasificación del tipo de urgencia del usuario.</p>	
REFERENCIAS		RIPS de consulta, ínter consulta, registros de atención como: remisiones, historia clínica, orden de exámenes, protocolos de manejo, flujogramas de procedimientos, protocolos de bioseguridad, cuadernos de control de ingresos .	

Cuadro 7. Descripción del ingreso de usuario en estado no crítico al Servicio de urgencias.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL PACIENTE NO CRITICO SERVICIO DE URGENCIAS				
CODIGO: PRU 01-1		REVISIÓN: 1		FECHA: JUNIO DE 2004
PASO No	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD O TAREA	RESPONSABLE	TIPO DE FORMATOS	
1	Diligencie la identificación y entregue el TRIAGE al usuario	Facturador	Triage	
2	Reciba el formato e informe de la valoración al médico o jefe de enfermería	Celador		
3	Realice TRIAGE y devuelva al usuario a facturación	Médico	TRIAGE	
4	Reciba al usuario, solicite documento de identidad, carné de afiliación, y remisión si la hay	Facturador		
5	Haga apertura en el sistema con el documento de identidad, imprima registro de atención, haga paquete con RIPS, registro de atención y remisión	Facturador	Registro de atención con RIPS	
6	Anote en el cuaderno de control de ingresos, entregue el registro al auxiliar de enfermería,	Celador		
7	Informe al médico y ubique al usuario para la valoración	Enfermería		
8	Realice valoración del usuario, registre en historia clínica y defina conducta: alta, hospitalización, remisión u observación	Médico	Historia clínica	
9	Si la conducta es alta , elabore formula médica y cita de control	Médico	Formula médica	
10	Clasifique las copias de RIPS, registros y demás soportes y entréguelos en facturación, el original del registro anótelo en el libro de control y archívelo	Auxiliar Enfermería	RIPS, registros atención	
11	Facture los procedimientos realizados, haga firmar la factura al usuario	Facturador	Factura	
12	Si el usuario requiere hospitalización, ordene tratamiento y traslado a piso	Médico		
13	Inicie tratamiento y traslade con historia clínica al usuario	Auxiliar Enfermería		
14	Si el usuario requiere traslado a otro nivel de complejidad, elabore remisión y reporte al CRU o a la institución correspondiente	Médico	Remisión	
15	Si el usuario requiere ser ubicado en sala de observación, registre tratamiento y orden de exámenes	Médico		

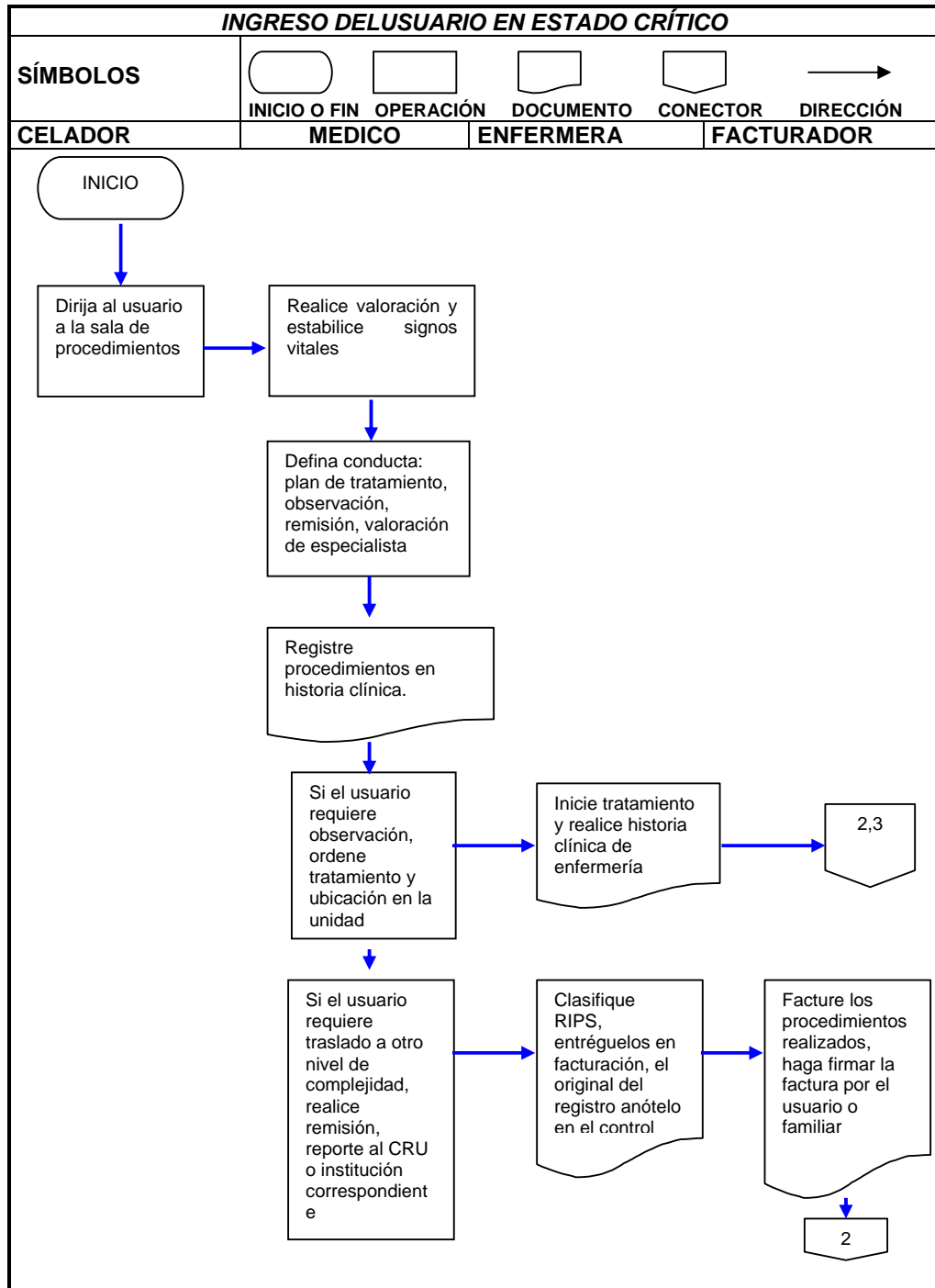
Figura 6. Flujograma de procedimiento ingreso del usuario en estado no crítico al servicio de urgencias




Cuadro 8. Descripción del ingreso de usuario en estado crítico al Servicio de Urgencias

PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL USUARIO EN ESTADO CRITICO AL SERVICIO DE URGENCIAS			
CODIGO: PRU 01-2		REVISIÓN: 1	FECHA: JUNIO DE 2.004
PASO No	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD O TAREA	RESPONSABLE	TIPO DE FORMATOS
1	Dirija al usuario a la sala de procedimientos	Celador	
2	Realice valoración y establezca signos vitales	Médico	
3	Defina conducta: Plan de tratamiento, observación, remisión, valoración por especialista	Médico	
4	Registre procedimientos en historia clínica	Médico	Historia clínica
5	Si el usuario requiere observación, ordene tratamiento y ubicación en la unidad.	Médico	
6	Inicie tratamiento y realice historia clínica de enfermería: hoja de notas de enfermería, administración de medicamentos, signos vitales, control de líquidos administrados y eliminados, hoja de inscripción.	Auxiliar Enfermería	Historia clínica de enfermería
7	Si el usuario requiere traslado a otro nivel de complejidad, elabore remisión y reporte al CRU o la institución correspondiente	Médico	
8	Clasifique las copias de RIPS, registros y demás soportes y entréguelos en facturación, el original del registro anótelos en el libro de control y archívelos	Auxiliar Enfermería	RIPS, registros de atención
9	Facture los procedimientos realizados, haga firmar la factura al usuario o familiar	Facturador	Factura

Figura 7. Flujograma del procedimiento: Ingreso del usuario en estado crítico al Servicio de Urgencias



Cuadro 9. Identificación de procedimiento: Egreso del usuario del Servicio de Urgencias.

