

Mejoramiento de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos de la IPS Liga Santandereana Contra el Cáncer

Autor:

María Fernanda Pinto Figueroa

Trabajo de grado para Optar por el título de ingeniera industrial

Director

Myriam Leonor Niño López

Doctora en administración y Dirección de empresas

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas

Escuela de Estudios Industriales y Empresariales

Bucaramanga

2019

Dedicatoria

A Dios por ser luz en mi vida, porque siempre está a mi lado guiándome y dándome la fortaleza para seguir por el camino correcto y tomar las mejores decisiones.

A mis padres que me apoyaron en este proceso de formación y que con su amor y esfuerzo me dieron la oportunidad de cumplir esta meta; cada paso que doy es por ellos y para ellos.

A mis hermanos Sebastián y Natalia que me motivaron a seguir adelante y me han dado su apoyo incondicional.

A mi novio por su amor y porque siempre ha estado a mi lado apoyándome en todas las decisiones.

Agradecimientos

Primeramente a Dios por darme la salud y las fortalezas para finalizar con éxito esta importante etapa en mi vida y poner en mi camino a las personas que me acompañaron y apoyaron en este proceso de formación.

A la profesora Myriam Leonor Niño López, por su orientación, dedicación y compromiso en la dirección de este proyecto de grado.

A mi tutora Rosalba Díaz Archila, que me ha dado la oportunidad de realizar la práctica empresarial en la LSCC y de conocer nuevos espacios que han permitido fortalecer mis conocimientos.

A la familia Liga Santandereana Contra el Cáncer por brindarme el apoyo y colaboración que me permitieron dar cumplimiento a los objetivos del presente proyecto de grado.

Tabla de contenido

Introducción	18
1. Generalidades del proyecto.....	21
1.1 Identificación de la empresa	21
1.1.1 Objeto Social	22
1.1.2 Misión.....	22
1.1.3 Visión	22
1.1.4 Estructura Organizacional Actual.....	22
1.1.5 Mapa de procesos Actual.....	23
1.1.6 Portafolio de servicios	25
1.1.7 Marco legal para servicios de salud.....	26
1.2 Planteamiento del problema.....	27
1.3 Objetivos.....	29
1.3.1 Objetivo General	29
1.3.2 Objetivos Específicos	29
1.4 Metodología del proyecto	30
2. Marco Referencial.....	32
2.1 Marco de antecedentes.....	32
2.2 Marco teórico	34
2.2.1 Manejo de los procesos de la empresa	34
2.2.2 Enfoque a procesos.....	35
2.2.3 Gestión administrativa.....	36
2.2.4 Diagrama causa-efecto	37
2.2.5 Manual de funciones y responsabilidades	38
2.2.6 Manual de procedimientos	38

2.2.7 Indicadores de gestión	39
2.2.8 Diagramas de flujo	40
3. Diagnóstico del estado actual de los procesos	41
3.1 Descripción y caracterización de los procesos actuales.....	41
3.1.1 Gestión administrativa.....	42
3.1.2 Gestión de Procesos.....	59
3.2 Análisis nivel de madurez según la norma NTC-ISO 9004:2009	70
3.2.1 Desarrollo de la autoevaluación	70
3.3 Análisis del diagnóstico	73
3.3.1 Identificación de los subprocesos críticos para el mejoramiento	74
3.3.2 Diagramas Causa – Efecto de los subprocesos críticos.....	76
3.3.3 Descripción de los problemas encontrados en los subprocesos críticos.....	76
3.3.4 Priorización de los problemas identificados.....	78
4. Formulación de propuestas de mejoramiento	83
4.1 Propuesta 1. Actualización de instrumentos del Direccionamiento Estratégico de la LSCC.....	83
4.1.1 Problema que se pretende atender	83
4.1.2 Objetivos de la propuesta	83
4.1.3 Descripción de la propuesta.....	83
4.1.4 Plan de acción.....	87
4.2 Propuesta 2. Herramientas para el control de los documentos	88
4.2.1 Problema que se pretende atender	88
4.2.2 Objetivo de la propuesta	88
4.2.3 Descripción de la propuesta.....	88
4.2.4 Plan de acción.....	92
4.3 Propuesta 3. Creación de una herramienta ofimática para la gestión de personal.....	93

4.3.1 Problema que se pretende atender	93
4.3.2 Objetivos de la propuesta	93
4.3.3 Descripción de la propuesta.....	94
4.3.4 Plan de acción.....	94
4.4 Propuesta 4. Programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio	95
4.4.1 Problema que se pretende atender	95
4.4.2 Objetivos de la propuesta	96
4.4.3 Descripción de la propuesta.....	96
4.4.4 Plan de acción.....	98
4.5 Propuesta 5. Formalización del proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).....	98
4.5.1 Problema que se pretende atender	98
4.5.2 Objetivos de la propuesta	99
4.5.3 Descripción de la propuesta.....	99
4.5.4 Plan de acción.....	103
4.6 Propuesta 6. Diseño de un modelo de gestión de proveedores	103
4.6.1 Problema que se pretende atender	103
4.6.2 Objetivos de la propuesta	104
4.6.3 Descripción de la propuesta.....	104
4.6.4 Plan de acción.....	113
4.7 Propuesta 7. Manual de procedimientos y funciones	114
4.7.1 Problema que se pretende atender	114
4.7.2 Objetivos de la propuesta	114
4.7.3 Descripción de la propuesta.....	114
4.7.4 Plan de acción.....	118

4.8 Propuesta 8. Caracterizaciones de los subprocesos críticos de gestión administrativa y gestión de procesos.	118
4.8.1 Problema que se pretende atender	118
4.8.2 Objetivos de la propuesta	119
4.8.3 Descripción de la propuesta.....	119
4.8.4 Plan de acción.....	120
4.9 Propuesta 9. Elaboración de un sistema de indicadores para los subprocesos críticos	121
4.9.1 Problema que se pretende atender	121
4.9.2 Objetivos de la propuesta	121
4.9.3 Descripción de la propuesta.....	121
4.9.4 Plan de acción.....	122
5. Implementación y resultados de las propuestas de mejora	123
5.1 Implementación de los instrumentos del Direccionamiento Estratégico de la LSCC	123
5.1.1 Resultados en la implementación de los instrumentos de Direccionamiento Estratégico.	124
5.2 Implementación de las herramientas para el control de los documentos.....	125
5.2.1 Resultados en la implementación de las herramientas de control de documentos.	126
5.3 Implementación de la herramienta ofimática para la gestión del personal	127
5.3.1 Resultados logrados en la implementación de la herramienta ofimática	128
5.4 Implementación del Programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio ..	131
5.4.1 Resultados en la implementación del programa de Bienestar laboral.	137
5.5 Implementación de la Formalización del proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).....	138
5.5.1 Resultados logrados con la Formalización del proceso de Gestión del SIAU	140
5.6 Implementación del Diseño de un modelo de gestión de proveedores.....	143
5.6.1 Resultados de la implementación del modelo de gestión de proveedores.....	144

5.7 Implementación de los Manuales de procedimientos y funciones	145
5.7.1 Resultados de la implementación de los manuales.....	146
5.8 Implementación de las Caracterizaciones de los subprocesos críticos	148
5.8.1 Resultados de la implementación de las caracterizaciones	149
5.9 Implementación de un sistema de indicadores para los subprocesos críticos.....	150
5.9.1 Resultados de la implementación de los indicadores	151
5.10Evaluación final del nivel de madurez según NTC-ISO 9004:2009	159
6. Conclusiones.....	161
7. Recomendaciones	162
Referencias Bibliográficas	164

Lista de tablas

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos	20
Tabla 2. Cargos involucrados en el proceso de gestión administrativa	42
Tabla 3. Resultados Lista de Chequeo según resolución 4002 de 2007	49
Tabla 4. Cumplimiento de diligenciamiento y archivo de HC	55
Tabla 5. Cargos involucrados en el proceso de Gestión de Procesos	59
Tabla 6. Promedio mensual de los residuos generados (KG)	61
Tabla 7. Número de quejas, sugerencias y felicitaciones en los años 2016 y 2017.....	65
Tabla 8. Nivel de madurez de cada capítulo de la norma NTC-ISO 9004:2009	71
Tabla 9. Selección de procesos críticos	75
Tabla 10. Criterios de clasificación	80
Tabla 11. Priorización de problemas	81
Tabla 12. Problemas priorizados.....	82
Tabla 13. Plan de implementación para la actualización del mapa de procesos y estructura organizacional.	87
Tabla 14. Plan de implementación Herramientas para el control de los documentos	92
Tabla 15. Plan de implementación de la Herramienta ofimática para la gestión de personal	95
Tabla 16. Plan de implementación del programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio.....	98
Tabla 17. Plan de implementación Formalización del proceso de Gestión del SIAU	103
Tabla 18. Escala de Satty	108
Tabla 19. Plan de implementación del diseño de un modelo de gestión de proveedores	113
Tabla 20. Procedimientos de los subprocesos críticos de gestión administrativa y gestión de procesos.....	115
Tabla 21. Diagramas de flujo de los procedimientos documentados.....	116
Tabla 22. Plan de implementación de los manuales de procedimientos y funciones	118
Tabla 23. Plan de implementación de la caracterización de los procesos	120
Tabla 24. Indicadores de gestión de los procesos	122
Tabla 25. Plan de implementación del sistema de indicadores de los procesos	122
Tabla 26. Resultados evaluación del desempeño de los proveedores críticos	145
Tabla 27. Calificación final de la evaluación NTC-ISO 9004:2009.....	159

Lista de figuras

Figura 1. Instalaciones de la Liga Santandereana Contra el Cáncer.....	21
Figura 2. Organigrama de la LSCC.	22
Figura 3. Mapa de procesos de la LSCC.....	23
Figura 4. Ciclo PHVA.....	36
Figura 5. Diagrama causa – efecto.....	37
Figura 6. Componentes del manual de funciones y competencias laborales.	38
Figura 7. Símbolos estándares para el diagrama de flujo.	40
Figura 8. Formato Caracterización de los Subprocesos.....	42
Figura 9. Área de almacenamiento	48
Figura 10. Cumplimiento cronograma mantenimiento planta física 2017	57
Figura 11. Porcentaje de satisfacción del usuario con errores de tabulación.....	64
Figura 12. Diagrama de Pareto Quejas del usuario año 2016.....	66
Figura 13. Auditoria al SG-SST.....	67
Figura 14. Resultados autoevaluación NTC-ISO 9004:2009	72
Figura 15. Estructura de los documentos.....	90
Figura 16. Formato solicitud de elaboración, modificación y anulación de documentos.....	92
Figura 17. Modelo Jerárquico para la selección de proveedores	107
Figura 18. Ponderaciones de los criterios y subcriterios para la selección de proveedores.....	109
Figura 19. Modelo jerárquico para la evaluación de proveedores	111
Figura 20. Formato Seguimiento a Proveedores LSCC.....	112
Figura 21. Socialización Instrumentos del Direccionamiento Estratégico	124
Figura 22. Capacitación al personal en las herramientas de control de documentos.....	126
Figura 23. Módulos de la herramienta de gestión de personal	128
Figura 24. Etapa proceso de selección.....	129
Figura 25. Etapa vinculación de personal	130
Figura 26. Actitudes para fortalecer las relaciones humanas.....	132
Figura 27. Cartel informativo	133
Figura 28. Valores organizacionales.....	134
Figura 29. Conferencia de liderazgo	135
Figura 30. Satisfacción del Programa de Bienestar Laboral año 2018	136

Figura 31. Temas recomendados para desarrollar en el año 2019	137
Figura 32. Registro socialización de resultados cantidad encuestas	139
Figura 33. Resultados encuestas diligenciadas por los pacientes	142
Figura 34. Cotización y buzón de PQRSF	143
Figura 35. Constancia entrega del manual de funciones, responsabilidades y competencias	146
Figura 36. Comportamiento del indicador índice de Rotación de Personal en el año 2018	152
Figura 37. Comportamiento del indicador Cumplimiento Programa de Bienestar Laboral	153
Figura 38. Cumplimiento en la atención a PQRSF	154
Figura 39. Nivel de satisfacción al usuario	155
Figura 40. Porcentaje de recomendación del usuario	156
Figura 41. Encuestas programadas vs encuestas realizadas por mes	157
Figura 42. Cumplimiento de encuestas programadas de satisfacción al usuario	158
Figura 43. Porcentaje de nivel de competencia de proveedores	159
Figura 44. Resultados de la evaluación antes y después	160

Lista de apéndices

Apéndice 1. Subprocesos del mapa de procesos actual.....	25
Apéndice 2. Procedimientos médicos de los servicios.....	26
Apéndice 3. Caracterizaciones de los subprocesos.....	41
Apéndice 4. Lista de chequeo del talento humano en salud.....	44
Apéndice 5. Diagrama de flujo venta de medicamentos oncológicos.....	47
Apéndice 6. Imágenes del almacén.....	48-54
Apéndice 7. Lista de chequeo de Almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos.....	49
Apéndice 8. Diagrama de flujo selección de proveedores.....	50
Apéndice 9. Distribución de equipos biomédicos por consultorios.....	51
Apéndice 10. Relación de los equipos biomédicos.....	51
Apéndice 11. Plano de evacuación.....	56
Apéndice 12. Software Manager Clinic.....	57
Apéndice 13. Residuos hospitalarios y similares generados por mes.....	61
Apéndice 14. Encuesta actual de satisfacción al usuario.....	63
Apéndice 15. Formato de PQRSF actual.....	65
Apéndice 16. Resultados autoevaluación NTC-ISO 9004:2009.....	71
Apéndice 17. Diagramas Causa-Efecto de los procesos críticos.....	76
Apéndice 18. Cuadro comparativo del mapa de procesos.....	87
Apéndice 19. Mapa de procesos y organigrama actualizados.....	87
Apéndice 20. Guía de elaboración de documentos	89
Apéndice 21. Listado maestro de documentos	91
Apéndice 22. Formato solicitud de elaboración, modificación y anulación de documentos.....	92
Apéndice 23 Herramienta ofimática para la gestión de personal.....	94
Apéndice 24. Video-tutorial de uso de la herramienta ofimática	94
Apéndice 25. Programa de bienestar laboral.....	98
Apéndice 26. Metodología tamaño de la muestra de las encuestas de satisfacción.....	100
Apéndice 27. Encuesta de satisfacción actualizada.....	101
Apéndice 28. Videotutorial para el seguimiento de resultados de las encuestas de satisfacción.....	101
Apéndice 29. Formato de PQRSF.....	101

Apéndice 30. Formato de registro de la información de PQRSF.....	102
Apéndice 31. Procedimiento recepción y trámite PQRSF.....	102
Apéndice 32. Procedimiento medición de la satisfacción del usuario.....	102
Apéndice 33. Procedimiento reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud..	102
Apéndice 34. Formato para la selección de los criterios.....	106
Apéndice 35. Herramienta selección de proveedores.....	109
Apéndice 36. Herramienta evaluación de desempeño de proveedores.....	112
Apéndice 37. Formato seguimiento a proveedores.....	112
Apéndice 38. Manual de selección y evaluación del desempeño de proveedores.....	113
Apéndice 39. Procedimiento de recepción, almacenamiento, y entrega de dispositivos.....	115
Apéndice 40. Procedimiento de planeación y ejecución de compras.....	115
Apéndice 41. Procedimiento de selección y evaluación de desempeño de proveedores.....	115
Apéndice 42. Procedimiento de reclutamiento y selección de personal.....	115
Apéndice 43. Procedimiento de vinculación e inducción de personal.....	115
Apéndice 44. Procedimiento evaluación de desempeño de personal.....	115
Apéndice 45. Procedimiento control de documentos.....	115
Apéndice 46. Diagrama de flujo recepción y trámite PQRSF.....	116
Apéndice 47. Diagrama de flujo medición de la satisfacción del usuario.....	116
Apéndice 48. Diagrama de flujo reporte de información para la calidad en salud.....	116
Apéndice 49. Diagrama de flujo recepción, almacenamiento y entrega de dispositivos.....	116
Apéndice 50. Diagrama de flujo planeación y ejecución de compras.....	116
Apéndice 51. Diagrama de flujo selección y evaluación de desempeño de proveedores.....	116
Apéndice 52. Diagrama de flujo reclutamiento y selección de personal.....	116
Apéndice 53. Diagrama de flujo vinculación e inducción de personal.....	116
Apéndice 54. Diagrama de flujo evaluación desempeño de personal.....	116
Apéndice 55. Diagrama de flujo control de documentos.....	116
Apéndice 56. Manual de funciones, responsabilidades y competencias.....	118
Apéndice 57. Caracterizaciones de los subprocesos críticos.....	120
Apéndice 58. Sistema de indicadores de gestión.....	122
Apéndice 59. Formato de inducción y entrenamiento de personal.....	130
Apéndice 60. Formato de asistencias y evidencias del programa de bienestar laboral.....	135

RESUMEN

TÍTULO: MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE APOYO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DE PROCESOS DE LA IPS LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER.*

AUTOR: PINTO FIGUEROA, María Fernanda**

PALABRAS CLAVE: Mejoramiento de procesos, gestión administrativa, requisitos de ley, indicadores, estructura documental.

DESCRIPCIÓN:

El desarrollo del presente trabajo de grado se realiza bajo la modalidad de práctica empresarial, en la IPS Liga Santandereana Contra el Cáncer ubicada en el centro de Bucaramanga frente al parque Antonia Santos. Es una Organización sin ánimo de lucro cuya misión es cuidar la salud de la población a través del desarrollo de acciones integrales de prevención primaria y detección temprana del cáncer orientadas a mejorar su calidad de vida. El proyecto de grado tiene como objetivo el mejoramiento de los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos permitiendo orientar a la organización en un proceso de mejora continua para garantizar procesos eficientes, efectivos y adaptables a los diferentes requisitos de ley, y superando las expectativas de los pacientes.

Inicialmente se realiza un diagnóstico que permite conocer el estado actual de los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos mediante entrevistas a los colaboradores, revisión documental y la aplicación de herramientas propias de la ingeniería industrial obteniendo la mayor información posible del estado de los procesos. A partir de este análisis se plantean las propuestas de mejoramiento, se socializan ante la dirección ejecutiva y se continúa con la implementación de aquellas que fueron aprobadas. Finalmente, se ejecutan y analizan las propuestas de mejora, se verifica el cumplimiento de los objetivos y se elaboran las conclusiones y recomendaciones para la Organización.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ingenierías Físico- Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Directora: Dra Myriam Leonor Niño López, Doctora en Administración y Dirección de Empresas.

ABSTRACT

TITLE: IMPROVEMENT OF THE ADMINISTRATIVE MANAGEMENT SUPPORT PROCESSES AND PROCESS MANAGEMENT OF THE IPS LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER.*

AUTHOR: PINTO FIGUEROA, Maria Fernanda**

KEYWORDS: Improvement of processes, administrative management, requirements of law, indicators, documentary structure.

DESCRIPTION: The development of the present project of degree is carried out under the modality of business practice, in the IPS Liga Santandereana Contra el Cancer located in the center of Bucaramanga in front of the Antonia Santos Park. It is a non-profit organization whose mission is to take care of the health of the population through the development of comprehensive actions of primary prevention and early cancer detection aimed at improving their quality of life. The aim of the degree project is to improve the processes of administrative management and process management, allowing the organization to be guided in a continuous improvement process to guarantee efficient, effective and adaptable processes to the different requirements of law, and exceeding the expectations of the patients.

Initially a diagnosis is made that allows to know the current state of the processes of administrative management and process management through interviews with the collaborators, documentary review and the application of own tools of industrial engineering, getting the much information as possible of the state of the processes. Based on this analysis, the proposals for improvement are raised, they are socialized before the executive management and the implementation of those that were approved is continued. Finally, the improvement proposals are executed and analyzed, compliance with the objectives is verified and the conclusions and recommendations for the Organization are drawn up.

* Undergraduate Project

** Faculty of Physical and Mechanical Engineering. School of Industrial and Business Studies. Industrial Engineering. Principal: Phd Myriam Leonor Niño López, Phd of Business Administration and Management.

Introducción

El sector salud en Colombia se ha caracterizado por ser crítico y complejo de gestionar, dado que presenta una serie de problemas coyunturales que no han sido resueltos, además de problemas administrativos y presupuestales que inciden directamente en la calidad del servicio prestado.

Según Liliana Levete presidente de la Asociación de IPS de Colombia, “Las IPS son las únicas realmente esenciales en el cubrimiento de las necesidades del pueblo, quienes ejecutan y prestan los servicios de salud a todos los colombianos”. Con base en esto, es necesario que “Las IPS sean parte directa en la normatividad que se imponga, así como en el manejo adecuado del sistema”. (Añez, 2017) .

Para alcanzar el nivel de servicio deseable se deben desarrollar estrategias que sirvan de apoyo para el progreso, fortalecimiento y liderazgo del sector de la salud, con el fin de orientar los esfuerzos a la mejora continua del servicio y atacar las problemáticas que vive actualmente el sistema de salud logrando cumplir con el propósito de brindar bienestar a los usuarios.

Actualmente la IPS Liga Santandereana Contra el Cáncer (LSCC) enfoca su quehacer en generar un impacto positivo en la calidad de vida de la comunidad, dando prioridad a los procesos de gestión de calidad y humanización en la prestación del servicio. Para ello, es de gran importancia fortalecer la interrelación de los procesos de apoyo presentes en la organización incorporando a sus responsables en un sistema de mejoramiento continuo que les permita ser eficientes en el desarrollo de sus actividades.

La elaboración de este proyecto parte de la necesidad que tiene la LSCC en mejorar sus procesos de apoyo, documentando y estandarizando todos los procedimientos que se llevan a cabo en el área administrativa los cuales son pieza fundamental para la óptima prestación de los

servicios, y de esta manera proponer acciones de mejora que permitan garantizar procesos eficientes, efectivos y adaptables a los requerimientos del paciente.

El informe final del trabajo de grado inicia con las generalidades del proyecto que incluye la descripción de la empresa, el planteamiento del problema, los objetivos y la metodología a desarrollar. Para el segundo capítulo, se realiza el marco referencial presentando los conceptos claves utilizados en este documento, se hace un diagnóstico del estado actual de los procesos y posteriormente, para los siguientes capítulos se formulan las propuestas de mejoramiento y se presenta la implementación y resultados de las propuestas. Finalmente se muestran las conclusiones y recomendaciones del trabajo de grado.

Tabla 1.

Cumplimiento de objetivos

Objetivo	Cumplimiento	Página
Realizar un diagnóstico sobre el estado actual de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos que se ejecutan en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.	Capítulo 3: Diagnóstico del estado actual de los procesos	32
Diseñar estrategias de mejora para los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.	Capítulo 4: Formulación propuestas de mejoramiento	66
Implementar las propuestas de mejora que sean avaladas por la Dirección de la organización.	Capítulo 5: Implementación y resultados de las propuestas de mejora	100
Proponer la estructura documental requerida para la estandarización de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos que se ejecutan en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.	Propuesta de mejoramiento 7 y 8	92 y 96
Desarrollar un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.	Capacitaciones en cada propuesta de mejora	100,101, 103,106, 112,116, 118,120,121.
Diseñar e implementar un sistema de indicadores de gestión que permitan evaluar y controlar los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.	5.9.1 Resultados de la implementación del sistema de indicadores.	122

1. Generalidades del proyecto

1.1 Identificación de la empresa

Razón Social: Liga Santandereana Contra el Cáncer

NIT: 890200567-1

Dirección: Carrera 22 N°31-71, frente al parque Antonia Santos

Teléfono: PBX: 6452696 - 3004793155

Cargos directos: 18

Cargos indirectos: 36

Representante Legal: Rosalba Díaz Archila



Figura 1. Instalaciones de la Liga Santandereana Contra el Cáncer. Adaptado del archivo fotográfico LSCC.

1.1.1 Objeto Social. La Liga Santandereana Contra el Cáncer es una entidad sin ánimo de lucro del sector salud, cuyo objeto principal es contribuir al mejoramiento de la salud de la comunidad, desarrollando programas adecuados para la prevención primaria, detección temprana, y tratamiento en etapa inicial de cáncer.

1.1.2 Misión. Cuidamos la salud de la población a través del desarrollo de acciones integrales de prevención primaria y detección temprana del cáncer orientadas a mejorar su calidad de vida.

1.1.3 Visión. En el 2021 seremos líderes en el nororiente colombiano en el desarrollo de acciones integrales de prevención primaria y detección temprana del cáncer para el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

1.1.4 Estructura Organizacional Actual

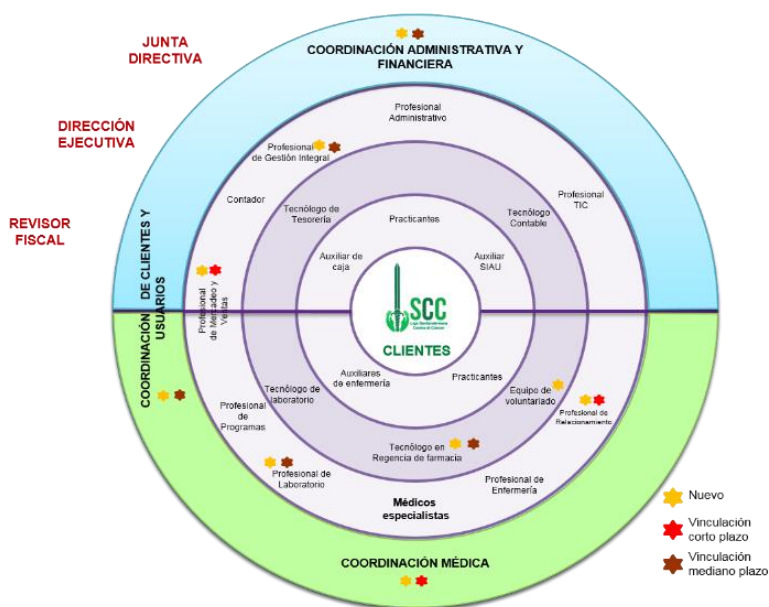


Figura 2. Organigrama de la LSCC. Adaptado de Direccionamiento estratégico LSCC (2017).

La Liga Santandereana Contra el Cáncer presenta su estructura organizacional en un diagrama radial como se evidencia en la figura anterior, cuyo objetivo principal es resaltar la importancia del trabajo en equipo para prestar el mejor servicio en la organización.

La liga como organización sin ánimo de lucro ubica a sus clientes y usuarios en el centro del círculo siendo estos su razón de ser. Los siguientes círculos lo componen tanto el personal administrativo-financiero como el personal médico-asistencial que aportan al buen funcionamiento de los procesos misionales y de apoyo en la organización. Finalmente, los cargos que se encuentran fuera del último círculo como la junta directiva, son los encargados de asegurar la sostenibilidad empresarial y mejorar el desempeño organizacional. Cabe aclarar que algunos cargos han cambiado y el organigrama contiene cargos que aún no existen en la actualidad y por esto se requiere ajustarlo a los cambios que últimamente ha realizado la organización.

1.1.5 Mapa de procesos Actual. Como se puede observar en la figura 2, el mapa de procesos de la LSCC está estructurado en tres clases de procesos que son:

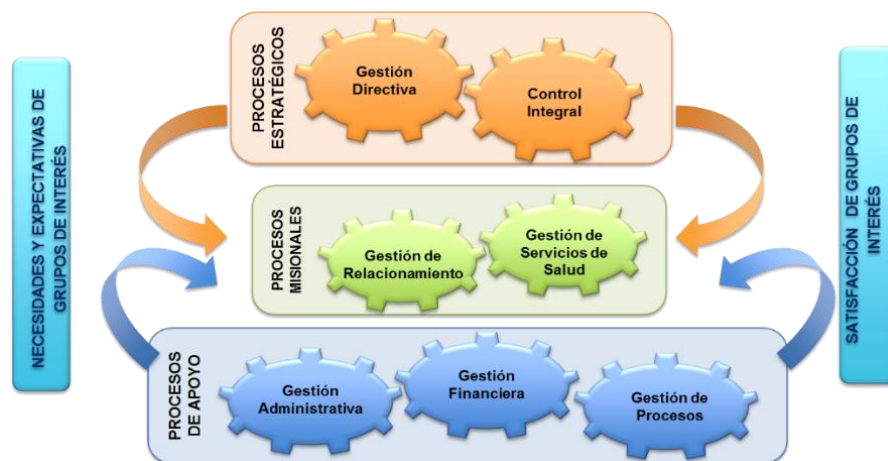


Figura 3. Mapa de procesos de la LSCC. Adaptado de *Direccionamiento estratégico* (2017).

Procesos estratégicos

- **Gestión Directiva:** Asegurar la sostenibilidad empresarial a través del cumplimiento de la visión, políticas y objetivos de la LSCC, así como el mejoramiento del desempeño organizacional y el mantenimiento de su ventaja competitiva.
- **Control Integral:** Contribuir a la sostenibilidad empresarial, velando por el cumplimiento de la normatividad aplicable, la óptima operación del negocio y la fiabilidad de la información financiera, en armonía con los principios de transparencia, eficiencia y eficacia.

Procesos misionales

- **Gestión de relacionamiento:** Aumentar la participación en el mercado a través de ofertas competitivas, estrategias de captación de nuevos clientes y fidelización de los actuales, contribuyendo así al cumplimiento de los objetivos de la LSCC.
- **Gestión de servicios de salud:** Garantizar la prestación de los servicios de atención de salud, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes, y de la gestión de los riesgos asociados.

Procesos de apoyo

- **Gestión administrativa:** Asegurar la disponibilidad y gestión efectiva de los recursos físicos y servicios de apoyo requeridos para la operación de la empresa.
- **Gestión financiera:** Garantizar la disponibilidad de los recursos financieros requeridos para la operación de la LSCC y suministrar información confiable y oportuna para la toma de decisiones que permitan maximizar el valor de la organización.

- **Gestión de procesos:** Fortalecer el sistema integrado de gestión, garantizando la óptima gestión e interacción de los procesos de la organización con criterios de productividad y competitividad, el bienestar integral de los trabajadores y la preservación del medio ambiente.

En el Apéndice 1 “Despliegue del mapa de procesos actual” se señalan los subprocesos en los que se intervienen en este proyecto de grado.

1.1.6 Portafolio de servicios. Actualmente la LSCC dispone del siguiente portafolio de servicios:

Consultas especializadas:

- Dermatología.
- Gastroenterología.
- Ginecología especializada.
- Ginecología general.
- Mama.
- Urología.
- Medicina interna.

Citologías:

- Citologías de cuello uterino.

Otros Servicios:

- Promoción y prevención.
- Venta de medicamentos oncológicos.
- Venta de productos cosméticos María Salomé.

Ver Apéndice 2 “procedimientos médicos de los servicios”.

1.1.7 Marco legal para servicios de salud. Se considera importante nombrar el marco normativo que proporciona los estándares que rigen en la Liga Santandereana Contra el Cáncer la cual es vigilada por la Supersalud, la Secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de Protección Social.

- Resolución 2003 del 2014 es la norma “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
- Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 “por lo cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 1446 de 2006 “por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.
- Decreto 1011 de 2006 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

1.2 Planteamiento del problema

La Liga Santandereana Contra el Cáncer es una institución prestadora de servicios de salud que cuenta con 56 años de trayectoria, reconocida por su liderazgo en la educación, promoción de la salud, detección temprana y tratamiento en etapa inicial del cáncer.

En el año 2017 la Liga obtuvo un crecimiento del 13% en el número de pacientes atendidos en cada una de las especialidades y del 12% en el servicio de citología, gracias a la calidad y disponibilidad de los médicos especialistas y a los nuevos procedimientos de atención como detección del virus de papiloma humano, biopsias de endometrio por aspiración y el procedimiento de Mohs promovidos por los especialistas de la organización. Sin embargo, con el propósito de seguir mejorando en la calidad de sus servicios y en el cumplimiento de los estándares exigidos por entes de control, la organización busca mejorar en la gestión de los procesos, documentando los procedimientos con cada una de sus actividades y funciones, en aras de alcanzar mayor eficiencia en la prestación del servicio. Por tal razón se considera pertinente el desarrollo del trabajo de grado, interviniendo los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos que hacen parte de los procesos de apoyo, los cuales demandan una atención especial.

Esto permitirá asegurar la disponibilidad y gestión efectiva de los recursos físicos y servicios de apoyo requeridos, así como también fortalecer el sistema integrado de gestión y orientar a la organización en un proceso de mejora continua para garantizar procesos eficientes, efectivos y adaptables a los diferentes requisitos de ley, superando las expectativas de servicio de los pacientes.

De acuerdo con lo expresado anteriormente, se plantea en primera instancia la realización de un diagnóstico de los procesos para verificar su estado actual y de esta manera identificar cuáles son las situaciones más críticas que impiden su avance y mejoramiento. Para ello se requiere

llevar a cabo una revisión de la documentación existente y realizar entrevistas a los líderes de los procesos con el fin de identificar la manera en que se están desarrollando y la metodología implementada. Esto permitirá realizar una ilustración de los procesos por medio de matrices de caracterización donde se indiquen sus principales actividades clasificándolas en el ciclo PHVA, identificando el grado de acercamiento a los requisitos específicos considerados esenciales para la adopción del mejoramiento a procesos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General. Diseñar e implementar un plan de mejoramiento en los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos de la IPS Liga Santandereana Contra el Cáncer de la ciudad de Bucaramanga, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la dirección de la organización y en cumplimiento de la legislación que la regula.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico sobre el estado actual de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos que se ejecutan en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.
- Diseñar estrategias de mejora para los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.
- Implementar las propuestas de mejora que sean avaladas por la Dirección de la organización.
- Proponer la estructura documental requerida para la estandarización de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos que se ejecutan en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.
- Desarrollar un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.
- Diseñar e implementar un sistema de indicadores de gestión que permitan evaluar y controlar los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.

1.4 Metodología del proyecto

La metodología que se llevará a cabo para la estructuración y ejecución del proyecto se presenta en cuatro fases que facilitarán la orientación y el alcance de los objetivos propuestos.

Fase I: Diagnóstico de los procesos: el objetivo de esta fase es conocer el estado actual de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos que se ejecutan en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.