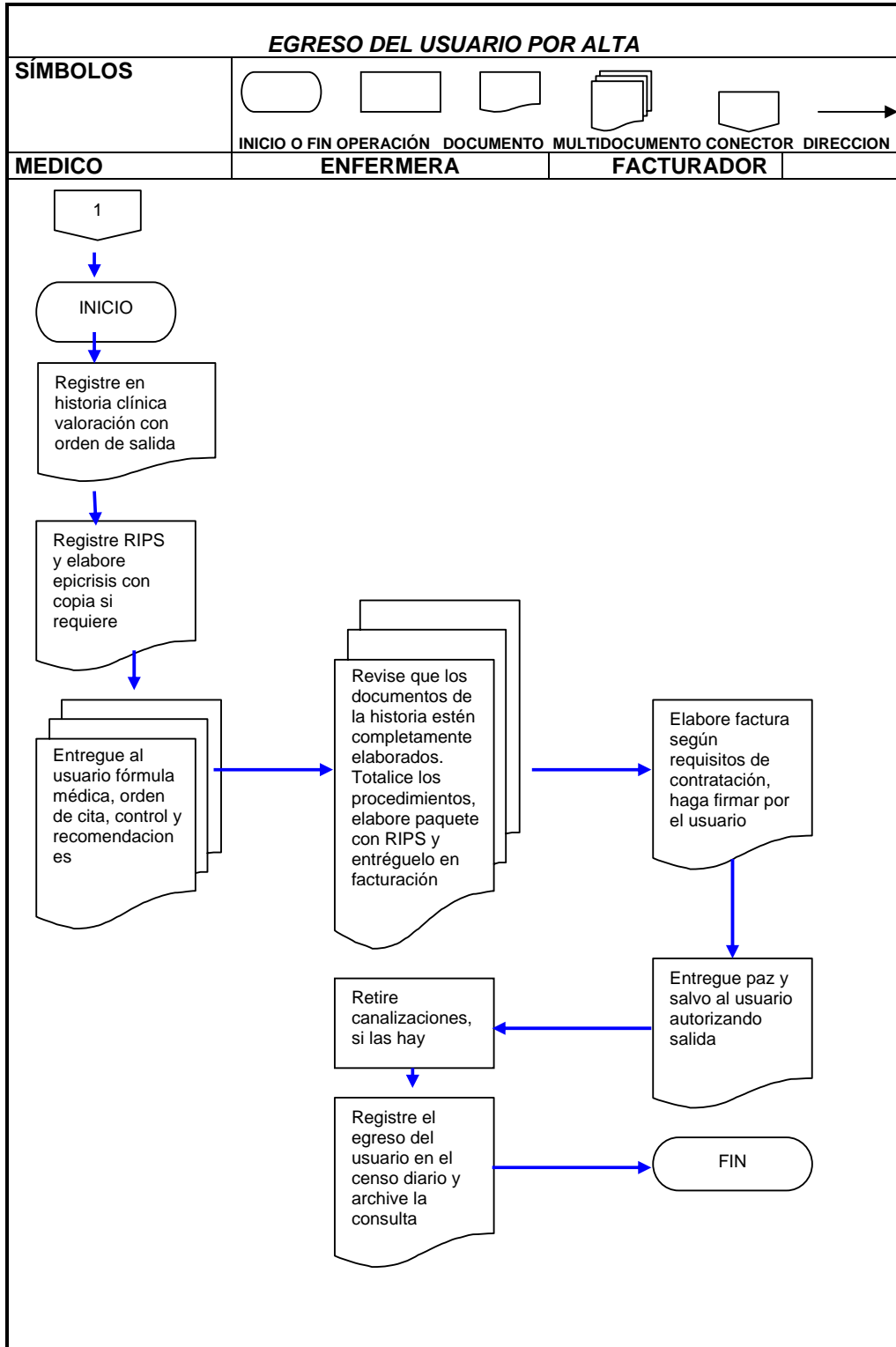
		SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
CODIGO: PRU 02		REVISIÓN: 1	FECHA: JUNIO DE 2.004
NOMBRE DEL PROCESO		PRODUCCIÓN HOSPITALARIA	
SUBPROCESO		CONSULTA MEDICA	
PROCEDIMIENTO		EGRESO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS	
OBJETIVO		Asegurar el cumplimiento de todas las disposiciones e instructivos requeridos para autorizar la salida del paciente del servicio de urgencias.	
ALCANCE		Aplica a los subprocesos de consulta médica, valoración por especialista, enfermería, caja y facturación.	
DEFINICIONES.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>RIPS</i>: Registro Individual de Procedimientos • <i>REMISION</i>: Documento en el cual se registra el resumen de historia clínica del usuario que se envía a otra institución. • <i>C.R.U</i>: Centro Regulador de Urgencias del Hospital Universitario Ramón González Valencia. Lugar donde son reportados los usuarios que van a ser remitidos a esa institución, para su aceptación. • <i>EPICRISIS</i>: Documento en el cual se registra el resumen de historia clínica de ingreso, tratamiento aplicado, evolución y condición del usuario a la salida del servicio. 	
RESPONSABLES:		Médico del servicio, Jefe de Enfermería, Facturador.	

GUIAS GENERALES	Actividades críticas: Definición de conducta, aceptación de remisión en otra institución, servicio facturado Actividades previas: Valoraciones médicas, de enfermería y aplicación de tratamiento
REFERENCIAS	RIPS de consulta, interconsulta, registros de atención, remisiones, historia clínica, orden de exámenes, protocolos de manejo, flujogramas de procedimientos, protocolos de bioseguridad, cuadernos de control de egresos.

Cuadro 10. Descripción egreso de usuario por alta médica.

PROCEDIMIENTO: EGRESO DEL USUARIO POR ALTA MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS			
CODIGO: PRU 02-1		REVISIÓN: 1	FECHA: JUNIO DE 2.004
No de Pasos	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O TAREA	RESPONSABLE	TIPO DE FORMATOS
1	Registre en historia clínica valoración con orden de salida	Médico	Historia clínica
2	Registre RIPS y elabore epicrisis con copia si requiere	Médico	RIPS
3	Entregue al usuario fórmula médica de salida, orden de cita de control y recomendaciones	Médico	Fórmula médica
4	Revise que los documentos de la historia clínica estén completamente elaborados, totalice los procedimientos, elabore paquete con RIPS, interconsulta, procedimientos, copia de epicrisis y entréguela en facturación	Auxiliar Enfermería	Registro de atención RIPS
5	Elabore la factura según requisitos exigidos en contratación, haga firmar al usuario	Facturador	Factura
6	Entregue Paz y Salvo al usuario autorizando salida	Facturador	Paz y Salvo
7	Retire canalizaciones, si las hay	Auxiliar Enfermería	
8	Registre egreso del usuario en el censo diario de sala de observación y archive la consulta	Auxiliar Enfermería	