Actividades:

- Se realiza una búsqueda bibliográfica que permita determinar cuáles son las herramientas necesarias para llevar a cabo el diagnóstico de los procesos administrativos en una empresa prestadora de servicios de salud.
- Se hace una recolección de la información existente de los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos con el fin de comprender sus características y conocer la dimensión de sus actividades.
- Se lleva a cabo la aplicación de las herramientas que fueron seleccionadas para el análisis cualitativo y cuantitativo tales como la implementación de entrevistas, caracterización de procesos de manera que permitan determinar oportunidades de mejora, modelo de madurez basada en la norma NTC ISO 9004 del 2009 (gestión para el éxito sostenido de una organización) y levantamiento de información cuantitativa de la organización.

Fase II: Proceso de mejora: esta fase tiene como objetivo diseñar e implementar las estrategias de mejora para los procesos críticos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.

Actividades:

- Se seleccionan los procesos críticos que contemplan la mayoría de los problemas en la organización. Luego se priorizan los problemas permitiendo conocer cuáles se deben abordar primero teniendo en cuenta la urgencia y el impacto que este trae al mejorarlo.
- A partir de los problemas detectados se diseñan las propuestas de mejora para los procesos críticos identificando secuencialmente el problema que se pretende atender, los objetivos de la propuesta, su descripción y finalmente el plan de acción para la implementación de la propuesta.
- Una vez aprobado el plan de mejora se inicia el desarrollo de las actividades para la implementación de cada una de las propuestas en el tiempo establecido.
- Se realiza el diseño de los manuales de procedimientos y funciones así como la documentación necesaria que permita estandarizar los procesos con base en las mejoras implementadas.

Fase III: Mediciones y controles: esta fase tiene como objetivo diseñar e implementar un sistema de indicadores de gestión que permitan evaluar y controlar los procesos identificados como críticos en la gestión administrativa y gestión de procesos. También el desarrollo de un programa de capacitación para la socialización de las mejoras y los cambios planteados en la Liga Santandereana Contra el Cáncer.

Actividades:

- Se lleva a cabo el diseño e implementación de indicadores de gestión, lo cual permite tener una visión continua del proceso, así como también permite evaluar las necesidades de cambio y corregir condiciones que se salen de control.

- Seguidamente se realizan reuniones con el personal involucrado en los procesos para socializar y capacitar las mejoras que sean implementadas, esto permite mejorar las habilidades, actitudes y conductas de las personas en su puesto de trabajo.

Fase IV: Presentación de resultados: finalmente, se hace entrega de la documentación, junto con las conclusiones y recomendaciones del proyecto. Se realiza la sustentación a los profesores asignados por parte de la escuela para la calificación del proyecto.

2. Marco Referencial

2.1 Marco de antecedentes

Anaya Hernández (2016), en su proyecto de grado, “Mejoramiento y estandarización del proceso facturación – cartera de la Fundación Cardiovascular de Colombia” cuyo objetivo es diseñar y estandarizar el proceso de facturación – cartera de la IPS utilizando como herramienta la metodología DMAIC. Anaya define de manera sencilla y general el estado actual de cada subproceso perteneciente al proceso de facturación-cartera. Dicho diagnóstico permitió reconocer los proveedores, recursos, clientes y cada una de las actividades que se realizan en él, y de esta manera, identificar las falencias actuales logrando establecer oportunidades de mejora. Este proyecto sirve como guía para comprender la importancia de caracterizar los procesos en el área administrativa, la cual es una herramienta clave que permite conocer fácilmente las condiciones actuales del proceso, las actividades que se realizan e identificar las oportunidades de mejora en cada uno de ellos. También permite resaltar que el uso de herramientas de calidad es un medio para la comprensión, organización e identificación de nuevos cambios a los procesos que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de los mismos.

Por otro lado, Ortiz Gutiérrez y Pérez Mantilla (2015), en el proyecto “Estrategias para el mejoramiento de la calidad del servicio al usuario en la IPS ASSALUD en Bucaramanga” como objetivo de analizar la situación actual del sistema de información de atención al usuario de la IPS utilizaron de manera clara herramientas de estudio de la ingeniería industrial aplicadas a los procesos del sector salud permitiendo desarrollar un diagnóstico al funcionamiento del SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario) de la IPS. De esta manera se plantearon mejoras al proceso utilizando metodologías tales como categorización de las encuestas de satisfacción, caracterización de los procesos e indicadores de gestión y así tomar decisiones para la mejora continua. Este análisis aporta a este proyecto al uso de herramientas de la ingeniería industrial que se pueden aplicar al sector salud con el fin de medir y mejorar la calidad del servicio, así como brindar a la Institución beneficios tales como la rápida identificación de oportunidades de mejora y formulación de estrategias para atacar los problemas que se presenten en la organización.

Sandoval Borrero (2016), en el proyecto “Habilitación de los servicios integrales de salud y desarrollo psicosocial brindados por la División de Bienestar de la Universidad Industrial de Santander, mediante la aplicación de la resolución 2003 de 2014.” Realiza un diagnóstico cuantitativo basado en la resolución 2003 del 2014 habilitación de servicios de salud. Esto permitió evaluar el cumplimiento de los requisitos en el proceso de asistencia técnica que corresponden a los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos (dispositivos médicos e insumos), procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia. Para el análisis y la identificación de la situación actual se basaron en la lista de chequeo del formato de autoevaluación planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social. A través de las entrevistas y la realización de gráficas de radar se define el estado actual

para cada uno de los servicios lo que permitió concluir el nivel de complejidad en el que se encuentran y conocer si se cumple con la totalidad de los estándares exigidos.

Este proyecto sirve como guía para conocer la finalidad de la norma 2003 del 2014 la cual define los requerimientos y las condiciones necesarias que deben tener en cuenta todas las instituciones prestadoras de servicios de salud a la hora de actualizar o habilitar sus servicios. Asimismo, permite comprender la importancia de la revisión de las normatividades que regulan en el sector salud y verificar el cumplimiento de ellas.

2.2 Marco teórico

A continuación, se presentan los conceptos claves utilizados en este documento y los que conllevarán a la finalización del proyecto.

2.2.1 Manejo de los procesos de la empresa. Es una metodología sistemática que se desarrolla con el fin de ayudar a la organización a realizar avances significativos en la manera de dirigir los procesos.

Según (Harrington, 1996, pág. 17), los tres objetivos más importantes del manejo de los procesos de la empresa son:

- Hacer efectivos los procesos, generando los resultados deseados
- Hacer eficientes los procesos, minimizando los recursos empleados
- Hacer los procesos adaptables, teniendo la capacidad para adaptarse a los clientes cambiantes y a las necesidades de la empresa

2.2.2 Enfoque a procesos. Implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos se puede alcanzar utilizando el ciclo PHVA dirigido a aprovechar las oportunidades y previniendo resultados no deseados. (ICONTEC, 2015).

Según Deming, en sus catorce puntos resume que el método PHVA se usa como elemento de transformación permitiendo romper las barreras entre las áreas de la empresa y así eliminar estándares de trabajo e implementar la mejora continua en la organización. El ciclo PHVA describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo para la mejora continua.

La Norma NTC-ISO 9001:2015 aclara que el ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y se describe brevemente así:

- Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades;
- Hacer: implementar lo planificado;
- Verificar: realizar seguimiento y (cuando sea posible) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados;
- Actuar: tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

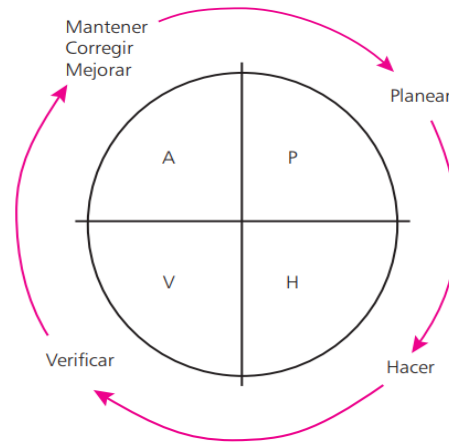


Figura 4. Ciclo PHVA. Adaptado de “Desarrollo de una cultura de calidad” (Delgado, 2011).

2.2.3 Gestión administrativa. Según el padre de la teoría moderna de la administración, Henri Fayol, en la gestión administrativa se desempeñan cuatro funciones básicas (SLOCUM, 2009, págs. 9-10):

- **Planeación:** implica determinar las metas de la organización y los medios para alcanzar la organización, dirección y control. Los gerentes deben hacer planes por tres razones: para establecer el curso general que seguirá la organización en el futuro, para identificar y comprometer los recursos que la organización necesita para alcanzar sus metas y para decidir cuales tareas se van a desempeñar para llegar a esas metas.
- **Organización:** una vez que los planes están preparados se debe partir de esas ideas para hacerlas realidad. Una organización efectiva permite coordinar la información, recursos humanos, y los materiales.
- **Dirección o liderazgo:** consiste en motivar al personal de la organización con el fin de desempeñar las tareas necesarias para alcanzar las metas planificadas.

- Control: es el proceso que utiliza una persona, grupo u organización para monitorear el desempeño de forma permanente y aplicar acciones correctivas y de mejora.

2.2.4 Diagrama causa-efecto. Este diagrama también es llamado diagrama de Ishikawa tomando el nombre de su creador y por su forma espina de pescado. El diagrama es una representación gráfica de un conjunto de causas que conllevan a un problema estudiado, afectando la calidad del proceso. Se utiliza para ordenar las ideas generadas a partir de una pregunta que se relacione con algún problema que sucede actualmente en la organización.

Ishikawa dice que “al organizar dichas ideas se tendrá una mejor idea del conjunto de causas potenciales y que pueden ser clasificadas en seis categorías conocidas como las seis M: materiales, maquinaria, métodos de trabajo, medición, mano de obra y medio ambiente” (Delgado, 2011, pág. 181).

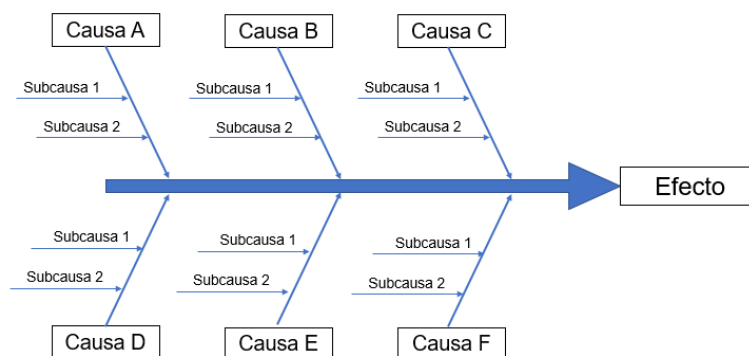


Figura 5. Diagrama causa – efecto.

“La principal ventaja de utilizar los diagramas de Ishikawa es que muestran las relaciones entre un problema y sus posibles causas, a la vez que permiten al grupo desarrollar, examinar y analizar de forma gráfica dichas relaciones, lo cual hace que sea más fácil identificar la causa de ese problema y encontrar su solución” (Delgado, 2011, pág. 183).

2.2.5 Manual de funciones y responsabilidades. El manual es una herramienta de gestión de talento humano que establece las funciones y competencias laborales de los cargos que conforman la organización; así como los requerimientos de conocimiento, experiencia y demás competencias exigidas para el desempeño de estos (Función pública, 2018). Tener un manual de funciones es de suma importancia para la ejecución de los procesos de planeación, ingreso, permanencia y desarrollo del talento humano, facilita el funcionamiento organizacional, los procedimientos de selección de personal, inducción, capacitación y bienestar social de los empleados.

Según la nueva actualización de la guía, para establecer o modificar el manual los principales componentes del manual de funciones y competencias laborales son los siguientes:

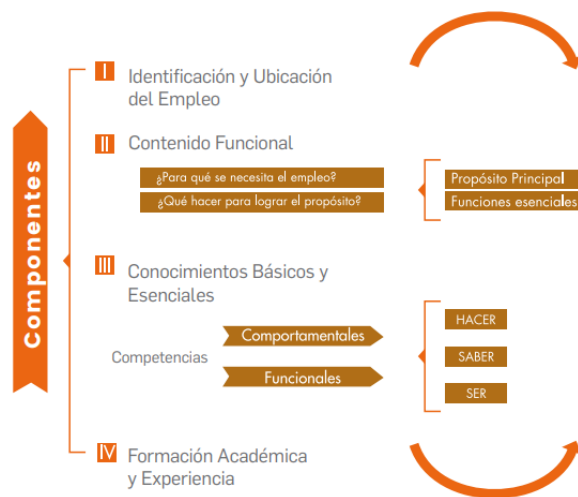


Figura 6. Componentes del manual de funciones y competencias laborales. Adaptado de Guía para establecer o modificar el manual de funciones y de competencias laborales (Función pública, 2018)

2.2.6 Manual de procedimientos. Es una herramienta administrativa que permite a la organización normalizar su operación. En el manual de procedimientos son consignados, metódicamente tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las

funciones generales del proceso. Sus principales ventajas son: auxilian en el adiestramiento, capacitación del personal, inducción al puesto, facilita la interacción entre las áreas de la empresa, permite una adecuada coordinación de actividades a través de un flujo eficiente de la información.

Se considera importante definir el contenido de un manual de procedimientos: portada, hoja de identificación, contenido, introducción, marco jurídico, objetivo, lineamientos, diagrama de flujo, hoja de visto bueno, anexos, glosario. (Chiapas, gobierno del estado, 2011). La información se puede recopilar mediante entrevistas, investigación documental u observación directa.

2.2.7 Indicadores de gestión. Un indicador es una expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, establecida mediante la relación de dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado, ésta debe ser verificable objetivamente, la cual al ser comparada con algún nivel de referencia (denominada línea base) puede estar señalando una desviación sobre la cual se pueden implementar acciones correctivas o preventivas según el caso. (Función Pública, 2015).

Los indicadores son uno de los elementos claves de evaluación en cada una de las actividades planteadas dentro de un proceso específico en la organización y deben ayudar a la Dirección a determinar qué tan efectivo y eficiente ha sido el logro de los objetivos propuestos. Los tipos de indicadores son: de cumplimiento, desempeño, eficiencia, eficacia y de resultados.

Según (DANE, pág. 29) se debe construir la ficha técnica del indicador optimizando el uso y aprovechamiento de la información disponible por parte de los usuarios. Los elementos que

conforman una ficha técnica se describen a continuación: nombre del indicador, objetivo, fórmula, unidad de medida, variables, frecuencia de medición, fecha de información disponible y responsable.

2.2.8 Diagramas de flujo. Los diagramas de flujo son el método más extendido y popular que realiza el diseño gráfico de procesos. Su simplicidad y versatilidad han contribuido notablemente a su difusión. El principal objetivo de esta herramienta es facilitar la comunicación entre personas implicados a un proceso. (Ramonet, 2004).

Los diagramas de flujo son un elemento muy importante en el mejoramiento de los procesos de la empresa. Su construcción sirve para disciplinar nuestro modo de pensar. La comparación del diagrama de flujo con las actividades del proceso real resalta las áreas en las cuales las normas o políticas no son claras o se están violando (Harrington, 1996, pág. 97).

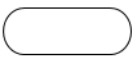
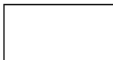
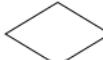
SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Inicio o término. Indica el principio o fin del flujo, puede ser acción o lugar, además se usa para identificar una unidad administrativa o persona que recibe o proporciona información.
	Actividad. Describe las funciones que desempeñan las personas involucradas en el procedimiento.
	Documento. Representa un documento en general que entre, se utilice, se genere o salga del procedimiento.
	Decisión o alternativa. Indica un punto dentro del flujo en donde se debe tomar una decisión entre dos o más alternativas.
	Conector. Representa una conexión o enlace de una parte del diagrama de flujo con otra parte lejana del mismo.
	Conector de página. Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente, en la que continúa el diagrama de flujo.
	Espera. Representa cuando un ítem o persona debe esperar.
	Dirección de flujo o línea de unión. Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones

Figura 7. Símbolos estándares para el diagrama de flujo. Adaptado de (Harrington, 1996, págs. 106-109)

3. Diagnóstico del estado actual de los procesos

Para llevar a cabo el diagnóstico y conocer el estado actual de los procesos se desarrolla la siguiente metodología:

3.1 Descripción y caracterización de los procesos actuales

Teniendo en cuenta que los procesos a estudiar se clasifican en 15 subprocesos, se realiza una caracterización para cada uno de ellos permitiendo desarrollar un análisis más detallado de manera que se logre identificar los procesos más críticos y encontrar sus falencias. Para la recolección de la información y el respectivo análisis fue necesario realizar entrevistas a los responsables de cada uno de los subprocesos involucrados en el proyecto y efectuar una revisión de la documentación relacionada con los mismos.

En las caracterizaciones se describen las actividades que actualmente se desarrollan en cada uno, identificando los proveedores, entradas, salidas, clientes, requisitos legales y documentos asociados de manera que se muestre una interacción de sus elementos; además, estas actividades son clasificadas en el ciclo PHVA para lograr verificar el grado de acercamiento a los requisitos específicos considerados esenciales para la adopción de un enfoque a procesos correspondiente al apartado 4.4 de la norma NTC-ISO 9001:2015 y de esta manera identificar oportunidades de mejora.

En la figura 8 se evidencia el formato que se creó para caracterizar los subprocesos. Ver Apéndice 3 “Caracterizaciones de los subprocesos”.

	LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER		Código:
	CARACTERIZACIÓN DE SUBPROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Versión:
			Fecha:
			Página:
Objetivo del Subproceso			Responsable
Alcance	Inicia		
	Termina		
Proveedor	Entradas	Actividades	Responsable
Interno: Externo:		P	
		H	
		V	
		A	
Documentación asociada		Requisitos Legales	
Indicadores:			

Figura 8. Formato Caracterización de los Subprocesos

A continuación, se describen las actividades que se desarrollan en cada uno de los subprocesos de gestión administrativa y gestión de procesos.

3.1.1 Gestión administrativa. El proceso de gestión administrativa tiene como objetivo asegurar la disponibilidad y gestión efectiva de los recursos físicos y servicios de apoyo requeridos para la operación de la empresa. (LSCC, 2017). Para este proceso la Liga cuenta con un equipo de trabajo conformado por los siguientes cargos:

Tabla 2.

Cargos involucrados en el proceso de gestión administrativa

Subprocesos de Gestión Administrativa	Cargos Responsables
Gestión de talento humano	Profesional Administrativo
Gestión de equipos biomédicos	Profesional Administrativo
Gestión documental	Profesional Administrativo
Gestión de infraestructura física	Profesional Administrativo
Adquisición de bienes y servicios	Profesional Administrativo
Gestión de tecnologías de la información y comunicación	Profesional de TIC
Gestión de activos, pólizas y seguros	Profesional Administrativo Profesional Contable

A continuación, se describe cada uno de los subprocesos de gestión administrativa:

- Subproceso Gestión del Talento Humano (TH)

Su objetivo es gestionar y administrar el talento humano de la organización para asegurar el bienestar personal. Las actividades que se desarrollan en este subproceso son las siguientes:

-Reclutamiento: De acuerdo con la entrevista realizada a la profesional administrativa líder del subproceso de talento humano, cuando existe un vacante ya sea por retiro, licencia de maternidad o cualquier otra necesidad se hace reclutamiento externo donde el medio varía dependiendo el cargo que se requiere, algunos de ellos son: Sena, universidades, bolsa pública de empleo, carpintero UIS. No se ha publicado vacantes en Computrabajo, Indeed, El Empleo.com u otros medios debido a su costo. No cuentan con otro medio para publicar vacantes o recibir hojas de vida.

-Selección: para los cargos administrativos y asistenciales se realiza una prueba de conocimiento y herramientas ofimáticas. Posteriormente la Directora Ejecutiva realiza una entrevista inicial en la que se tienen en cuenta diferentes detalles de la persona en especial su calidad humana. En esta etapa, no se establecen criterios de evaluación que permita comparar los resultados y poder seleccionar a la persona idónea según el perfil requerido. La persona es elegida subjetivamente a criterio del calificador. Por no contar con un documento que permita dar seguimiento al proceso de selección, en ocasiones no se realizan pruebas de conocimiento a los postulantes y se corre el riesgo de contratar a la persona equivocada afectando la calidad en el servicio. Por otro lado, para la selección de los médicos especialistas se revisan las hojas de vida, se hace chequeo de los requisitos exigidos por la normativa vigente para desarrollar la actividad asistencial y si cumple con las especificaciones, se programa entrevista que es realizada por Dirección Ejecutiva y Presidencia de la Organización.

-Contratación: Se piden los documentos exigidos por norma, cumpliendo con la “lista de chequeo de talento humano de salud” Apéndice 4, que exige unos documentos específicos para el personal médico-asistencial y administrativo. Sin embargo dichos documentos no se encuentran completos en las hojas de vida y algunos deben actualizarse periódicamente como la póliza de responsabilidad civil que se vence cada año. Así mismo, según la resolución 2003 de 2014 los estudios de los médicos especialistas deben ser validados con las universidades para verificar su veracidad, lo cual, nunca se ha realizado siendo un riesgo para la organización en las auditorías de la Secretaría de Salud.

-Inducción y reinducción: se realiza inducción al personal que ingresa a la organización presentando al equipo de trabajo, socialización de la información del sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo por parte de la aprendiz SENA, de igual manera la persona responsable del área al que ingresa capacita al nuevo colaborador en las actividades respectivas. Sin embargo, no se cuenta con un programa de capacitaciones que permita dar una inducción correcta y completa al nuevo trabajador. Las capacitaciones son muy generalizadas, por tanto, se debe mejorar su contenido con el fin de que el nuevo colaborador comprenda de manera sencilla la organización y las actividades a realizar. Tampoco se lleva a cabo un seguimiento a los resultados obtenidos en la capacitación para fortalecer las debilidades encontradas en el proceso de inducción. Igualmente, no se tiene conocimiento de cuándo se debe realizar reinducción al personal de la organización.

-Manual de procedimientos y funciones: en la revisión documental se encontraron solamente 2 procedimientos los cuales deben ser actualizados debido a los cambios realizados en los últimos años, por tanto es necesario actualizarlos y crear los demás procedimientos que se consideren necesarios para los demás procesos. El manual de funciones que se tiene actualmente

en la Liga se encuentra incompleto y desactualizado, es decir, faltan cargos y funciones por definir y ajustar los cambios de las diferentes novedades en los procesos. En efecto, es incorrecto haber definido las funciones sin tener claros y documentados los procesos previamente. Dado lo anterior, se evidencia la importancia que tiene para la organización la actualización y formalización de los manuales con el fin de estandarizar procedimientos y funciones y disponer de materiales de apoyo para el desempeño diario y cumplimiento de los objetivos por parte del personal.

-Prueba de desempeño: A finales del 2017 se dio inicio a la evaluación por competencias cuyo diseño fue realizado por una empresa externa pero hasta el momento no se ha terminado su evaluación, generando retrasos en la consecución de planes de mejoramiento para la organización y consolidación de un plan de acción tanto a los empleados como para la organización. Esto se debe a que las actividades no se planifican lo que impide su ejecución de manera completa.

-Relaciones con el personal: Actualmente la Liga no ha realizado medición del clima laboral de manera que se puedan determinar las dificultades que existen en el talento humano de la organización. Sin embargo, ante cualquier inquietud o dificultad entre colaboradores, se cuenta con el Comité de Convivencia Laboral como una medida preventiva de acoso laboral que contribuye a proteger a los trabajadores contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo según la Resolución 652 del 30 de abril de 2012, expedida por el Ministerio del Trabajo.

Cabe resaltar que en la gestión del talento humano no se tiene un plan de capacitaciones propio de la organización que ayude a fortalecer las competencias y mejorar el desempeño tanto

laboral como personal. Las únicas capacitaciones a las que asisten los empleados son las requeridas por la ARL y otras entidades como Cámara de Comercio y Fenalco.

De igual manera, se evidencia que la organización no tiene establecida una cultura que apoye el mejoramiento continuo, que permita alcanzar una atención continua de la calidad en toda la organización; así como tampoco se evidencia orientación al personal en cuanto a la misión, visión, organigrama, procesos y lo demás contemplado en el direccionamiento estratégico.

Finalmente, no se cuenta con indicadores para la medición y control del proceso.

- Subproceso Adquisición de bienes y servicios

Su objetivo es dar soporte a los procesos mediante el suministro de los bienes y servicios de apoyo requeridos por los clientes internos, con el fin de tener una cultura organizacional de uso eficiente de los recursos.

-Bienes: dispositivos médicos, equipos biomédicos, medicamentos oncológicos e insumos de papelería y cafetería. Para la adquisición de dispositivos médicos, el pedido se realiza una vez al mes, al igual que los insumos de papelería y cafetería. Estos últimos, son entregados la primera semana de cada mes donde previamente el personal ha realizado su inventario de necesidades a través del archivo de Excel pedidos de aseo y papelería.

Los dispositivos médicos son de uso por el especialista para su consulta y procedimientos realizados al paciente.

Los productos que se comercializan en la Liga son medicamentos oncológicos que se compran bajo pedido al proveedor contratado, siendo éste su único proveedor. Cabe señalar que la organización no cuenta con servicio de farmacia ni droguería pues sus condiciones actuales no aplican para ofrecer dicho servicio. Se resalta el servicio que ofrece la Liga en la venta de medicamentos oncológicos, pues brinda al público la oportunidad de encontrar los medicamentos

en la ciudad, ya que no se consiguen fácilmente en el departamento de Santander. Sin embargo, para revisar detalladamente el proceso que se lleva a cabo para la adquisición de dichos medicamentos se diseña el “diagrama de flujo venta de medicamentos oncológicos” Apéndice 5, donde se evidencian algunas actividades críticas que influyen directamente en la satisfacción del paciente como la demora en dar respuesta sobre la disponibilidad del medicamento, esto por parte del proveedor y en algunas ocasiones los medicamentos no llegan completos retrasando el proceso de entrega a los pacientes.

Para la adquisición de equipos biomédicos, la Liga cuenta con el apoyo de un estudiante practicante de Ingeniería Biomédica quien realiza las respectivas cotizaciones de los equipos que se requieren en los consultorios ya sea por petición del médico o por la necesidad de mejorar la calidad de los procedimientos.

-Servicios: mantenimiento, infraestructura, outsourcing, asesorías, revisoría fiscal.

En el servicio de mantenimiento, se tiene contrato con las empresas de mantenimientos de los equipos biomédicos. De acuerdo con las recomendaciones, necesidades y presupuesto de la organización se agendan las visitas de mantenimiento en un cronograma pactado.

Para el servicio de mantenimiento de infraestructura (coordinado por la directora ejecutiva y la profesional administrativa), dependiendo de las necesidades en la planta física se contacta a un maestro de obra para que realice la ejecución de dicho servicio.

Por otra parte, para los servicios que se adquieren bajo la modalidad de Outsourcing se contratan las empresas de: Cekura para la esterilización de materiales médicos, Ecoservir para el servicio de aseo, Ultramatic para lavandería, Sandesol para la recolección de residuos peligrosos, Delta cuando se requiere de vigilancia en determinados casos y Endesa para el servicio de mensajería.

-Almacenamiento:

Los productos de aseo y papelería, instrumental quirúrgico y dispositivos médicos se encuentran en la bodega por lo que se hizo una revisión del mismo para conocer su estado y la manera en que se encuentran almacenados.



Figura 9. Área de almacenamiento. Adaptado de la LSCC.

Como se observa en la figura 9 y en las demás imágenes consignadas en el Apéndice 6 “imágenes del almacén”, los dispositivos médicos se encuentran ubicados en estantes metálicos en estado de oxidación, los líquidos como tanque de alcohol y tanque de nitrógeno no cuentan con las fichas técnicas de uso, se observan equipos biomédicos obsoletos, batas médicas, productos de María Salomé y otros materiales de consumo general en la IPS como papelería, insumos de cafetería, entre otros. De igual manera se encontraron objetos que interrumpen el paso del personal que está autorizado para ingresar, desorden en la ubicación de las cosas, y estanterías viejas sin uso alguno. Todo esto genera mal aspecto, dificulta la búsqueda y provee un alto riesgo de accidente laboral.

Con respecto a lo observado en el almacén, se identifica la resolución 4002 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), y se desarrolla la “Lista de chequeo de Almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos médicos” (Apéndice 7) ajustada a la normativa, con el fin de evaluar la situación actual.

Los resultados de la lista de chequeo son recopilados en la tabla 3, evidenciando que la organización cumple los requerimientos que establece la resolución 4002 de 2007 en un 48%, que corresponde a la relación del total de requisitos cumplidos sobre el total máximo por cumplir. Sus requisitos más bajos de cumplimiento son los relacionados con la documentación y la auto inspección y auditoría de calidad.

Tabla 3.

Resultados Lista de Chequeo según resolución 4002 de 2007

No.	ITEMS REQUISITOS DEL MANUAL RESOLUCIÓN 4002 DE 2007	Cumplimiento	Puntaje máximo	% de cumplimiento
1	Requisitos generales para el almacenamiento y/o acondicionamiento de los dispositivos médicos	5	12	42%
2	Requisitos específicos para el almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos médicos	31	50	62%
3	Personal	3	6	50%
4	Capacitación	3	6	50%
5	Saneamiento e higiene	5	10	50%
6	Equipos	3	6	50%
7	Documentación	2	12	17%
8	Identificación y seguimiento a dispositivos médicos	12	26	46%
9	Auto inspección y auditoría de calidad	1	8	13%
TOTAL		65	136	48%

Esto quiere decir que la Liga no tiene procedimientos documentados de las actividades de almacenamiento y acondicionamiento de los dispositivos médicos para la planificación e

implementación de auto-inspecciones, de igual manera, no cuenta con un plan de auditoría interna que incluya una revisión documentada de procedimientos, registros y funciones de personal.

Los resultados anteriores son debido a que el almacén no está organizado totalmente con las condiciones exigidas por la norma en cuanto a control de temperatura, humedad, detectores de humo, zona de recepción y cuarentena, entre otros. Sin embargo, manifiestan que dentro del arreglo a las instalaciones que se está realizando actualmente se hará un cambio total al almacén dividiéndolo en cuartos para poder clasificar los dispositivos médicos y demás insumos cumpliendo con la normatividad.

-Gestión de Proveedores: actualmente la organización cuenta con una base de datos de 50 proveedores entre productos y servicios los cuales no se encuentran clasificados por grupos o segmentos y no son sometidos a ningún tipo de evaluación de su desempeño; el único aspecto relevante consiste en determinar si las características del producto o servicio cumplen con los requerimientos técnicos exigidos por el personal que interactúa de forma directa con el insumo, si el producto o servicio es conforme; el proveedor es considerado para una próxima compra. Los proveedores son seleccionados subjetivamente teniendo en cuenta criterios de calidad, relación costo - beneficio, reconocimiento, tiempo de entrega y oportunidad de crédito, siendo este último un factor importante debido a que la IPS no mantiene un buen flujo de caja. Por último, no se establece una metodología que sustente la evaluación y selección de los proveedores. En el Apéndice 8 “diagrama de flujo selección de proveedores”, se puede observar a manera de resumen el proceso actual en la Liga para la selección de un proveedor consignado en un diagrama de flujo.

Los insumos que maneja la organización son los pertenecientes a las áreas de citología, urología, ginecología, dermatología, gastroenterología, interna, laboratorio, medicamentos oncológicos, cafetería, y materiales de oficina. Se debe mantener nitrógeno, alcohol, equipos biomédicos, espéculos y otros dispositivos médicos que son considerados críticos, debido a que la falta de alguno de estos pueden afectar la seguridad del paciente.

La liga no maneja medicamentos debido a que no cuenta con el servicio farmacéutico.

- Subproceso Gestión de equipos biomédicos

El subproceso de gestión de equipos biomédicos actualmente está a cargo de la profesional administrativa y cuenta con la colaboración de un estudiante practicante de ingeniería biomédica de la universidad Manuela Beltrán. Este proceso consiste en mantener los equipos biomédicos y equipos de apoyo en condiciones óptimas para la correcta prestación del servicio.

En la Liga los “equipos biomédicos se encuentran distribuidos por consultorios” (Apéndice 9) para suplir las necesidades en cada uno de ellos y prestar el servicio de la mejor manera. En el (Apéndice 10) se presenta un “cuadro de relación de los equipos biomédicos”. Dicha información es recolectada de las hojas de vida de los equipos. Es importante resaltar que en las hojas de vida, el campo de la vida útil no se encuentra diligenciado impidiendo establecer cuáles son los equipos que se encuentran obsoletos. Algunos médicos manifiestan que los equipos como el electro bisturí que se utiliza para el servicio de dermatología se debe cambiar por su estado obsoleto, ya que disminuye la calidad del procedimiento. El proceso de compra de estos equipos ya está en trámite de cotización por parte del practicante de apoyo.

A continuación, se describen las principales actividades que se llevan a cabo en el subproceso:

-Mantenimiento de los equipos: La estudiante practicante se encarga de apoyar la ejecución del cronograma de mantenimiento de los equipos biomédicos que requieren de mantenimiento

preventivo o calibraciones, así como también cumplir con las recomendaciones que sugieren los proveedores cuando van a realizar los mantenimientos, ya que la Liga no cuenta con este servicio y por tal razón se tiene contrato con empresas externas.

-Capacitaciones en el uso de los equipos: Para mantener los equipos en buen estado también se realizan capacitaciones a las enfermeras en cuanto al buen uso de ellos, dichas capacitaciones se ejecutan solamente cuando el proveedor recomienda que las hagan. Asimismo, se están capacitando a las enfermeras en el manejo de todos los equipos médicos, debido a las rotaciones de turnos que se hacen constantemente es necesario que sepan utilizar adecuadamente todos los equipos. También se cuenta con guías de manejo rápido que permiten a las enfermeras recordar rápidamente las principales precauciones que se deben tener en cuenta en el uso de los equipos.

En conclusión, no se evidencian actividades críticas que interrumpan el flujo del proceso, pues como se mencionó anteriormente, la organización cuenta con el apoyo del practicante de ingeniería biomédica que se encarga de mejorar el proceso siguiendo la normatividad vigente que tiene el sector salud.