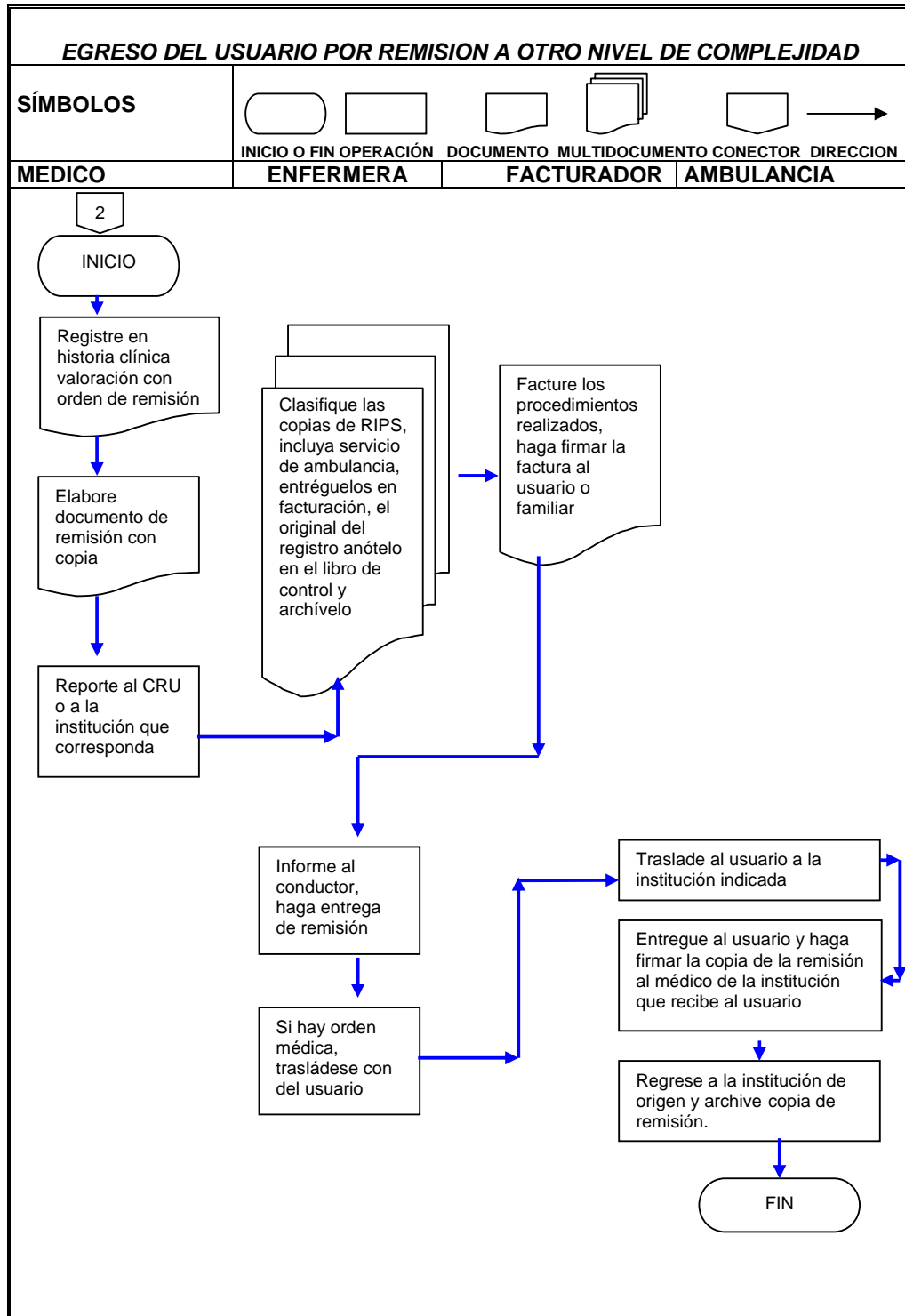
Figura 8. Flujoograma del procedimiento egreso del usuario por alta medica en el Servicio de Urgencias



Cuadro 11. Descripción del egreso del usuario por remisión.

PROCEDIMIENTO: EGRESO DEL USUARIO POR REMISION A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD			
CODIGO: PRU 02-2		REVISIÓN: 1	FECHA: JUNIO DE 2.004
No de Pasos	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O TAREA	RESPONSABLE	TIPO DE FORMATOS
1	Realice consulta, diligencie RIPS y registre orden de remisión	Médico	Historia clínica
2	Elabore documento de remisión con copia	Médico	Remisión
3	Reporte el usuario al CRU o a la institución que corresponda	Médico	
4	Clasifique las copias de RIPS, servicio de ambulancia, registros y demás soportes y entréguelos en facturación, el original del registro anótelos en el libro de control y archívelos	Auxiliar Enfermería	Registro de atención RIPS
5	Facture los procedimientos realizados, haga firmar la factura al usuario o familiar	Facturador	Factura
6	Informe a conductor de ambulancia, haga entrega de remisión	Auxiliar Enfermería	
7	Si hay orden médica, trasládese con el usuario en la ambulancia	Auxiliar Enfermería	
8	Traslado del usuario a la institución indicada	Conductor Ambulancia	
9	Entregue al usuario y haga firmar la copia al médico de la institución que recibe al usuario.	Conductor de Ambulancia	Copia de remisión
10	Regrese a la institución de origen y archive copia de remisión.	Conductor de Ambulancia	

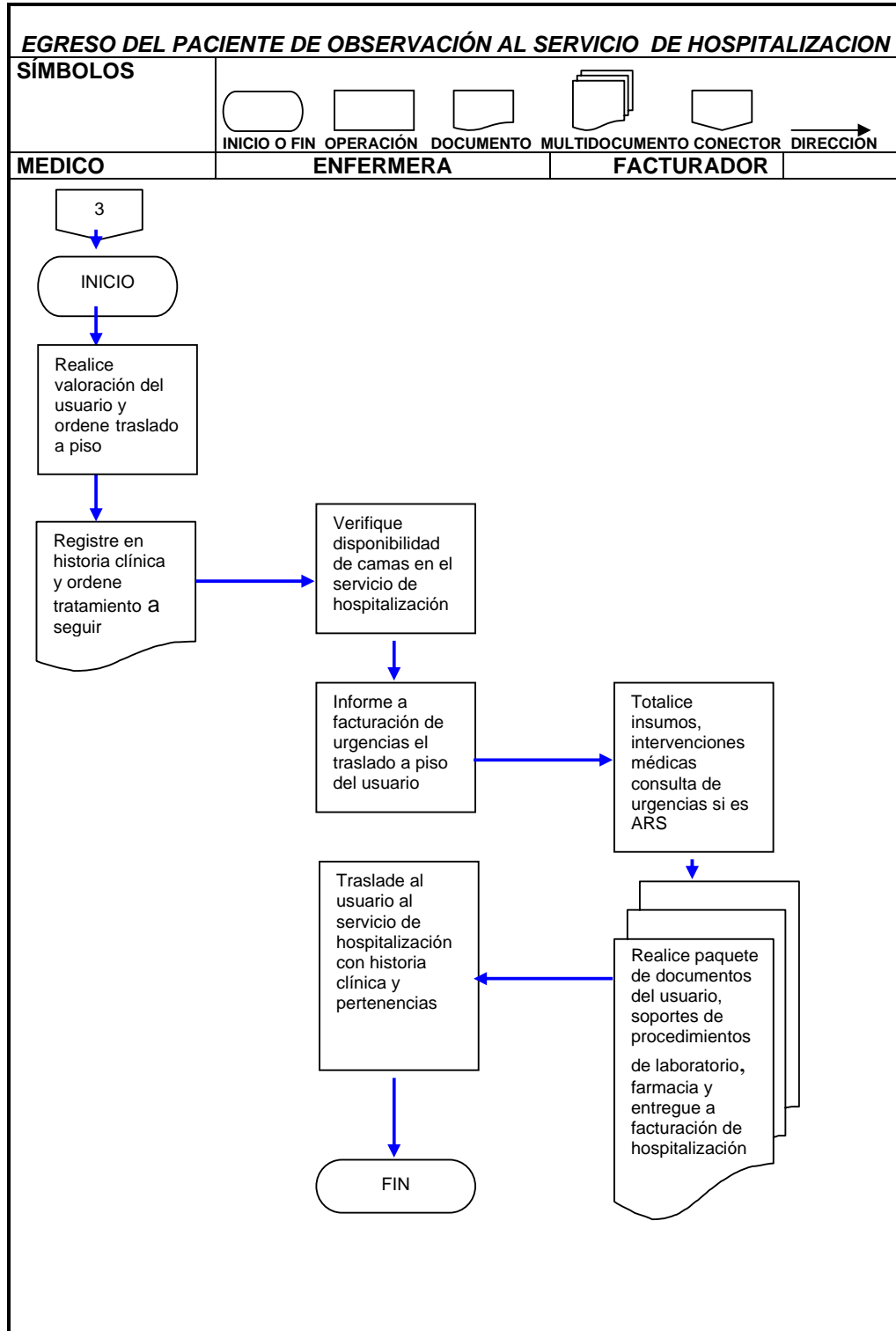
Figura 9. Flujoograma de procedimiento egreso de usuario por remisión en el servicio de urgencias



Cuadro 12. Descripción del egreso de usuario por traslado a hospitalización.