- Subproceso Gestión documental

La gestión documental es el conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación. (pública, 2018).

-Gestión de Correspondencia: para gestionar la correspondencia que se despacha externamente se establecen previamente la ruta que debe realizar el mensajero con el que se tiene contratado el servicio. Se lleva un control de la correspondencia a enviar que se imprime y se entrega al mensajero junto con su recibo de pago del servicio.

- **Gestión de producción y control de documentos:** No se lleva a cabo una adecuada gestión para el control de los documentos de manera que se estandarice la forma de crear cualquier tipo de documento requerido para el desempeño de los procesos. Los formatos, protocolos y demás documentos, no cuentan con una codificación relacionada a los procesos, carecen de versiones y fechas de creación por lo que se hace difícil la organización y búsqueda de los mismos.

Cada quien es responsable de sus documentos y de crearlos cada vez que se necesita sin llevar a cabo un control de ellos.

En la organización se identifican dos tipos de archivo en los que son clasificados los documentos:

-**Archivo administrativo:** Este proceso se lleva a cabo de una forma muy empírica, es decir, el manejo de los documentos que entran y salen de la organización, así como la manera de archivar todo tipo de documento se hace según la necesidad, pero no se está teniendo en cuenta ninguna norma para la correcta gestión y conservación de documentos como lo indica la ley 594 de 2000 “por medio de la cual se dicta la ley general de archivos y se dictan otras disposiciones” (Congreso de Colombia, 2000).

En cuanto a los documentos que entran a la organización pueden llegar de forma física o electrónica, los documentos físicos llegan a recepción y de allí se direcciona al área correspondiente ya sea administrativa o asistencial. La persona que recibe el documento lo archiva y organiza como se crea necesario.

La correspondencia enviada como cartas, se archiva y lleva un control de numeración por consecutivos para facilitar su búsqueda cuando sea solicitada, es decir, se tiene un archivo en Word de todas las cartas que se van realizando a diario y cada una tiene un número en consecutivo, en una hoja se lleva el control de todos los consecutivos de manera que se pueda ver

en qué numeración van. También se tiene una carpeta en digital donde se pueden ver todos los memorandos que se han hecho durante el año. Los documentos como tal están organizados, pero no hay nada que muestre cómo se están archivando, del tiempo de conservación, custodia etc.

Finalmente, se hizo una revisión al archivo de los documentos de la Liga. Tanto en el archivo principal y en el almacén se identifican documentos almacenados. La documentación que se encuentra en el almacén pertenece a balances contables de los años 2015 Y 2016, hojas de vida de personal antiguo, hojas de vida de equipos biomédicos pero que todavía tienen vigencia y son objeto de consulta por el área administrativa. Las carpetas se encuentran en cajas y archivos metálicos dificultando la búsqueda de cualquier documento como se observa en las imágenes del (Apéndice 6).

En el archivo principal se encuentran los documentos de continua utilización y consulta administrativa, historias clínicas hasta el mes de septiembre del 2014 (antes de haber adquirido el sistema de MANAGER), después de tener el software las historias clínicas son digitales.

Dado lo anterior se evidencia la falta de un sistema global para la gestión de sus archivos y documentos que conlleve a la racionalización de los procesos y la optimización de los recursos.

-Archivo de historias clínicas (HC): En cuanto al archivo de historias clínicas, se encuentran en físico las historias generadas hasta el mes de septiembre de 2014, de ahí en adelante las historias son diligenciadas por medio del sistema Manager Clinic y se cuenta con la base de datos SQL Server que es administrada por Avances SQL. Para verificar que los médicos ejecutan las historias de manera adecuada, la Liga cuenta con un comité de historias clínicas liderado por la profesional TIC, según la resolución 004 del comité su objetivo es “velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia

clínica”. Dicha norma es la resolución 839 de 2017 “por lo cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por medio de una lista de chequeo, el comité evalúa mensualmente un servicio y médico seleccionados al azar para verificar que se esté diligenciando y archivando de manera adecuada las historias clínicas. Para realizar dicha actividad se debe contar con un auditor médico, pero en el momento no se tiene, por lo tanto, esta supervisado por la Directora Ejecutiva.

En la tabla 4 se muestra el porcentaje de cumplimiento y no cumplimiento del correcto diligenciamiento de datos en las historias clínicas por parte de los especialistas en cada uno de los servicios. Los servicios que se repiten corresponden a un médico diferente. Se evidencia un bajo porcentaje de cumplimiento en urología y ginecología especializada con un 82% y 75% respectivamente en comparación a los demás, lo que quiere decir que no se llenan los campos obligatorios de la HC adecuadamente, en algunos casos por motivo de tiempo colocan un número o letra insignificante para que les permita guardar y archivar la historia.

Tabla 4.

Cumplimiento de diligenciamiento y archivo de HC

Mes	Servicio	Cumple	No cumple	No aplica
Enero	Dermatología	96%	0%	4%
Febrero	G. Especializada	91%	4%	5%
Marzo	Ginecología	92%	0%	8%
Abril	Mama	95%	0%	5%
Mayo	Urología	82%	10%	8%
Junio	Gastroenterología	94%	0%	6%
Julio	Medicina interna	92%	0%	8%
Agosto	G. Especializada	75%	19%	6%
Septiembre	Mama	93%	0%	7%
Octubre	Dermatología	98%	0%	2%
Noviembre	Ginecología	93%	2%	5%
Diciembre	Gastroenterología	98%	0%	2%

Nota: Adaptado de “Documento resultados de evaluación” de la LSCC

- Subproceso Gestión de infraestructura física

La LSCC presta sus servicios en una casa antigua de dos pisos. Se consigna en el (Apéndice 11) el “plano de evacuación” realizado el 5 de enero del 2016 que a la fecha se debe cambiar debido a que la instalación se encuentra en remodelación.

El primer piso está conformado por 6 consultorios, 1 laboratorio, 1 cafetería, sala de conferencias y enfermería; en el segundo piso se encuentra el área administrativa junto con la sala de archivo principal.

El proceso de remodelación que inició en el mes de noviembre del 2017 se lleva a cabo en cumplimiento a los requisitos de infraestructura establecidos en la resolución 2003 de 2014 y debido al alto riesgo que se evidenciaba por ser una casa antigua, la cual requiere constante mantenimiento. El proyecto se ha ido ejecutando por partes en razón que el servicio no se puede detener, de tal manera que los empleados se han tenido que trasladar por varias partes de la instalación y laborar en condiciones inadecuadas.

Se tiene contratado el servicio de aseo general bajo la modalidad de outsourcing con la empresa ECOSERVIR, donde son dos las colaboradoras de servicios generales, una de medio tiempo y otra de tiempo completo que ayudan a mantener limpias cada área de la Liga incluyendo los consultorios y laboratorio.

A continuación, se muestra la gráfica donde se evidencia el porcentaje de cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura.

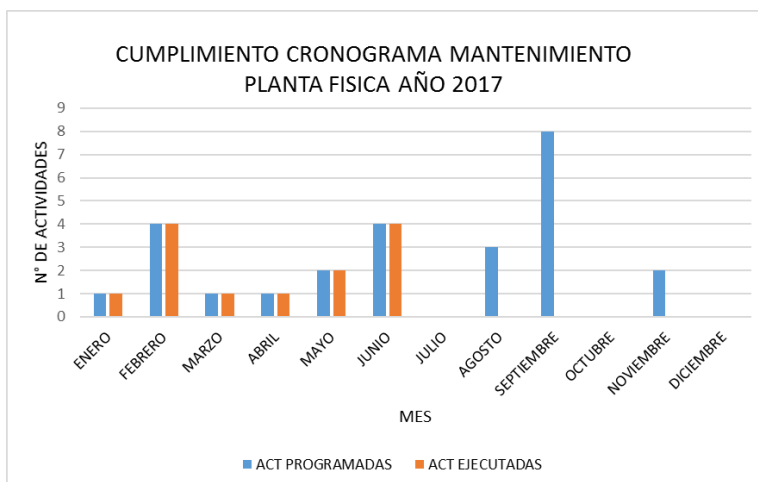


Figura 10. Cumplimiento cronograma mantenimiento planta física 2017

La planificación del cronograma inició desde el 2016, año en el cual se realizaron de manera completa las actividades. En la gráfica anterior correspondiente al año 2017 se evidencia la falta de mantenimiento a la infraestructura física desde el mes de agosto que se tenían programadas actividades tales como limpieza general de polvo y control de plagas, lo cuales no fueron realizadas debido al inicio de la obra en el mes de noviembre, considerando inoportuno su cumplimiento ya que se perdería el mantenimiento realizado de esos meses.

- Subproceso Gestión de tecnologías de la información y comunicación

Su objetivo es administrar eficientemente los recursos técnicos y de apoyo en el área informática. Para ello se resaltan las siguientes actividades:

-Manejo del software clínico: Desde el año 2014 la Liga cuenta con un software llamado “Manager Clinic” (Apéndice 12) que contiene diversos módulos tales como el clínico, administrativo, contabilidad, facturación, inventario, cartera, cuentas por pagar (CXP), nómina, indicadores, financiero y éstos se han convertido en un factor imprescindible para la organización. Igualmente, cuentan con un software llamado “Liga-Net” especialmente para el

servicio de citologías implementado en el año 2009. Estos softwares han sido de gran ayuda para la prestación de los servicios en el día a día.

-Seguridad informática: Para la seguridad de la información se realizan copias a diario, se van guardando en discos externos, los cuales se cambian semanalmente y para realizar las copias se tiene una tarea programada en Microsoft que los ejecuta automáticamente cada noche.

Adicionalmente en Drive se carga la base de datos de la copia del sistema de citologías y el sistema Manager, cuando Drive está al límite de su capacidad se van borrando los datos más antiguos.

-Mantenimiento del hardware: Se cuenta con un cronograma de mantenimiento preventivo para los computadores, server, impresoras, redes y otros. En el año 2017 el cronograma no se cumplió de manera completa por inicio de la obra, solamente se les hizo mantenimiento a 5 impresoras y las demás actividades programadas quedan pendientes para finales del 2018 una vez culmine la obra.

- Subproceso Gestión de activos, pólizas y seguros

-Pólizas y seguros: Actualmente la institución cuenta con 5 tipos de pólizas: multirriesgo, transporte de valores, responsabilidad civil, de cumplimiento y póliza de vehículo. Se evidencia la falta de un programa que contenga los seguros que estén próximos a vencerse, pues en este caso, la contadora que es la que se encarga de contabilizar las pólizas, se da cuenta y da aviso cuando se está a punto de vencer al realizar los pagos diferidos de las mismas.

También se compran pólizas de cumplimiento, las cuales son solicitadas por el cliente (centros de salud) cuando hay un contrato. Se cuenta con un corredor de seguros que es el intermediario entre la empresa y la aseguradora.

-Activos: En cuanto a la gestión de los activos no se tiene un inventario de los bienes muebles e inmuebles de la organización, pues se deben cuantificar los montos a asegurar y de acuerdo a las características de los bienes estos deben ser amparados por una póliza.

3.1.2 Gestión de Procesos. Este proceso tiene como objetivo fortalecer el sistema integrado de gestión, garantizando la óptima gestión e interacción de los procesos de la organización con criterios de productividad y competitividad, el bienestar integral de los trabajadores y la preservación del medio ambiente. (LSCC, 2017). Para este proceso la Liga cuenta con un equipo de trabajo conformado por los siguientes cargos:

Tabla 5.

Cargos involucrados en el proceso de Gestión de Procesos

Gestión de Procesos	Cargos Responsables
Autogestión de procesos	N.A *
Gestión ambiental	Profesional de Enfermería
Gestión de auditorías internas	Profesional de Enfermería
Gestión de servicios no conformes	Profesional de Enfermería
Gestión de seguridad y salud en el trabajo	Profesional de Programas
Gestión de planes de mejoramiento	Profesional de Enfermería Directora Ejecutiva
Evaluación del desempeño y resultados de los procesos	N.A *
Gestión de requisitos legales, reglamentarios y propios de la organización	Profesional Administrativo

Nota: * Se encontró que, en los subprocesos de Autogestión de procesos y Evaluación de desempeño y resultados de los procesos, están en el mapa de procesos, pero no tienen asignado un líder o responsable que se haga cargo del proceso debido a la falta de personal capacitado para su ejecución. Por lo tanto, no existen en la actualidad.

El proceso de gestión de procesos está compuesto por los siguientes subprocesos:

- Subproceso Gestión ambiental

El objetivo de este proceso es promover y proponer estrategias de gestión ambiental y promoción de la sostenibilidad de los recursos naturales buscando el compromiso de los diferentes grupos de interés de la LSCC. Para iniciar, se lleva a cabo un control y seguimiento de los recibos públicos del agua y la energía permitiendo generar estadísticas mensuales para verificar si la metodología que se aplica crea conciencia en cuanto al ahorro de los servicios públicos y disminución del consumo.

Las actividades a realizar se van planificando según la necesidad y se fortalecen los conocimientos del personal por medio de capacitaciones o entrega de instructivos. Para identificar qué se debe mejorar, se realizan evaluaciones para medir el conocimiento del personal en cuanto el cuidado del medio ambiente, de sus resultados se realizan capacitaciones, folletos y charlas para finalmente volver a evaluar y medir los resultados.

Se verifica que la empresa Sandesol encargada de la recolección de los residuos peligrosos utilice de manera adecuada los EPP (Elementos de Protección Personal). Se realiza una caracterización cuantitativa por medio del pesaje de los residuos generados, para ello los registros no peligrosos son pesados y registrados en el formato RH1 diariamente con el fin de mantener un registro preciso de su generación. Los residuos peligrosos son pesados por la persona encargada de su recolección (SANDESOL) cada sábado y también por la organización para corroborar datos. Se evidencia desorden en el registro de los residuos y no se tienen de forma virtual de manera que permita consolidar toda la información, ya que algunos formatos los tienen las auxiliares de enfermería y otros la persona encargada del aseo general.

La tabla 6 contiene información de los formatos de generación de residuos hospitalarios y similares. Muestra un promedio mensual de los residuos sanitarios de los años 2016 y 2017,

evidenciando que en el año 2017 la organización no registró los residuos biodegradables y reciclables, esto a razón de que se está dejando acumular bastante residuo reciclable para luego ser vendido. Ver tabla de “Residuos Hospitalarios y Similares generados por mes” en el (Apéndice 13).

Tabla 6.

Promedio mensual de los residuos generados (KG)

TIPO DE RESIDUOS		AÑO 2016	AÑO 2017
RESIDUOS PELIGROSOS	NO BIODEGRADABLES	93,9	-
	RECICLABLES	16,2	-
	BIOSANITARIOS	98,4	113,2
	CORTOPUNZANTES	0,8	6,7

En cuanto a los vertimientos líquidos, para dar cumplimiento al decreto 1594 de 1984 la CDMB realizó el proceso de visita certificando que no es necesario realizar el muestreo de las aguas residuales debido a que los servicios líquidos provienen de los sanitarios y no son de carácter químico. Tampoco se generan emisiones atmosféricas como gases contaminantes para la salud y el medio ambiente. Es importante resaltar que este proceso cuenta con el Comité Ambiental donde se proponen las propuestas de mejora y se realiza un control y seguimiento trimestral de las actividades programadas en las actas.

- Subproceso Gestión de auditorías internas (asistencial, procesos, etc.)

Una auditoría interna “consiste en una autoevaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita” Decreto 1011 de 2006 art. 33 numeral 2. Esto con el propósito de contribuir a que la institución adquiriera la cultura de autocontrol.

La forma en que se realizan las auditorías internas en el área médico-asistencial es por medio de listas de chequeo y evaluaciones al equipo de trabajo donde se verifica el cumplimiento y el conocimiento técnico en el uso de equipos médicos, normas de bioseguridad, clasificación de los residuos, lavado de manos, infraestructura e insumos, lavado de instrumentos, seguridad del paciente. Con frecuencia la profesional de enfermería entra a algún procedimiento y revisa que tanto el médico como la auxiliar de enfermería esté cumpliendo con los requisitos y protocolos para la seguridad del paciente.

A partir de los resultados de las listas de chequeo y las autoevaluaciones se realiza como plan de mejoramiento una retroalimentación por medio de diapositivas, instructivos que se les deja en un archivo compartido para que las auxiliares revisen constantemente.

De acuerdo con las entrevistas realizadas y la revisión de documentos se evidencia que no se realizan auditorías internas para el área administrativa, lo cual impide la identificación de oportunidades de mejora en sus procesos.

- Subproceso Gestión de servicios no conformes, eventos adversos, no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora.

Este proceso tiene como objetivo identificar, analizar y controlar los servicios no conformes, así como los riesgos que afectan la seguridad del paciente.

Es importante resaltar que la organización tiene conformado el Comité de Ética Hospitalaria como lo establece el decreto 1757 de 1994 art. 16 cumpliendo con las funciones allí consagradas especialmente las contenidas en los numerales 1 - 4 promoviendo programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud a través de las diferentes campañas que se realizan a lo

largo del año, divulgación de los derechos y deberes en salud a los funcionarios y usuarios, entre otras actividades.