PROCEDIMIENTO: EGRESO DEL USUARIO DE OBSERVACION POR TRASLADO A HOSPITALIZACION			
CODIGO: PRU 02-3		REVISIÓN: 1	FECHA JUNIO DE 2.004
No de Pasos	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O TAREA	RESPONSABLE	TIPO DE FORMATOS
1	Realice valoración del usuario y ordene traslado a piso	Médico	
2	Registre en historia clínica y ordene tratamiento a seguir	Médico	Historia clínica
3	Verifique disponibilidad de camas en el servicio de hospitalización	Enfermería	
4	Informe a facturación de urgencias el traslado a piso del usuario	Auxiliar Enfermería	Traslado a hospitalización
5	Totalice insumos, intervenciones médicas, consulta de urgencias, si es ARS	Facturador	
6	Realice paquete de documentos del usuario, soportes de procedimientos de laboratorio, farmacia y entregue en facturación de hospitalización	Facturador	Factura
7	Traslade al usuario al servicio de hospitalización con historia clínica y pertenencias.	Auxiliar Enfermería	

Figura 10. Flujograma del procedimiento egreso del usuario por traslado a hospitalización



8. CONCLUSIONES

El desarrollo y elaboración de este proyecto nos permitió:

- Conocer y profundizar en la familia de normas de calidad ISO 9000 y en su adaptación al sector salud.
- Ampliar nuestros conocimientos y experiencias en la filosofía de la calidad y en la importancia de ésta para la vida personal y de las organizaciones en general.
- Constatar que la calidad es un aspecto de la gestión empresarial que se consigue a través de diferentes herramientas, lo esencial para su abordaje, es tener la disposición política de la Alta Gerencia para iniciar procesos que permitan la aplicación de programas acordes con las necesidades específicas de cada institución.
- Comprender que todas las organizaciones independientemente del sector al que pertenezcan, requieren de un direccionamiento estratégico gestado en el nivel directivo y socializado entre los funcionarios, para alcanzar metas comunes que orienten la gestión hacia la efectividad de los resultados.
- Profundizar en la elaboración y análisis de los procesos, los cuales son un instrumento necesario para trabajar la calidad en una institución, ya que estos permiten la articulación de todas las actividades y procedimientos para el logro de los propósitos de la organización.

- Entender que un enfoque de trabajo basado en procesos caracterizados y estandarizados, permiten que la prestación del servicio sea llevada a cabo de manera correcta, lo que conlleva a racionalizar recursos, tener una secuencia lógica del trabajo, cumplir objetivos con efectividad y evaluar el desempeño de los mismos.

- Clarificar que los usuarios que reciben un servicio de salud han tenido poca capacidad para juzgar la conveniencia de la atención ofrecida, por ello los programas de calidad brindan una oportunidad de hacer participe al usuario, para que comunique su percepción con respecto a la atención recibida y así tomar decisiones acertadas que faciliten el buen funcionamiento de la organización; el principal objetivo de trabajar con calidad es tener usuarios satisfechos, lo que implica conocer las necesidades y cumplir las expectativas de los mismos.

- Analizar que un Hospital es una empresa que brinda atención médica a personas con necesidades físicas, emocionales y socioeconómicas, por lo tanto la calidad debe ser el motor que guíe la misión institucional para dar el mayor beneficio a los usuarios con los menores riesgos posibles lo que se traducirá en rentabilidad económica y legitimidad social.

- El Sistema de Gestión de Calidad requiere de la evaluación continua de todos los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos que permitan detectar fallas, corregir y mejorar continuamente.

9. RECOMENDACIONES

- Con la propuesta presentada en este proyecto, se sugiere al hospital implementar un Sistema de Gestión de Calidad, para dar respuesta a las necesidades encontradas en el diagnóstico y cumplir con la normatividad mencionada en el marco legal de este trabajo.
- Analizar y evaluar por la alta dirección, la plataforma estratégica validada en este proyecto, para trazar directrices claras adaptadas a la realidad que vive el hospital y ser socializadas entre los funcionarios, lo que permitirá trabajar en equipo y tener un hospital mas competitivo.
- Evaluar lo realizado en el proyecto y complementar la identificación de procedimientos asistenciales y administrativos entre todos los funcionarios que son partícipes de estas actividades, para cumplir la totalidad de requisitos especificados en la ISO 9001:2000 y hacer del trabajo diario un proceso predecible y sin errores.
- Crear mecanismos que permita medir la satisfacción del usuario, para evaluar constantemente el cumplimiento de las expectativas del mismo y la calidad de los servicios prestados.
- La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Floridablanca es una institución pública que tiene como principal fortaleza el talento humano el cual debe ser vinculado participativamente en el diseño, implementación, evaluación y mejora del sistema de gestión de calidad para crear una cultura organizacional basada en principios de calidad.

- Adelantar acciones para realizar una planificación y evaluación de los procesos administrativos y asistenciales que permitan tener una gestión organizada con responsabilidades definidas y acciones sistemáticas, con el fin de garantizar la calidad del servicio y la satisfacción de usuarios y funcionarios.
- Para orientar la implementación del sistema de gestión de calidad en el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, se elaboró un cuadro que resume las actividades que debe adelantar la alta dirección para complementar la propuesta consignada en este trabajo; dicho resumen se encuentra en el cuadro 13 y contiene las actividades necesarias del sistema, el objetivo, metodología, fechas sugeridas y los responsables.

Cuadro 13. Plan de acción para orientar el inicio de la propuesta en el ultimo semestre del año 2004

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGIA	FECHA	RESPONSABLE
Presentación del proyecto a la UIS	Dar a conocer formalmente la propuesta ante las directivas del postgrado para su evaluación	Exposición de proyecto	III semana de Julio	Autoras del proyecto
Presentación de propuesta al Hospital	Entregar formalmente los resultados del proyecto ante las directivas del Hospital	Exposición de propuesta y entrega de resultados	II semana de Agosto	Autoras de proyecto
Revisión y análisis del proyecto	Evaluar la implementación de la propuesta en la institución y la disponibilidad de recursos para el mismo.	Reunión de la alta dirección	III semana de Agosto	Gerente y su equipo de dirección
Designar un responsable para la implementación del SGC	Asegurar que se establece, implementa y retroalimenta el SGC	Delegación de un miembro de la alta dirección	I semana de Septiembre	Gerente
Socializar los elementos del SGC: Elementos estratégicos, mapas de procesos, caracterización procesos y procedimientos.	Interiorizar el contenido, alcance y aplicación de los elementos del SGC por parte de todos los funcionarios involucrados.	Medios impresos de comunicación Programa de capacitación y motivación Charlas, carteleras	II semana de Septiembre	Jefe de recursos humanos
Identificar la documentación adicional que requiera el hospital para cumplir sus propósitos	Involucrar en el sistema a los funcionarios administrativos y de soporte logístico	Reuniones entre jefes de departamento y funcionarios. Entrevistas	I semana de Octubre	Asesoría externa
Desarrollar una metodología que permita conocer las expectativas y necesidades del usuario	Conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y mejorar la atención en salud del mismo.	Encuestas Sistema de atención de quejas y sugerencias	IV semana de Octubre	Recursos humanos