Para la identificación de los servicios no conformes y su respectivo control se llevan a cabo las siguientes actividades:

-Encuestas de satisfacción al usuario. Inicialmente se les entregan las encuestas a las auxiliares de cada servicio, pero no se tiene definida una cantidad exacta de cuantas se deben diligenciar, solo se hace entrega y se llena la mayor cantidad posible. Ver formato de “encuesta de satisfacción al usuario” en el (Apéndice 14). Este procedimiento se realiza de una forma manual en un documento de Excel, el cual, requiere de tiempo para la revisión y tabulación de cada una, así mismo, no se tiene una metodología que permita conocer la cantidad de encuestas a realizar en determinado período de tiempo pues hay muchos factores que impiden el cumplimiento de su aplicación, uno de ellos es que la persona encargada de las encuestas es la misma enfermera auxiliar y en muchas ocasiones ella entra a procedimientos médicos lo que impide aplicar todas las encuestas.

También se observa que debido a la metodología que se utiliza para tabular la información, la persona responsable del proceso registra de manera inadecuada la información generando resultados erróneos que afectan la interpretación de los datos, ocasionando una mala percepción en la atención al usuario.

En la figura 11 se presenta una comparación de los porcentajes de satisfacción del usuario entre los años 2016 y 2017 siendo este último año mostrado de forma correcta e incorrectamente tabulado. Se evidencia que en el año 2017 (incorrecto) la satisfacción del usuario disminuye notoriamente en todos los meses con respecto al 2016, siendo el mes de enero el de menor porcentaje de satisfacción con un decrecimiento del 66%. Estos resultados son erróneos debido a

la mala tabulación de la información recolectada de las encuestas. Se corrigieron los errores en la herramienta para verificar el verdadero porcentaje de satisfacción observando una clara diferencia al visualizar los resultados. Se hizo una revisión del documento Excel donde se tabulan los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario y se observa que los errores son debidos al uso incorrecto de Microsoft Excel. Es por esto que se necesita mejorar la metodología de manera que se puedan obtener resultados inmediatos, disminuir errores, tiempo de revisión, y aplicar de manera completa las encuestas planificadas.

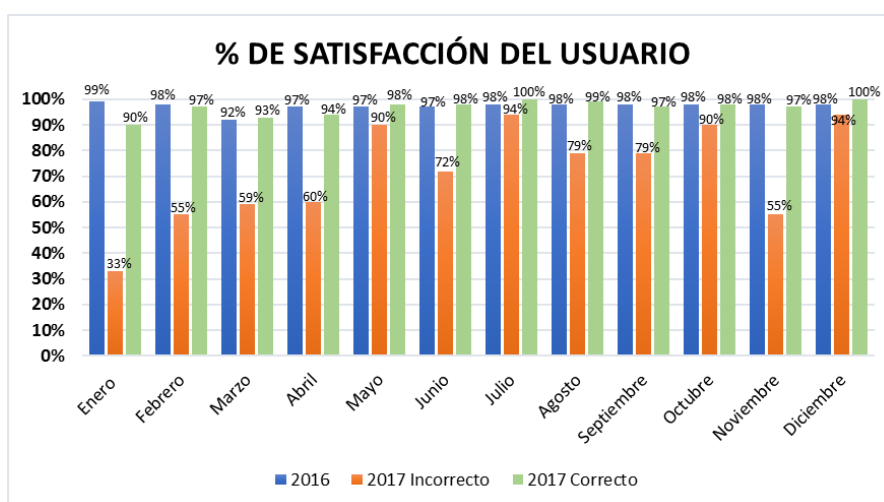


Figura 11. Porcentaje de satisfacción del usuario con errores de tabulación.

-Peticiónes, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones (PQRSF).

De acuerdo con lo descrito en el Título VII de la Circular Externa 49 de 2008 para las peticiones que son presentadas directamente en la organización se debe asumir la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria. Para la recepción de PQRSF la organización debe contar con atención telefónica, acceso a página web y cualquier otro mecanismo posible para facilitar el acceso a los usuarios. Dado lo anterior, cabe resaltar que la organización atiende a las peticiones de los pacientes por los medios mencionados y adicionalmente tienen un buzón de sugerencias pero se dejó de utilizar debido a su mal estado y no visibilidad, al igual que su

formato esta desactualizado; esto impide al paciente la posibilidad de manifestar sus inquietudes con el servicio prestado.

Las PQRSF se reciben a través del “formato de PQRSF” Apéndice 15. Al momento de revisarlo, se contacta a la persona ya sea para agradecerle las felicitaciones, disculparse o dar solución al inconveniente presentado. De lo contrario, si en el momento que la persona presenta alguna queja o reclamo se encuentra la jefa de enfermería el caso se atiende de inmediato dando solución oportuna y de esta manera impedir que el paciente se vaya insatisfecho.

En la siguiente tabla se evidencia el número de reportes de quejas, sugerencias y felicitaciones recibidos en los años 2016 y 2017.

Tabla 7.

Número de quejas, sugerencias y felicitaciones en los años 2016 y 2017

AÑO	QUEJAS	SUGERENCIAS	FELICITACIONES
2016	27	84	412
2017	6	4	3

De acuerdo con la tabla 7 se realiza un diagrama de Pareto para identificar las causas más frecuentes de quejas de los pacientes en el año 2016.

En la figura 12 se identifican los poco vitales que corresponden al 20% de las causas que originan el 80% de las quejas, dichas causas de alto impacto son la falta de puntualidad en las citas agendadas y la mala atención de la cajera que afectan la calidad en la prestación del servicio. Lo descrito anteriormente tanto de la aplicación de encuestas de satisfacción como de la revisión de PQRSF debe estar contemplado en un proceso denominado Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), que según lo instaurado en los artículos 3-6 del Decreto 1757 de

1994 toda IPS pública o privada debe establecer dicho servicio y cumplir con los mecanismos de atención a los usuarios y canalización adecuada de sus peticiones.

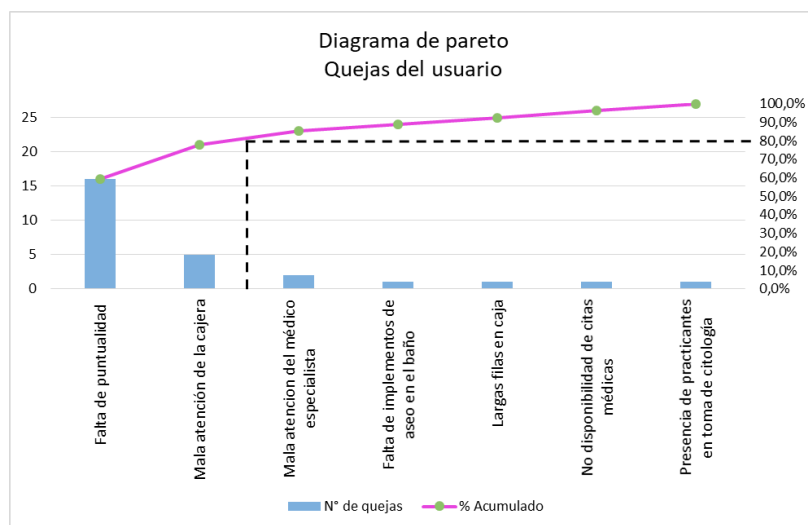


Figura 12. Diagrama de Pareto Quejas del usuario año 2016

-Seguridad del paciente. Empieza desde el momento en que el paciente ingresa a la instalación. Constantemente la profesional de enfermería hace rondas para verificar que las auxiliares estén realizando el trato correcto con los pacientes y se revisa que la documentación generada en el día sea la correcta para evitar inconvenientes y reprocesos en el servicio. También se cuenta con un Comité de Seguridad del paciente cuyo objetivo es “gestionar, promover y proponer actividades que permitan identificar los eventos adversos y los errores e implementar las acciones tendientes a reducir los riesgos en la prestación del servicio” (Acta, 2017, p, 1). Este comité cuenta con la participación de 4 auxiliares de enfermería, la Enfermera Profesional y la Directora Ejecutiva.

- Subproceso Gestión de seguridad y salud en el trabajo

Este proceso está a cargo de la trabajadora social cuyo objetivo es identificar los peligros, evaluar y minimizar los riesgos para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Cada dos años se aplica un diagnóstico de riesgo psicosocial para dar cumplimiento con la resolución 2646 de 2008 “por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional”. Sin embargo, no se ha dado cumplimiento con las recomendaciones y actividades sugeridas para la gestión de riesgo intralaboral tales como crear espacios de participación, potencializar en temáticas de comunicación efectiva, liderazgo, relación interpersonal en el trabajo, administración efectiva del tiempo entre otras actividades que permitan a la organización facilitar el direccionamiento de los planes de acción. De acuerdo con esto, se considera necesario actuar con programas de bienestar donde se implementen estrategias y actividades para el fortalecimiento de la cultura de servicio y calidad en la organización, interviniendo en los temas que requieren atención.

Por otra parte, desde diciembre de 2017 se dio inicio con el desarrollo de la auditoría al SG-SST realizada por Colmena Seguros, los resultados fueron los siguientes:

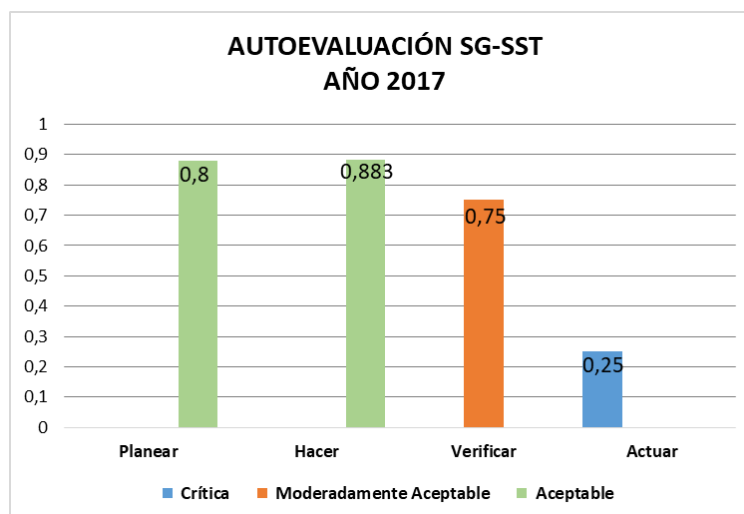


Figura 13. Auditoria al SG-SST. Adaptado de Informe autoevaluación SG-SST de la LSCC (2017)

Como se observa en la figura 13, la autoevaluación está clasificada al cumplimiento del Ciclo PHVA arrojando un porcentaje crítico del 25% en la etiqueta Actuar y un porcentaje moderadamente aceptable pero no muy bueno del 75% en la etiqueta Verificar. Los resultados coinciden con la caracterización respectiva del proceso realizado, evidenciando la falta de implementar indicadores que permitan dar seguimiento al proceso y tomar medidas de prevención, corrección y mejoramiento. Igualmente, no se miden oportunamente los indicadores que establece el Decreto 1072 de 2015 para el SG-SST mediante los cuales se deben evaluar la estructura, el proceso y los resultados del mismo.

De acuerdo con los resultados de la autoevaluación el sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra muy bien en cuanto a la programación de actividades como el plan anual de trabajo, programa de capacitaciones notificadas por la ARL y programa de pausas activas según lo evidenciado en la documentación. También se verifica el cumplimiento de las actividades que hacen parte del sistema de gestión, como lo es la actualización del profesiograma y la matriz de riesgos, la divulgación de políticas y capacitaciones del SG-SST al personal nuevo de la organización.

- Subproceso Gestión de planes de mejoramiento

El objetivo de este proceso es mejorar continuamente los procesos de la institución cumpliendo con los estándares de calidad según la normatividad vigente. La manera de gestionar los planes de mejoramiento en la institución es por medio de los comités que se llevan a cabo, donde se tratan diversos temas tanto asistenciales como administrativos. En cada comité se generan actas con la intención de darle un seguimiento a los compromisos pactados en las reuniones anteriores. Los comités establecidos en la Liga son: Comité de historias clínicas,

infecciones, seguridad del paciente, ética hospitalaria, ambiental, calidad, COPASST, Convivencia laboral.

Debido a que se presenta una separación del subproceso de “Gestión de planes de mejoramiento” en los procesos misionales y otro en los procesos de apoyo, es decir, se repite el nombre, el correspondiente a los misionales tiene que ver con el PAMEC (Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad) y los Comités de Salud, así como lo relacionado con la habilitación de los servicios en cumplimiento a la resolución 2003 del 2014. El subproceso relacionado a los procesos de apoyo, los planes de mejoramiento que se manejan actualmente surgen a partir de la prueba de desempeño que generará un plan de acción para la organización y un plan de acción para cada uno de los trabajadores. Asimismo, se cuenta con la colaboración de estudiantes practicantes quienes son los que participan en este proceso para llevar a cabo los planes de mejoramiento en la organización.

- Subproceso Gestión de requisitos legales, reglamentarios y propios de la organización.

Este proceso no se encuentra documentado y estandarizado por lo que no cuenta con una persona responsable a cargo del proceso. No existe una documentación donde se indiquen de manera clara los requisitos necesarios que deben contemplar los procesos y servicios para cumplir las normas establecidas en el sector salud. En cuanto a los reglamentos propios de la organización se encuentra el Reglamento Único de Trabajo como herramienta del direccionamiento estratégico para regular y normalizar las relaciones con los colaboradores en proceso de vinculación. Algunas de las normas si se encuentran presentes en diversas actas de los comités. Se tiene como documento en físico la norma 2003 del 2014 y la norma NTC-ISO 9001:2015. Para este proceso no se realizó matriz de caracterización dado que no cuenta con la información suficiente que permita identificar las actividades en el ciclo PHVA.

3.2 Análisis nivel de madurez según la norma NTC-ISO 9004:2009

En esta etapa se lleva a cabo la implementación de la evaluación que proporciona la norma colombiana para medir el nivel de madurez en cualquier tipo de organización. Se utiliza esta herramienta ya que proporciona un amplio enfoque sobre la gestión de la calidad y orienta al mejoramiento continuo del desempeño global de la institución.

La norma promueve la autoevaluación como una herramienta para la revisión exhaustiva y sistemática de las actividades de la organización y su desempeño en relación con su grado de madurez en la gestión organizacional centrándose en el liderazgo, estrategia, sistema de gestión, recursos y procesos, con el fin de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

La herramienta se divide en dos componentes: la autoevaluación de elementos clave y la autoevaluación de elementos detallados que incluye elementos de gestión, estrategia y política, recursos, procesos, seguimiento y medición, mejora, innovación y aprendizaje.

3.2.1 Desarrollo de la autoevaluación. Para el desarrollo de la autoevaluación se utilizó la herramienta de elementos detallados, ya que la norma sugiere que este componente sea ejecutado por la dirección y los responsables de los procesos para obtener una perspectiva general profunda del comportamiento de la organización y su desempeño actual. La herramienta utiliza 5 niveles de madurez donde la organización revisa su desempeño en cada uno de los criterios especificados y de esta manera seleccionar su nivel de madurez actual. Dicha herramienta se aplicó con la colaboración de la directora ejecutiva, la profesional administrativa y la profesional de enfermería quienes por su conocimiento global de la organización se consideran las indicadas para su desarrollo. En la tabla 7 se presentan los resultados de la autoevaluación.

De los resultados se determina que el nivel promedio de madurez de la organización Liga Santandereana Contra el cáncer es de 2,32 que pertenece a una madurez básica, lo cual, “Contiene los mínimos datos disponibles sobre el seguimiento de las actividades y sobre los resultados de mejora, así como la existencia de un sistema de aseguramiento de la calidad” (Fomento, 2005, p, 12).

Tabla 8.

Nivel de madurez de cada capítulo de la norma NTC-ISO 9004:2009

Capítulo	Elementos detallados	Dirección ejecutiva	Profesional Administrativo	Profesional de enfermería	Promedio
CAP.4	Gestión para el éxito sostenido de una organización	2,0	2,50	4,25	2,92
CAP.5	Estrategia y política	2,5	3,25	2,50	2,75
CAP.6	Gestión de los recursos	1,75	2,38	2,88	2,34
CAP.7	Gestión de los procesos	1,33	2,00	3,00	2,11
CAP.8	Seguimiento, medición, análisis y revisión	1,78	2,22	1,67	1,89
CAP.9	Mejora, innovación y aprendizaje	1,25	1,50	3,00	1,92

Se detallan los resultados obtenidos por cada profesional en el Apéndice 16 “resultados autoevaluación NTC-ISO 9004:2009”.

Para una mejor interpretación de los resultados se presenta el siguiente gráfico radial que permite realizar una comparación detallada de los 6 capítulos que presenta la norma.