Definir mecanismos y estrategias que faciliten la comunicación interna	Lograr que todos los funcionarios tengan conocimiento pleno del SGC del hospital, su contenido, alcance y aplicación	Reuniones programadas entre alta dirección, jefes de departamentos y funcionarios. Circulares, memorandos, conferencias, charlas.	I semana de Noviembre	Jefe de Recursos humanos
Crear el modelo de Gestión Humana que determine y desarrolle las competencias de las personas, incluyendo los programas de formación correspondiente.	Disponer de funcionarios competentes y comprometidos con la institución.	Determinar perfiles de cargos. Identificar necesidades de formación. Desarrollar programas de capacitación y evaluar su efectividad. Llevar registros de la formación impartida	III semana de Noviembre	Jefe Recursos Humanos
Desarrollar estudios de adecuación de infraestructura según Resolución 4252 de 1996.	Prestar servicios de salud en instalaciones y ambiente físico apropiado.	Revisión de la Resolución 4252 de 1996 y trabajos de campo con lista de chequeo.	IV semana de Noviembre	Control interno
Establecer un directorio de proveedores y definir los requisitos específicos para su selección y evaluación	Contar con insumos y equipos oportunamente y apropiados para la prestación del servicio.	Documentar los Requisitos. Registrar lista de proveedores. Realizar registros de Evaluación.	IV semana de Noviembre	Jefe de suministros
Elaborar e implementar protocolos de higiene y bioseguridad para el servicio.	Prestar servicios con el mínimo riesgo de contaminación para el usuario y funcionarios	Revisión de normas establecidas por el Ministerio. Reuniones con funcionarios y jefes	I semana de Noviembre	Director médico y Jefe Enfermería
Establecer registros de control y mantenimiento de equipos.	Mantener los equipos para la prestación de servicios de salud en permanente estado de funcionamiento	Inventario anual de equipos. Registros de mantenimiento. Programación de mantenimiento.	I semana de Diciembre	Jefe de mantenimientos.
Cumplir con el proceso de evaluación y mejora del SGC	Mejorar la efectividad de los procesos	Evaluación de indicadores, resultados de auditorías y encuestas de satisfacción de usuarios	Semestralmente	Responsable del SGC y gerente

Constituir un comité de calidad que oriente la implementación y mantenimiento del SGC	Asegurar que el SGC se mantenga vigente en la institución a través del tiempo	Nombrar integrantes Definir responsabilidades Plan de acción con metas	II de Agosto	Gerente
---	---	--	--------------	---------

10. BIBLIOGRAFÍA

ARANAZ ANDRES, Jesús. La Calidad en los Servicios Sanitarios. Una Propuesta General para los Servicios Clínicos. <http://neurologi.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

ARDON, Nelson R. Sistemas para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales Públicos de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá 2003. www.gerenciasalud.com

BUSTOS, Alvaro Enrique . Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud. Especialización en Administración de servicios de Salud. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2.003

CAICEDO, Carlos. La Importancia de la Normalización sobre Calidad. 1997

CAMARENA, María Lourdes. El Proceso de la Calidad en los Servicios de Salud HARRINGTON, H. J. Administración Total del mejoramiento Continuo. La Nueva Generación. Editorial. McGraw-Hill. 2000

DIPRETI, Lori y otros. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo. Segunda Edición. USAID Bethesda Maryland

DONABEDIAN, Avedis. Garantía y Monitoría de la Calidad de la atención médica

DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atención médica. La Prensa Médica Mexicana. México, 1991.

DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la Atención en Salud. Volumen 3
Junio de 1996.

DONABEDIAN, Avedis. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la
Calidad. Salud Pública de México Mayo – Junio de 1993, Vol. 35

FALCONI, Vicente. TQC Control de la Calidad Total al Estilo Japonés.
Bloch Editores S.A. Río de Janeiro, Brasil. 1994

GOMEZ FUENTES, Carlos Alfredo. Modulo de Planeación en Salud.
Bucaramanga Universidad Industrial de Santander. Especialización en
Administración en Servicios de Salud 2003

GUASPARI, Jhon. Erase una vez una fábrica..... Bogotá, NORMA, 1996

GUTIERREZ, Mario. Administrar para la Calidad. México Editorial Limusa,
1992.

HARRINGTON, H. J. Mejoramiento de los Procesos de la empresa.
Editorial. McGraw-Hill. Prensa Moderna Impresores S.A. Cali Colombia.
Abril de 2000

ICONTEC, NTC-ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de Calidad.
Fundamentos y Vocabulario. Bogotá 2000

ICONTEC, NTC-ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de Calidad.
Requisitos. Bogotá 2000

JURAN, Joseph M. Juran y el Liderazgo Para la Calidad. Madrid,
Ediciones Díaz de Santos, 1990

JURAN, J.M. Análisis y Planeación de la Calidad. Editorial McGraw-Hill tercera edición 1995

KERGUELEN, Carlos. Calidad en salud. Editorial Centro de gestión Hospitalaria, Colombia 2003

LEY 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. www.saludcolombia.com

MEJIA, Braulio. Gerencia de Proceso para la organización y el control interno de empresas de salud. Editorial ECOE EDICIONES, Colombia 2003

ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Origenes y Tendencias de la Calidad Total. www.gestiopolis.com

RUIZ Miriam, Metodología de la Investigación. Especialización en Administración de servicios de Salud. Bucaramanga, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2002.

TORREGROSA SÁNCHEZ, Rafael. Calidad, Concepto y Generalidades, Consorcio Hospital General Universitario. Valencia España. www.2.san.gva.es/hguv/dscargas/quiosco/calidad_generalidades.PDF

ANEXO A

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO TENIENDO EN CUENTA LA NORMA ISO 9001:2000 PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA

OBJETIVO: Conocer la situación actual del servicio de urgencias en cuanto a la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2000 para proponer alternativas de mejoramiento de la calidad.

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

CARGO DEL ENTREVISTADO: _____

FECHA: _____

ANALISTA: _____

REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	EXPLICACIÓN DEL REQUISITO	APLICA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD				
4.1 REQUISITOS GENERALES	a) El servicio tiene identificados los procesos necesarios para el SGC?			
	b) El servicio tiene determinado la interacción y secuencia de estos procesos?			
	c) El servicio ha determinado los criterios y métodos necesarios para que la operación y el control de los procesos sean eficaces?			
	d) Ha asegurado la disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y seguimiento de los procesos?			

	e) Realizan seguimiento, medición y análisis de estos procesos?			
	f) Implementan acciones para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos?			
4.2. Requisitos de la Documentación				
4.2.1. Generalidades	a) El servicio tiene definida una política y objetivos de calidad?			
	b) El servicio posee un manual de calidad?			
	c) El servicio tienen procedimientos establecidos, documentados, implementados y mantenidos?			
	d) Tienen documentos que aseguren la eficacia en la planificación, operación y control de sus procesos?			
	e) El servicio tiene registros que proporcionen evidencia de actividades desarrolladas?			
4.2.2. Manual de calidad	a) El manual incluye el alcance del SGC, incluye detalles y justificación de exclusiones?			
	b) Incluye los procedimientos documentados establecidos en el SGC?			
	c) Existe la descripción de la interacción de los procesos del SGC?			
4.2.3. Control de los documentos: Tienen	a) La aprobación de los documentos antes de su			

definidos y documentados los procedimientos para controlar:	emisión?			
	b) Revisar y actualizar los documentos y aprobarlos nuevamente?			
	c) Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos?			
	d) Asegurar que las versiones de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso?			
	e) Los documentos permanecen legibles e identificables?			
	f) Se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución?			
	g) Se previene el uso de documentos obsoletos y se aplica una identificación en caso de que sean mantenidos?			
4.2.4. Control de registros	a) Existen registros que proporcionen evidencia de la conformidad con los requisitos del servicio y la operación eficaz del SGC?			
	b) Los registros son legibles, fácilmente identificables y recuperables?			
	c) Existe un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación,			

	almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros?			
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN				
5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	a) La alta dirección ha comunicado la importancia de satisfacer los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios?			
	b) La dirección estableció una política y unos objetivos de calidad?			
	c) Realiza revisiones continuamente?			
	d) Asegura la disponibilidad de recursos?			
5.2. ENFOQUE AL CLIENTE	a) La alta dirección ha asegurado que los requisitos del usuario se determinen y se cumplan con el fin de aumentar la satisfacción del usuario?			
5.3. POLÍTICA DE CALIDAD	a) Es adecuada para el propósito del hospital?			
	b) Incluye compromisos de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC?			
	c) La PC proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?			

	d) Esta política ha sido comunicada y entendida?			
	e) Es revisada para su continua adecuación?			
5.4. PLANIFICACIÓN				
5.4.1. Objetivos de calidad	a) Los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro del hospital?			
	b) Son medibles y coherentes con la política de calidad?			
5.4.2. Planificación del SGC	a) La alta dirección se asegura de que la planificación del SGC se realiza con el fin de cumplir los requisitos y objetivos de calidad?			
	b) Se mantiene la integridad del SGC cuando se realizan cambios?			
5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.				
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	Las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas en el servicio?			
5.5.2. Representante de la dirección	a) Existe un miembro de la dirección que se asegure de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el SGC?			
	b) El representante informa a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y cualquier necesidad o mejora?			

	c) El representante se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del usuario en todos los niveles del servicio y el hospital?			
5.5.3. Comunicación interna	La alta dirección se asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del SGC?			
5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
5.6.1. Generalidades	a) La alta dirección revisa a intervalos planificados el SGC, para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua?			
	b) Esta revisión incluye la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGC, incluyendo la política y objetivos de calidad?			
	c) Existen registros de las revisiones realizadas por la dirección?			
5.6.2. Información para la revisión:	La información incluye:			
	a) Resultados de auditorías			
	b) Retroalimentación del usuario			
	c) Desempeño de los procesos y conformidad con el			

	servicio			
	d) Estado de las acciones correctivas y preventivas			
	e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas			
	f) Cambios que puedan afectar el SGC			
	g) Recomendaciones para la mejora			
5.6.3. Resultados de la revisión	a) Los resultados de la revisión incluyen la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos?			
	b) Incluyen la mejora del servicio en relación con los requisitos del usuario?			
	c) Las necesidades de recursos?			
6. GESTION DE LOS RECURSOS				
6.1. Provisión de recursos:	a) El hospital ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC y mejorar su eficiencia?			
	b) Ha determinado y proporcionado recursos para aumentar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de sus requisitos?			
6.2. RECURSOS HUMANOS				
6.2.1. Generalidades	a) El personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio son competentes con base en educación,			

	formación, habilidades y experiencias apropiadas?			
6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación	a) El hospital ha determinado la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio?			
	b) El hospital proporciona formación o toma acciones para satisfacer estas necesidades?			
	c) El hospital evalúa la eficacia de las acciones tomadas?			
	d) El hospital se asegura que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad?			
	c) El hospital mantiene los registros apropiados de educación, formación, habilidades y experiencia?			
6.3. INFRAESTRUCTURA	a) El hospital ha determinado, proporcionado y mantenido la estructura necesaria para lograr la conformidad de la prestación del servicio?			
6.4. AMBIENTE DE TRABAJO	a) El hospital determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio?			
7. REALIZACION DEL PRODUCTO				

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	a) Tienen definidos objetivos de calidad y los requisitos para la prestación del servicio?			
	b) Tienen documentados y establecidos los procesos y cuentan con los recursos específicos para la prestación del servicio?			
	c) Tienen actividades de validación, verificación, seguimiento e inspección y tienen establecidos criterios que definan la aceptación de la prestación del servicio?			
	d) Tienen los registros necesarios que evidencien el cumplimiento de los requisitos para la prestación del servicio?			
7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE.				
7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto	a) Tienen definidos los requisitos especificados por el usuario para la prestación del servicio?			
	b) Tienen definidos los requisitos no establecidos por el usuarios, pero necesarios para la prestación del servicio?			
	c) Están definidos los requisitos legales y reglamentarios para la prestación del servicio?			
	d) Existen otros requisitos			

	determinados por la institución para la prestación del servicio?			
7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto	a) Están definidos los requisitos para la prestación del servicio?			
	b) Existen diferencias entre los requisitos para la prestación del servicio y los establecidos en los contratos para la prestación del servicio?			
	c) La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos?			
7.2.3 Comunicación con el cliente	a) Se le informa al usuario los servicios que se prestan?			
	b) Se le informa al usuario sobre planes de beneficio, contratos con EPS o ARS, servicios de referencia y contrareferencia?			
	c) Se realiza retroalimentación con el usuario sobre sus quejas?			
7.3. DISEÑO Y DESARROLLO				
7.3.1. Planificación del diseño y dlo.	a) Tienen determinadas las etapas para el desarrollo de la prestación del servicio?			
	b) Revisan, verifican y validan las etapas de la prestación del servicio?			
	c) Están definidos las responsabilidades y			

	autoridades para las etapas de la prestación del servicio?			
7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	a) Los elementos de entrada para la prestación del servicio incluyen los requisitos funcionales y de desempeño?			
	b) Incluyen los requisitos legales y reglamentarios aplicables?			
	c) Incluyen la información proveniente de diseños previos?			
	d) Incluyen otros requisitos esenciales?			
7.3.3. Resultados para el diseño y desarrollo	a) Cumplen los requisitos de los elementos de entrada?			
	b) Proporcionan la información necesaria para la prestación del servicio?			
	c) Hacen referencia a los criterios de aceptación de la prestación del servicio?			
	d) Especifican las características de la prestación del servicio?			
7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo	a) Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo a lo planificado?			
	b) Se evalúan la capacidad de los resultados para hacer cumplir los requisitos?			
	c) Se identifican los problemas y se proponen acciones?			
	d) Los participantes de las revisiones incluyen			

	representantes de las funciones relacionadas con las etapas de diseño y desarrollo que se están revisando?			
	e) Se mantienen registros de los resultados de las revisiones y de las acciones necesarias?			
7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo	a) En la verificación los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada?			
	b) Se mantienen registros de los resultados de la verificación?			
7.3.6. Validación del diseño y desarrollo	a) La validación asegura que el servicio prestado es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada?			
	b) Se mantienen registros de los resultados de la validación?			
7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo	a) Los cambios del diseño se identifican y se mantiene registrados?			
	b) Los cambios se revisan, verifican, validan y se aprueban antes de su implementación?			
	c) La revisión de los cambios incluye la evaluación del efecto de los cambios y en el servicio ya prestado?			
	d) Se mantienen registros de			

	los resultados de la revisión de los cambios?			
7.4. COMPRAS				
7.4.1. Proceso de compras	a) Existen requisitos de compra especificados?			
	b) Existen control al proveedor y al producto?			
	c) Existe evaluación y selección de proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos del hospital?			
	d) Tienen establecidos criterios para la selección, evaluación y reevaluación de proveedores?			
	e) Se mantienen registros de los resultados de las evaluaciones?			
7.4.2 Información de compras	a) La información de compras describe el producto a comprar?			
	b) Esta información incluye la aprobación del producto, procedimientos, equipos y procesos?			
	c) Incluye los requisitos para la calificación del personal (proveedores)?			
	d) Conocen los sistemas de calidad que manejan los proveedores o como aseguran la calidad de los productos que compran?			
	e) La institución se asegura			

	de la adecuación de los requisitos de compra antes de comunicárselos al proveedor?			
7.4.3. Verificación del producto comprado	Están establecidas e implementadas acciones que garanticen que el producto comprado cumple con los requisitos?			
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO				
7.5.1 Control de la prestación del servicio	a) La institución planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas?			
	b) Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de la información que describa las características del servicio prestado?			
	c) Incluye la disponibilidad de las instrucciones de trabajo?			
	d) Incluye el equipo apropiado para la prestación del servicio?			
	e) Incluye la disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición de la prestación del servicio?			
	f) Incluye la implementación del seguimiento y la medición?			
	g) Tienen criterios definidos para la salidas de pacientes, remisiones, contraremisiones?			
	a) Tienen procesos establecidos para el control			