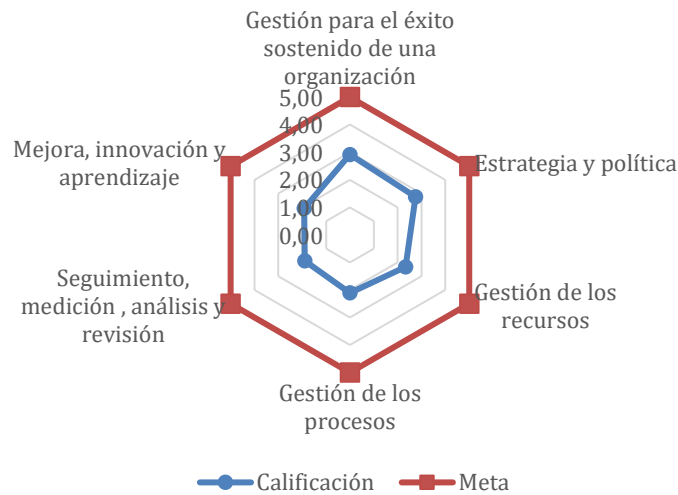


Figura 14. Resultados autoevaluación NTC-ISO 9004:2009

En la figura 14, se evidencian los tres capítulos más críticos y se describen a continuación:

Capítulo 8. Seguimiento, medición, análisis y revisión: Presenta el nivel de madurez más bajo en la organización con un promedio de 1,89 lo que evidencia que la organización no realiza un seguimiento regular de su desempeño que le permita identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas, no se cuenta con una metodología apropiada para el éxito del proceso de medición y análisis de la información de tal manera que se tomen decisiones en materia de estrategia y política. Algunos aspectos que no se llevan a cabo dentro de este capítulo en la organización son:

- Falta de indicadores claves de desempeño que sean cuantificables y permitan realizar seguimiento y tomar acciones preventivas, correctivas y de mejora.
- Falta de métodos claves como benchmarking, evaluación de desempeño a proveedores que permitan recopilar información en relación con indicadores de desempeño.
- No se realiza auditoría interna para determinar el nivel de cumplimiento del sistema de gestión de la organización.

Capítulo 9. Mejora, innovación y aprendizaje: Con una diferencia de 0,03 del capítulo 8 se encuentra la mejora, innovación y aprendizaje con un promedio de 1,92, lo cual sigue siendo un nivel muy bajo.

- En el tema de Mejora se establece que el proceso debe seguir un enfoque estructurado como el ciclo PHVA.
- Falta de innovación en los métodos para mejorar la estabilidad de los procesos y hacerlos más efectivos.
- Falta de integración de capacidades del personal para fomentar el aprendizaje donde se combinen conocimientos, pensamientos y comportamientos de las personas con los valores de la organización.

Capítulo 7. Gestión de los procesos: Con una diferencia de 0,19 del capítulo 9 se encuentra la gestión de los procesos con un promedio de 2,11. En este capítulo se evidencia:

- La importancia de designar un gestor a cada proceso para establecer, controlar y mejorar el proceso y su interacción con otros procesos.
- Falta de planificar y controlar los procesos, que tengan relación con la estrategia de la organización.

Haciendo relación con los resultados obtenidos de la caracterización de los procesos se evidencia la falta de planificación, medición y control de los mismos, lo cual impide que se gestionen de manera eficiente para llevar a cabo el logro de los objetivos.

3.3 Análisis del diagnóstico

3.3.1 Identificación de los subprocesos críticos para el mejoramiento. De acuerdo con los resultados del diagnóstico realizado a los subprocesos de gestión administrativa y gestión de procesos, entrevistas aplicadas y observación de documentos internos de la organización, es posible identificar y seleccionar los subprocesos críticos para el mejoramiento. Dichos subprocesos son aquellos en los cuales la Dirección y los clientes internos no están satisfechos con la forma en la que se realiza su ejecución. Por esto, los principales aspectos que se tienen en cuenta para seleccionar los procesos críticos son el impacto en el cliente, el índice de cambio (si se puede arreglar, tiene solución o no), que tan deteriorado se encuentra y la importancia que tiene para la empresa (Harrington, 1996, pág. 41).)

Para seleccionar los subprocesos críticos se utiliza la metodología establecida por (Harrington, 1996), un enfoque ponderado de selección que permite asignar a las siguientes categorías una calificación de 1 a 5 (págs. 42-43):

- Impacto en el cliente
- Susceptibilidad al cambio
- Desempeño
- Impacto en la empresa

Donde, 1 indica que es difícil hacer algo con el subproceso o que éste tiene poco impacto. La calificación 5 indica que es fácil cambiar el subproceso o que genera un gran impacto. En la tabla 9 se totalizan las calificaciones de las cuatro categorías por cada subproceso calificados por el equipo administrativo de la Liga y estos totales se emplean para establecer prioridades donde los subprocesos con mayor puntaje son los que se deben abordar de inmediato para el mejoramiento.

Tabla 9.

Selección de procesos críticos

Nombre del Subproceso	Susceptibilidad al cambio	Desempeño	Impacto en la empresa	Impacto en el cliente	Total
Gestión de Talento Humano	4	4	4	5	17
Gestión de equipos biomédicos	2	2	4	3	11
Gestión documental	5	5	5	4	19
Gestión de infraestructura física	2	3	4	1	10
Adquisición de bienes y servicios	4	4	5	5	18
Gestión de tecnologías de la información y comunicación	2	2	3	4	11
Gestión de activos, pólizas y seguros	2	2	4	2	10
Gestión ambiental	2	2	3	3	10
Gestión de auditorías internas	2	2	3	3	10
Gestión de servicios no conformes.	4	4	4	5	17
Gestión de seguridad y salud en el trabajo	2	2	5	3	12
Gestión de planes de mejoramiento	2	2	3	2	9
Gestión de requisitos legales, reglamentarios y propios de la organización	4	2	3	2	11

De acuerdo con los resultados de la tabla 9, los procesos críticos son:

- Gestión documental.
- Adquisición de bienes y servicios.
- Gestión del talento humano.
- Gestión de servicios no conformes.

Cabe resaltar que estos procesos son los que abarcan la mayoría de los problemas que se presentan en la organización y que requieren de acción inmediata para que la solución de los

problemas presentes en estos procesos permita crear una cultura de mejoramiento continuo a la organización.

3.3.2 Diagramas Causa – Efecto de los subprocesos críticos. Se realizan diagramas causa efecto para cada uno de los subprocesos críticos. Esta herramienta permite organizar y clasificar las causas de los principales problemas que se presentan y que afectan e influyen en la calidad de los procesos. Se destaca que las categorías donde se concentra la mayoría de las causas son mano de obra, método y material. Ver “diagramas causa – efecto” en el (Apéndice 17).

3.3.3 Descripción de los problemas encontrados en los subprocesos críticos. Los subprocesos en los que interviene el proyecto de mejoramiento, son aquellos que impactan directamente en la prestación del servicio y que son valorados por la alta dirección en su direccionamiento estratégico, dado que son los que aportan a la propuesta de valor de la LSCC.

A continuación se describen los principales problemas encontrados para estos subprocesos críticos:

En primera medida es importante resaltar que para tener claridad de los procesos de la organización es clave contar con un mapa de procesos cuya estructura sea fácil visualizar y entendible para todos los colaboradores de la organización, en este sentido, el mapa de procesos de la Liga no posee dichas características por lo que contiene múltiples actividades y no procesos en sí. Debido a esto, la mala estructura de los procesos impide que estos no se puedan documentar ni estandarizar de la manera correcta. Otro problema que esto genera es que impide determinar la codificación para los documentos que hacen parte de cada uno de los procesos generando un descontrol en la gestión de los documentos. Durante el diagnóstico se evidenció

que el personal entrevistado desconocía algunos procesos graficados en el mapa y no conocían su importancia como herramienta del direccionamiento estratégico.

Aunque la organización realiza las actividades necesarias para seleccionar a un nuevo colaborador, éstas no se llevan a cabo de manera eficiente, generando tiempos largos de selección, capacitación y formación. Esto se presenta debido a que el proceso no está integrado, y no cuenta con herramientas informáticas que permita agilizar el proceso y gestionar el personal correctamente.

Igualmente La Liga cuenta con un manual de funciones y responsabilidades pero este se encuentra desactualizado y no tiene establecidos los manuales de procedimientos necesarios para llevar a cabo una inducción adecuada y orientar al colaborador en sus actividades. Esto dificulta las auditorías de control interno, genera duplicidad de actividades e impide identificar oportunidades de mejora.

En cuanto a la selección de proveedores, no se tiene implementado ninguna metodología que permita gestionarlos. Por ello en algunos casos, la Liga solo cuenta con un proveedor que abastece insumos como medicamentos oncológicos y dispositivos médicos considerados como productos críticos debido a que pueden afectar la calidad en el servicio y el bienestar del paciente. Lo anterior indica que se debe mejorar la gestión de los proveedores para asegurar la prestación de un servicio con calidad y oportunidad satisfaciendo las necesidades de los clientes internos y externos de la organización.

Por otro lado, en cumplimiento a las normas que toda entidad de salud debe acatar se encuentra la medición de la satisfacción del usuario cuyos resultados deben ser reportados al Ministerio de Salud. Para la obtención de dichos resultados se lleva a cabo un proceso muy

tedioso, las encuestas son diligenciadas por los pacientes en formatos físicos por lo que estos deben ser tabulados cada mes uno por uno en un documento Excel, no se tiene un control de la cantidad de encuestas que se deben tomar por lo que en muchas ocasiones el responsable de esta actividad deja acumular gran cantidad de formatos a tabular impidiendo obtener resultados a tiempo para ser analizados y dar seguimiento a sus resultados. La herramienta Excel contiene errores de fórmulas generando resultados incorrectos. La alta dirección requiere tomar medidas de acción inmediata a este problema para ser más eficientes, obtener resultados en tiempo real sobre la satisfacción del usuario y por tanto mejorar la calidad del servicio.

Otro requisito que exigen los entes de control es la ejecución del trámite de PQRSF, lo cual la organización no cuenta con los mecanismos actualizados para la recepción de quejas y sugerencias y los trámites respectivos.

Finalmente, no se establecen indicadores que permitan medir el desempeño de los procesos, por lo que no se tienen datos para realizar acciones de mejora frente a los resultados.

3.3.4 Priorización de los problemas identificados. Una vez identificados los principales problemas que se presentan en los procesos de la organización, se considera necesario realizar una técnica de priorización denominada “Matriz GUT” (LUZ, 2018). Esta metodología permite establecer un orden de priorización de los problemas a intervenir con el fin de formular las acciones de mejora a los procesos involucrados en el proyecto.

Los criterios esenciales de esta metodología de gestión son:

- **Gravedad:** Hace referencia a la intensidad o impacto que el problema puede causar si no se soluciona. Un problema grave puede ocasionar el daño de la imagen pública de la organización, la pérdida de clientes importantes o incluso, su quiebra.
- **Urgencia:** Hace referencia al plazo que se tiene para resolver una determinada situación. Puede considerarse como problemas urgentes plazos definidos por ley o el tiempo de atención a los pacientes.
- **Tendencia:** Representa el potencial de crecimiento del problema, es decir, la probabilidad de que se vuelva mayor con el paso del tiempo.

Para analizar cada problema frente a los criterios es importante realizar las siguientes preguntas:

- **La gravedad:** ¿cuál es la intensidad o impacto que el problema causa si no se soluciona?
- **Urgencia:** ¿existe un plazo formal por ley para resolver el problema? ¿El cliente impuso un plazo? ¿El problema puede esperar?
- **Tendencia:** si el problema no se resuelve, ¿tiende a agravarse, mantenerse, o neutralizarse?

Con el objetivo de cuantificar los criterios, se establece la siguiente puntuación:

Tabla 10.

Criterios de clasificación

Criterios de clasificación	Definición	Puntuación
Gravedad	Sin gravedad	1
	Poco grave	2
	Grave	3
	Muy grave	4
	Extremadamente grave	5
Urgencia	Puede esperar	1
	Poco urgente	2
	Urgente, merece atención a corto plazo	3
	Muy urgente	4
	Necesidad de acción inmediata	5
Tendencia	No cambiará	1
	Empeorará a largo plazo	2
	Empeorará a medio plazo	3
	Empeorará a corto plazo	4
	Empeorará rápidamente	5

Para el resultado de la priorización de los problemas, se tiene presente que:

$$\text{Prioridad} = \text{Gravedad} + \text{Urgencia} + \text{Tendencia}$$

En la tabla 11 se asigna la puntuación de los criterios de clasificación a cada uno de los problemas previamente identificados y calificados por el equipo administrativo de la Liga.

Una vez realizado esto, se calcula la suma de los valores, identificando como prioritarios aquellos que tengan una mayor puntuación total.

Tabla 11.

Priorización de problemas

N.º	Problema	Gravedad	Urgencia	Tendencia	Prioridad
1	Errores de digitación y tiempos largos en la tabulación de las encuestas de satisfacción al usuario.	5	4	5	14
2	No existe metodología para conocer la cantidad de encuestas a realizar en cada uno de los servicios que presta la organización.	5	5	5	15
3	No existen indicadores de gestión para medir el desempeño de los procesos y el cumplimiento de objetivos.	3	4	4	11
4	No existen programas para mejorar las relaciones interpersonales y la calidad en el servicio.	4	5	4	13
5	No se cuenta con manuales de procedimientos completos.	5	4	4	13
6	Mapa de procesos desactualizado, con nombres inadecuados de difícil interpretación causando confusiones para la creación de documentos.	5	4	5	14
7	Estructura organizacional desactualizada.	4	4	4	12
8	Desactualización del manual de funciones y responsabilidades.	4	5	4	13
9	No existe una forma adecuada de gestionar al personal eficientemente y que integre todas las actividades para su gestión.	3	4	3	10
10	Incumplimiento de lo establecido en la resolución 2003 de 2014 en cuanto a la documentación requerida para las hojas de vida del personal médico.	4	4	4	12
11	Insatisfacción de los pacientes generada por los tiempos de espera en la adquisición de medicamentos oncológicos.	5	4	5	14
12	No existen herramientas para el control de los documentos internos de la organización.	3	4	5	12
13	Metodología inadecuada para seleccionar proveedores.	4	4	4	12
14	Bajo nivel de cumplimiento a los requisitos de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento para dispositivos médicos según lo establecido en la resolución 4002 de 2007.	5	4	5	14
15	No existen matrices de caracterización de los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos.	4	4	5	13

De acuerdo con los resultados anteriores, en la tabla 12 se presentan los problemas organizados según su prioridad.

Tabla 12.

Problemas priorizados

Orden de prioridad	Problema	Puntuación
1	No existe metodología para conocer la cantidad de encuestas a realizar en cada uno de los servicios que presta la organización.	15
2	Errores de digitación y tiempos largos en la tabulación de las encuestas de satisfacción al usuario.	14
3	Mapa de procesos desactualizado, con nombres inadecuados de difícil interpretación causando confusiones para la creación de documentos.	14
4	Insatisfacción de los pacientes generada por los tiempos de espera en la adquisición de medicamentos oncológicos.	14
5	Bajo nivel de cumplimiento a los requisitos de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento para dispositivos médicos según lo establecido en la resolución 4002 de 2007.	14
6	No se cuenta con manuales de procedimientos completos.	13
7	Desactualización del manual de funciones y responsabilidades.	13
8	No existen matrices de caracterización de los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos.	13
9	No existen programas para mejorar las relaciones interpersonales y la calidad en el servicio.	13
10	Incumplimiento de lo establecido en la resolución 2003 de 2014 en cuanto a la documentación requerida para las hojas de vida del personal médico.	12
11	Metodología inadecuada para seleccionar proveedores.	12
12	No existen herramientas para el control de los documentos internos de la organización.	12
13	Estructura organizacional desactualizada.	12
14	No existen indicadores de gestión para medir el desempeño de los procesos y el cumplimiento de objetivos.	11
15	No existe una forma adecuada de gestionar al personal eficientemente y que integre todas las actividades para su gestión.	10

Una vez identificados los principales problemas a atender y organizados según su prioridad se procede a formular las propuestas de mejora estableciendo claramente sus objetivos y su plan de acción con el fin de garantizar su cumplimiento.

4. Formulación de propuestas de mejoramiento

4.1 Propuesta 1. Actualización de instrumentos del Direccionamiento Estratégico de la LSCC

4.1.1 Problema que se pretende atender. En la fase del diagnóstico fueron identificados dos instrumentos que deben actualizarse; el mapa de procesos y el organigrama, permitiendo una mejor consolidación de los subprocesos y claridad en el organigrama, siendo pilares fundamentales para el mejoramiento y comprensión de los involucrados en el desarrollo de sus actividades. La Liga cuenta con un mapa de procesos estructurado de forma general, lo que no permite visualizar fácilmente los subprocesos actuales, generando confusión y dificulta el avance en la mejora de los mismos.

4.1.2 Objetivos de la propuesta

- Actualizar el mapa de procesos en el despliegue de los subprocesos que lo conforman y organigrama de la organización con el fin de aclarar y visualizar fácilmente los cargos.
- Brindar herramientas claves para el mejoramiento de los procesos.
- Definir y estructurar los procesos actuales como base para la identificación y codificación de los documentos.

4.1.3 Descripción de la propuesta

Actualización del mapa de procesos

Para tener claramente definidos los procesos con los que cuenta la organización, se actualiza el mapa de procesos en el despliegue de los subprocesos que lo conforman, utilizando como

metodología la investigación de tipo documental; se hizo búsqueda e interpretación de fuentes externas del sector salud que permitieron reforzar conocimientos sobre el tema y verificación actual en su ejecución.