7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio	posterior del paciente atendido en el servicio?			
7.5.3 Identificación y trazabilidad	a) Lleva registros de los tratamientos médicos suministrados a los pacientes?			
	b) Se tiene acceso a dicha información en el servicio en cualquier momento?			
7.5.4 Propiedad del cliente	a) El servicio de urgencias cuida los bienes que son propiedad del usuario mientras está, bajo el control del servicio o estén siendo utilizados por el mismo?			
	b) El servicio identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes del usuario, suministrados para su utilización o incorporación dentro de la prestación del servicio?			
7.5.5 Preservación del producto	a) Tienen establecidas normas de bioseguridad en el servicio que permitan proteger de contaminación tanto al usuario como al personal?			
7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION	a) Existen dispositivos de seguimiento y medición que evidencian la conformidad con el servicio prestado?			

	b) Se evalúa el seguimiento y medición del servicio prestado?			
	c) Los equipos médicos se verifican a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales?			
	d) Los equipos médicos se ajustan o reajustan cuando es necesario?			
	e) Los dispositivos de medición se protegen contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición?			
	f) Tienen historia o inventario de equipos para reconocer el estado de calibración?			
	g) Se protegen contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición del equipo?			
	h) Se protegen contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y almacenamiento?			
8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA				
8.1. Generalidades	El servicio planifica e implementa procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para:			
	a) Determinar la conformidad del producto			

	b) Asegurar la conformidad del SGC			
	c) Mejorar continuamente la eficacia del SGC			
8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				
8.2.1. Satisfacción del cliente	a) El servicio realiza seguimiento de la información relativa a la percepción del usuario con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte del servicio?			
	b) Tienen determinados métodos para obtener y utilizar esta información?			
8.2.2. Auditoria interna	El servicio lleva a intervalos planificados auditorias internas para determinar si:			
	a) El sistema de gestión de la calidad cumple los requisitos de la norma y los establecidos por el servicio?			
	b) Si se ha implementado el sistema de gestión de calidad y se mantiene eficazmente?			
	c) Existen programas de auditoria interna?			
	d) Tienen definidos los criterios de auditoria?			
	e) Tienen definidos en un procedimiento documentado las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorias, para informar los resultados y mantener los registros?			
	El responsable del servicio			

	auditado se asegura que se toman las acciones para eliminar las no conformidades?			
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	a) Existen métodos apropiados de seguimiento y medición de los procesos?			
	b) Estos métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?			
	c) Cuando no se alcanzan los resultados se llevan a cabo acciones correctivas para asegurar la conformidad en el servicio?			
8.2.4. Seguimiento y medición del producto	a) El servicio mide y hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?			
	b) SE realiza en las etapas apropiadas del proceso de prestación del servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas?			
	c) Se mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación?			
8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	a) El hospital asegura que el servicio prestado que no sea conforme con los requisitos se identifica y controla para prevenir su uso?			
	b) Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con			

	la prestación del servicio no conforme deben estar definidas en un procedimiento documentado?			
	c) Toman acciones para eliminar la no conformidad de la prestación del servicio detectada?			
	d) Autorizan su aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando sea aplicable por el usuario?			
	e) Toman acciones para impedir la aplicación del servicio no conforme?			
	f) Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido?			
	g) Se verifica la prestación del servicio corregido?			
8.4. ANALISIS DE DATOS	a) El servicio determina, recopila y analiza datos par demostrar la eficacia e idoneidad del SGC y par evaluar dónde puede realizarse la mejora continua?			
	b) Este análisis incluye los datos generados del resultado de seguimiento y medición y de otras fuentes pertinentes?			
	c) El análisis de datos muestran información sobre			

	la satisfacción del usuario?			
	d) Los datos obtenidos muestran conformidad en los requisitos para la prestación del servicio?			
	e) El análisis de datos proporciona información sobre las característica y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas?			
	f) El análisis de datos proporciona información requerida sobre los proveedores?			
8.5 MEJORA				
8.5.1 Mejora continua	a) El servicio mejora continuamente la eficacia del sistema mediante el uso de la política de calidad, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la dirección?			
8.5.2 Acción correctiva	a) El servicio toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir?			
	b) Existe un procedimiento documentado para revisar las no conformidades?			
	c) Para determinar las causas de las no conformidades?			
	d) Evaluar acciones para evitar las no conformidades?			
	e) Para evaluar la necesidad de adoptar acciones para			

	asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir?			
	f) Para determinar e implementar acciones necesarias?			
	g) Para revisar las acciones correctivas tomadas?			
8.5.3. Acción preventiva	a) El servicio determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia?			
	b) Existe un procedimiento documentado para determinar las no conformidades y sus posibles causas?			
	c) Para evaluar, determinar e implementar acciones para prevenir la ocurrencia de no conformidades?			
	d) Para registrar los resultados de las acciones tomadas?			
	e) Para revisar las acciones correctivas tomadas?			

Anexo B

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS ENCONTRADOS EN EL HOSPITAL ANTES DE LA VALIDACIÓN

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, es una Institución Pública de orden Departamental que brinda atención de Primer y Segundo Nivel de complejidad según su infraestructura física, en forma continua y oportuna a las personas que lo soliciten, participando activamente en el Desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de salud, para el Municipio de Floridablanca y su área de influencia.

Somos una Empresa Sólida con gran porvenir que trabaja prudentemente en la búsqueda interminable de nuevos retos de desarrollo y perfeccionamiento institucional y de nuestro talento humano, para lo cual se dispone de los mejores recursos tecnológicos y científicos que permitan hacer la Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento la enfermedad, obteniendo el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Trabajamos con seriedad y nos gusta lo que hacemos, suministrando a la comunidad servicios de alta calidad.

VISION

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Floridablanca busca el mejoramiento y bienestar a través del constante liderazgo en tecnología y servicios, asociados para satisfacer las necesidades de la comunidad.

Buscamos ser una entidad reconocida a nivel Departamental y Nacional por la integralidad en servicios humanizados de Prevención, Curación y Rehabilitación. Será la expresión de un sano equilibrio entre el balance social y económico los que darán la solidez estructural necesaria para adaptarse a los cambios del medio, permitiendo un continuo desarrollo e innovación, apoyado siempre en gente idónea con profundo sentido humano y ético.

POLÍTICAS

La institución se compromete a implantar programas de gestión de la calidad que garanticen la puntual conformación de los requisitos contractuales y de acuerdo con el presupuesto. Todo el personal es responsable de la calidad de los servicios prestados.

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca tiene claramente definido el segmento del mercado al cual se les presta los servicios de salud, incrementando el índice de pacientes mediante brigadas a la población pertenecientes a todos los barrios del Municipio de Floridablanca.

VALORES

Cada una de las personas encargadas de la prestación de servicios al usuario trabajan por el mejoramiento de la calidad del servicio.

PRINCIPIOS

Calidad en los servicios

Eficiencia en los procesos

Ética y responsabilidad en la atención

Satisfacción del cliente interno y externo

Participación comunitaria

Trato humanizado y respetuoso

Mejoramiento continuo

Dentro de la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca se soportara en los siguientes valores y objetivos:

1. Respeto por la calidad humana: la empresa social del estado Hospital

San Juan de Dios se entiende así misma como una comunidad con personas unidas por objetivos comunes lo cual impone responsabilidades y derechos recíprocos. Esta entidad se cimienta en la mutua confianza y el respeto de los principios y valores de los empleados, pero también en las exigencias y el cumplimiento de responsabilidades que imponen el ser miembro de la organización.

Por ello todos los colaboradores deben recibir de sus jefes orientación, apoyo en el desarrollo profesional, participación en las decisiones, trato adecuado y reconocimiento por su trabajo, entre otros, trabajo en equipo. Por otra parte, los colaboradores deberán comprometerse en el logro de resultados de la institución asumiendo las responsabilidades que les competen para alcanzar las metas corporativas.

2. El recurso humano: Los retos que debe afrontar la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, imponen exigencias elevadas en cuanto a la capacidad, voluntad,

aprendizaje, aporte y rendimiento de sus colaboradores. Debido a esto se fomentará el desarrollo de las capacidades y talentos de los individuos para que se encuentren su realización personal en los retos que ofrece la empresa.

El resultado de este compromiso será el desarrollo de un recurso humano con un alto grado de identificación y afiliación con los principios e ideales de la institución.

3. Actuación dentro de un marco de valores éticos: Que preserven la moralidad y tradición de la institución, tanto a nivel departamental y nacional.

4. Conocimiento del entorno: La dinámica de la sociedad y el compromiso del hospital San Juan de Dios de Floridablanca adelantará acciones que la conduzcan a la vanguardia permanente de estos cambios y al diseño de estrategias que le mantengan en su posición de liderazgo.

5. Compromiso con el cliente: El éxito de la institución se decide en el mercado, el mayor patrimonio de una organización son sus clientes, el hospital orientará su acción hacia el cliente satisfaciendo sus necesidades y expectativas, ofreciéndole un servicio de excelente calidad.

La empresa social del estado pretende una relación clara con sus usuarios, basada en intereses comunes

6. Necesidades de beneficios: El beneficio es la medida y retribución del éxito en la actividad económica, buenos beneficios distinguen a la institución sana y con futuro.

Solo una empresa sana puede ofrecer seguridad laboral, desarrollo humano, inversiones, investigación y contribución al mejoramiento de las condiciones sociales.

Para asegurar un crecimiento adecuado y permanente de sus áreas de actividad de la ESE hospital San Juan de Dios de Floridablanca debe lograr altos índices de rentabilidad.

Este es un compromiso prioritario de todos los miembros de la organización.

7. Compromiso con la calidad total: Lograr la calidad en la administración, tecnología, servicios, suministros y otros aspectos de la operación es un factor clave hacia el desarrollo exitoso de la compañía, la calidad tendrá que convertirse en un valor, en una manera de vivir corporativa, en una prioridad institucional.

En el procesos de calidad, cada empleado es parte fundamental de su logro y por tanto deberá procurar ejercer acciones de mejoramiento continuo en todos los aspectos de su actividad laboral.

Esta cultura debe involucrarse igualmente e los proveedores de la institución.

8. Compromiso total : Avanzar los objetivos futuros de la ESE hospital San Juan de Dios de Floridablanca, será el resultado del compromiso total de los miembros de la institución. Por ello los diferentes niveles de la organización asumirán sus propias responsabilidades, pero las integrarán alrededor de los objetivos comunes. El liderazgo en el logro de estas metas será el factor que unirá a todos alrededor de las estrategias corporativas.

9. Los valores éticos: El comportamiento de los miembros de la institución debe basarse y ajustarse a los valores y principios éticos que tradicionalmente han inspirado la vida de la organización: Honestidad, integridad y justicia.

10. La productividad: Es una condición necesaria para la permanencia y el crecimiento de una institución que si no logra estándares de eficiencia y eficacia, está seriamente amenazada. Las exitosas son solamente productivas.

La ESE hospital San Juan de Dios de Floridablanca alcanzando niveles óptimos de productividad que aseguren su desarrollo y el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades con su personal, clientes, proveedores y el estado.

11. La competitividad: El éxito de una institución se mide en el mercado. La competitividad exige conocimiento del mercado, altos estándares de calidad, conocimientos y satisfacción oportuna de las necesidades y expectativas del cliente y de un compromiso integral con la excelencia en el servicio.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca tiene que mantener su liderazgo en el mercado. Para ello hará de la calidad y excelencia en la prestación de servicio, su compromiso y reto permanente.

Con nuestros clientes: Nos comprometemos a anticiparnos a las necesidades del cliente, ofreciéndoles servicios asistenciales de máxima calidad. Estamos comprometidos a continuar mejorando la atención para mejorar la calidad de vida de las personas.

Con nuestros colegas: Nos comprometemos a atraer y retener gente excelente proporcionándoles un ambiente abierto y participativo, caracterizado por igualdad de oportunidades en el desarrollo personal. El desempeño será evaluado sinceramente basado en normas justas y objetivas. La creatividad, la rapidez de acción y la apertura hacia el cambio serán reconocidas y recompensadas. Los colegas serán tratados con dignidad y respeto. Ellos compartirán la responsabilidad del continuo mejoramiento de la institución y de la calidad de vida del trabajo.

OBJETIVOS CORPORATIVOS

Objetivo de crecimiento

El hospital San Juan de Dios de Floridablanca debe crecer en los próximos cinco años. Para ello se fija objetivos con los que debe comprometerse toda la organización.

Consolidación en el mercado actual, mediante la actualización tecnológica y la ampliación de especialistas, con estrictos estándares de calidad.

Crecimiento de nuevos servicios

Especialmente en aumentar la capacidad e médicos especialistas , para ofrecer servicios de segundo nivel.

Objetivo de Rentabilidad

La acción de la institución se orientará en los próximos tres años hacia la optimización de la productividad laboral y la gestión con la meta específica de alcanza y mantener como mínimo el nivel de rentabilidad promedio del sistema, logrando para el primer año una rentabilidad moderable en la venta de servicios.

Modernización Tecnológica

En los próximos cinco años deberá concluir la modernización de los equipos de sistemas, para garantizar un servicio rápido y eficaz a todos los usuarios, para garantizar la productividad y el permanente control del proceso, con la máxima flexibilidad y calidad. Ampliar la cobertura en red da toda la institución.

Desarrollo Humano

El Hospital San Juan de Dios de Floridablanca mantendrá su preocupación permanente por el desarrollo de los procesos de selección del recurso humano, para que se integre con entusiasmo a los desafíos de la organización y del mercado.

Desarrollo Institucional

El Hospital San Juan de Dios de Floridablanca seguirá insistiendo como política que el cliente es principio y fin de nuestra actividad. Nuestro objetivo fundamental es la satisfacción plena de las necesidades y expectativas de nuestros clientes internos y externos. Para ello es importante la creación del departamento de mercadeo que deberá desarrollar mecanismos que nos permitan tener un pleno conocimiento de nuestros clientes internos y externos y colaborar con el departamento del SIAU para mantener un control permanente sobre la satisfacción del cliente interno.

Productividad Laboral

El Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, considera la plena y agresiva implementación del control de la calidad como requisito de supervivencia a largo plazo. Para ello, continuara con la participación de los estamentos de la institución den un programa de mejoramiento continuo con base en auditorias periódicas del sistema y en indicadores en cada área estratégica. Es importante la creación de un comité de calidad para que preste el soporte primordial a esta actividad. El premio nacional de la calidad de instituciones prestadoras de servicios de salud es nuestra meta parcial, la calidad total permanente es nuestro compromiso.

La Preservación de Medio Ambiente

Dentro de nuestra responsabilidad con la sociedad se reforzarán los programas de control de la contaminación ambiental de desechos hospitalarios durante la recolección, transporte y disposición final.

Conocimiento del Entorno

Dentro del marco de nuestra misión y de los objetivos se crearán mecanismos que permitan auditar permanentemente el entorno. Para ello se seleccionará aquellos factores claves que influyen en nuestra tarea corporativa y diseñaran los mecanismos

para su seguimiento y análisis permanente. Así la institución consolidará su orientación preactiva y anticipatorio.

Nuestra Responsabilidad Social

Se recordará siempre que el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca prestará servicios de salud a la comunidad, con participación en las actividades comunitarias que propendan el bien común y demostrando un profundo respeto por las leyes y las entidades gubernamentales y del estado.