Conforme con lo anteriormente planteado, se considera necesario agrupar, modificar, eliminar y adicionar subprocesos para facilitar su visualización por parte de los responsables de la ejecución. Estas actividades se realizan para cada subproceso de la estructura de la siguiente manera:

- **Procesos estratégicos**

Gestión directiva

-Agrupar los subprocesos de “*Gestión y aprobación de recursos necesarios para la ejecución de los planes y proyectos estratégicos*” y “*Análisis, formulación y seguimiento de proyectos estratégicos*” en un subproceso denominado “Gestión de Proyectos”.

-Agrupar los subprocesos de “*Estructuración y despliegue del direccionamiento estratégico*” y “*Direccionamiento de acciones de mejoramiento empresarial*” en un subproceso denominado “Direccionamiento Estratégico”.

-Los subprocesos de “*Estructuración del plan anual de gestión*” e “*Informe de gestión anual*” se eliminan debido a que son consideradas actividades y hacen parte del Direccionamiento Estratégico.

Control integral:

-Agrupar los subprocesos de “*Identificación y gestión de riesgos*” y “*Verificación del cumplimiento de requisitos legales y normatividad aplicables a los procesos*”, ya que hacen parte de las actividades realizadas en el subproceso “Promoción de la cultura de autocontrol,

autogestión y autorregulación” de acuerdo con los principios del Modelo Estándar de Control Interno descritos en (ISOTools Excellence Colombia, 2016).

- **Procesos Misionales:**

Gestión de relacionamiento:

-Agrupar los subprocesos de *“Investigación de mercados”*, *“Definición de planes de mercadeo y ventas”*, *“Promoción y publicidad”* y *“Gestión de ventas”* en un subproceso denominado *“Mercadeo y Ventas”*.

-Los subprocesos de *“Medición de la satisfacción de los grupos de interés”* y *“Gestión integral de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias”* se eliminan debido a que son actividades que se realizan dentro del subproceso de *“Gestión del SIAU”* que será incluido en el proceso de Gestión Administrativa.

Gestión de Servicios de Salud:

-Agrupar los subprocesos de *“Programación y agenda de citas”*, *“Remisión y seguimiento a pacientes”*, *“consultas y procedimientos”*, *“Planeación de la prestación de servicios intra y extramural”*, *“Ejecución de la prestación de servicios”*, y *“Generación de órdenes de servicios médicos”*, en un subproceso denominado *“Gestión de atención a pacientes”* debido a que son actividades que pertenecen al mismo subproceso.

-Agrupar los subprocesos de *“Venta de medicamentos y dispositivos médicos”* y *“Análisis de laboratorio y resultados de diagnóstico”* en un subproceso denominado *“Servicios de apoyo asistencial”*.

-Agrupar los subprocesos de *“Diseño de programas y servicios de prevención primaria y detección temprana”*, *“Gestión de voluntariado”* y *“Evaluación y seguimiento de los programas y servicios de prevención primaria y detección temprana”* en un subproceso denominado

“Gestión de programas de promoción y mantenimiento de la salud” de acuerdo con la nueva Resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).

- **Procesos de apoyo**

Gestión Administrativa

-Se modifica el nombre de “*Adquisición de bienes y servicios*” por “*Gestión de bienes y servicios*” ya que el subproceso no solo comprende la adquisición, sino que se realizan otras actividades como la recepción, almacenamiento, abastecimiento y control.

-Se crea el subproceso de “Gestión Jurídica” pues se desarrollan actividades jurídicas tales como gestión de tutelas, gestionar contratos con entidades públicas y privadas y presentar licitaciones para convocatorias.

Gestión Financiera

Los subprocesos que hacen parte de este proceso no requieren modificaciones.

Gestión de procesos

-Agrupar los subprocesos de “*Autogestión de procesos*”, “*Gestión de auditorías internas*”, “*Gestión de servicios no conformes, eventos adversos, no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora*”, “*Evaluación del desempeño y resultados de los procesos*” en un subproceso denominado “Gestión de planes de mejoramiento” en el que se llevarán a cabo las actividades mencionadas anteriormente.

-Se crea el subproceso de “Gestión del SIAU”, para ajustar el cumplimiento de requisitos legales.

Finalmente, se crea el “Cuadro comparativo de los subprocesos” Apéndice 18, que detalla las modificaciones realizadas al despliegue del mapa de procesos de la LSCC. Igualmente queda consignado en el Apéndice 19 el Mapa de procesos y Organigrama actualizados.

Actualización de la Estructura Organizacional de la LSCC

Según (Chiavenato, 2008) “para una organización el puesto constituye la base para colocar a las personas dentro de las tareas de la organización, de modo que para desempeñar sus actividades, la persona con un puesto debe tener una posición definida en el organigrama” (pág. 203).

Por lo tanto, y respetando su estructura radial cuyo objetivo es resaltar el trabajo en equipo para el buen funcionamiento de la Liga y por ser una entidad sin ánimo de lucro se actualiza el organigrama, para dejar registrado los cargos que actualmente se tienen y ajustar el manual de funciones acorde con la nueva estructura. Ver Organigrama en el (Apéndice 19).

4.1.4 Plan de acción

Tabla 13.

Plan de implementación para la actualización del mapa de procesos y estructura organizacional.

Actividad	Responsable	Tiempo estimado	Recursos necesarios
Someter a aprobación la propuesta por parte de Dirección Ejecutiva.	Practicante	1 hora	Directora Ejecutiva
Socialización del mapa de procesos y organigrama actualizados.	Practicante	2 horas	Practicante y personal de la organización

4.2 Propuesta 2. Herramientas para el control de los documentos

4.2.1 Problema que se pretende atender. Debido a que no se efectúa ningún proceso estándar para el control de los documentos se están generando una serie de situaciones que conllevan a la acumulación de documentación obsoleta e innecesaria, falta de control, inquietudes en la manera que se crean los documentos, lentitud en el proceso de aprobación y excesiva carga administrativa. Igualmente, los documentos no cuentan con una codificación o referencia que los haga únicos, que permita identificarlos y localizarlos fácilmente.

De lo anterior se evidencia la importancia de generar un proceso de gestión documental, teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2015, que facilite el desarrollo de actividades y control estandarizado sobre los documentos internos de la organización.

4.2.2 Objetivo de la propuesta

- Facilitar la elaboración, archivo y gestión de la información mediante una buena gestión de los documentos.
- Optimizar el uso de la información.
- Definir una estructura lógica para los documentos que se manejan en la organización.
- Evitar duplicidad de documentos.

4.2.3 Descripción de la propuesta. El buen desarrollo de la documentación en las Instituciones de salud es fundamental para los procesos de habilitación de servicios y acreditación en salud, por lo tanto, establecer herramientas óptimas de trabajo que permitan cumplir los requisitos legales y organizacionales es fundamental para próximas decisiones estratégicas de la LSCC.

Basado en los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2015 del apartado 7.5 “Información Documentada”, la cual expone que la organización debe asegurarse que la documentación cuente con la identificación (título, fecha, autor, referencia), formato apropiado, revisión, aprobación y control de la información, se propone el desarrollo de una guía para la elaboración de los documentos que garantice su estandarización siguiendo las directrices definidas para su elaboración y actualización.

Igualmente, para mantener disponibilidad de la información actualizada es necesario contar con un listado maestro de documentos.

También se crea un formato de solicitudes para el control de los documentos internos de la organización.

- Creación de una guía para la elaboración de los documentos

La primera herramienta de control es el desarrollo de una Guía de Elaboración de Documentos (Apéndice 20), con el fin de orientar la elaboración, actualización y control de ellos dentro de la gestión documental siguiendo los lineamientos internos de la organización. En la guía se establecen detalladamente los parámetros y elementos que deben contener los documentos permitiendo unificarlos y estandarizarlos.

La guía contempla entonces los siguientes elementos:

- Portada de los documentos.
- Encabezado de los documentos.
- Codificación según el tipo de documento, proceso y subproceso.
- Nomenclaturas de los procesos y subprocesos.
- Contenido de todo tipo de documentos.

-Control de cambios.

La figura 14 describe los tipos de documentos que hacen parte del sistema integrado de gestión de la organización. Su estructura muestra la jerarquía que tienen según el ámbito en que son aplicables y están clasificados en 4 niveles:

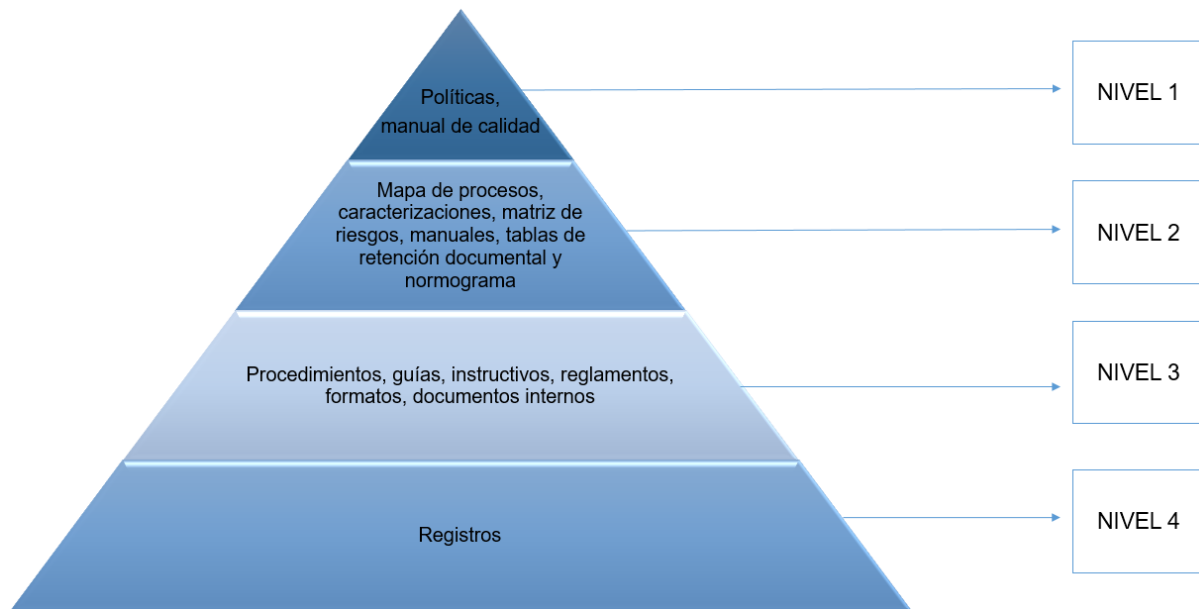


Figura 15. Estructura de los documentos. Adaptado de “control de documentos y registros”

(Superintendencia Nacional de Salud, 2018)

- **Nivel 1:** Documentos que establecen los lineamientos generales del sistema de gestión integrado.
- **Nivel 2:** Documentos que especifican las características de los procesos y las condiciones bajo las cuales operan.
- **Nivel 3:** Documentos que describen la forma como se ejecuta un proceso o una actividad específica.

- **Nivel 4:** Documentos que demuestran los resultados obtenidos y proporcionan evidencia de actividades desempeñadas.

- Creación de un listado maestro de documentos

Con el fin de poder recopilar, organizar y controlar la documentación de los procesos se propone la elaboración de un del listado maestro de documentos que permitirá obtener beneficios tales como:

-Facilitar el proceso de realización de auditorías al encontrar rápidamente los documentos solicitados durante la misma.

-Facilitar el acceso a los datos para el análisis de indicadores de desempeño de los procesos.

-Establecer orden en el archivo de la información disminuyendo la burocracia y papeleo que causan desorden (Gómez, 2010).

El listado Maestro de Documentos (Apéndice 21) está compuesto por: Lista de formatos, procedimientos, caracterizaciones, guías e instructivos y protocolos médicos, cada uno de ellos clasificados de acuerdo al proceso que corresponden. La información de cada documento en el listado contempla los datos para su identificación y datos para visualizar el estado de actualización del documento como se muestra a continuación:

Datos de identificación del documento:

Código, nombre del documento, responsable del documento, fecha de elaboración, lugar de almacenamiento, medio de almacenamiento.

Datos de actualización del documento:

Responsable de la aprobación, fecha de aprobación y versión del documento.

- Diseño de un formato de solicitudes de documentos

Este formato se diseña en consideración de las políticas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud que expone que el requerimiento para la creación, modificación y anulación de documentos debe hacerse de manera formal a través de un memorando remitido por el líder del proceso. De acuerdo con lo anterior, se crea el “Formato solicitud de elaboración, modificación y anulación de documentos” (Apéndice 22) que deberá ser dirigido al responsable de la Gestión documental, quien se encargará de verificar la solicitud y decidir su aprobación.

	LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER		Código: FT-GA-GD-02
	SOLICITUD DE ELABORACIÓN, MODIFICACIÓN Y ANULACIÓN DE DOCUMENTOS		Versión: 000
			Fecha: 11-11-18
			Página: 1 de 1
Nombre del solicitante:			Fecha de solicitud: DD/MM/AA : - - -
Cargo:		Proceso al que pertenece:	
Solicitud			
Tipo de solicitud:		Justificación de la solicitud:	
☐ Creación ☐ Modificación ☐ Anulación ☐ Préstamo		_____ _____ _____	
Documento afectado			
Nombre del documento:		Versión del documento:	
Código del documento:			
Aprobación de la solicitud			
Aprobado ☐		No aprobado ☐	Fecha: - - -
Control del documento			
Editado ☐	Estado obsoleto ☐	Nueva versión _____	
Socializado ☐	Actualización listado ☐	Nuevo código _____	
Elaboró		Revisó	Aprobó
Practicante		Profesional Administrativo	Directora Ejecutiva

Figura 16. Formato solicitud de elaboración, modificación y anulación de documentos

4.2.4 Plan de acción

Tabla 14.

Plan de implementación Herramientas para el control de los documentos

Actividad	Responsable	Tiempo estimado	Recursos necesarios
Someter a aprobación las herramientas creadas para la elaboración y control de los documentos.	Practicante	2 horas	Dirección Ejecutiva
Socialización de las herramientas para el control de los documentos.	Practicante	2 horas	Practicante y personal de la organización
Realizar seguimiento para verificar que el manejo de los documentos este acorde a lo establecido en la guía y ajustar cualquier error.	Practicante	40 horas	Practicante y personal de la organización

4.3 Propuesta 3. Creación de una herramienta ofimática para la gestión de personal.

4.3.1 Problema que se pretende atender. El problema se genera por que el proceso de gestión de personal no está integrado y al no disponer del manual de funciones actualizado, el perfil de la persona requerida puede presentar falencias que impactan en la selección del candidato adecuado.

De igual manera, los nuevos colaboradores requieren de una adecuada capacitación para que puedan desempeñar bien su trabajo, por lo cual no se cuenta con la documentación necesaria que permita seguir una secuencia lógica del proceso de inducción, no están definidos los responsables, tiempos, formas de calificación y entre otras variables que son importantes para llevar a cabo una correcta capacitación al personal. También, la falta de seguimiento a las diferentes actividades que se desarrollan para la gestión del personal tales como resultados de la inducción, programa de capacitaciones, vacaciones, control hojas de vida, etc.

Es importante destacar que la Liga Santandereana Contra el Cáncer como organización prestadora de servicios de salud y de acuerdo con el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, toda labor se debe centrar en satisfacer las necesidades del paciente, para lograrlo, el Talento Humano seleccionado debe cumplir con el perfil orientado a seguir la propuesta de valor de la Organización, por lo cual se considera importante potencializar el proceso para la gestión de personal.

4.3.2 Objetivos de la propuesta

- Mejorar la eficiencia para el control y seguimiento de las etapas de selección, vinculación e inducción del talento humano y el manejo de personal de la organización.

- Generar las herramientas que permitan mejorar la trazabilidad en el proceso de selección del personal.
- Brindar la documentación necesaria para la correcta ejecución del proceso.
- Mantener una base de datos del personal de nómina de la organización y de los médicos especialistas facilitando la búsqueda de la información cada vez que sea necesario.

4.3.3 Descripción de la propuesta. Se propone la creación de una herramienta ofimática en Microsoft Excel con el fin de integrar las actividades que se realizan para la correcta gestión del personal de manera ordenada, eficiente y efectiva permitiendo dar control y seguimiento, asegurando la calidad del talento humano acorde a la estrategia organizacional.

Se le dará peso a cada uno de los factores a evaluar facilitando la toma de decisiones para elegir colaboradores de alta calidad, así mismo, dar seguimiento de los resultados de las inducciones, identificar debilidades y crear estrategias para fortalecer el aprendizaje del colaborador en su área de trabajo. La herramienta permite alertar y dar aviso al líder sobre las actividades pendientes para cumplir a tiempo con el plan de acción y formación del personal, así como la renovación de los contratos que estén próximos a caducar.

Como producto de esta propuesta se muestra en el Apéndice 23 la “Herramienta ofimática para la gestión de personal”. También se crea un video-tutorial de uso de la herramienta ofimática consignada en el Apéndice 24.

4.3.4 Plan de acción

Tabla 15

Plan de implementación de la Herramienta ofimática para la gestión de personal

Actividad	Responsable	Tiempo estimado	Recursos necesarios
Revisión y autorización de la implementación de la herramienta ofimática.	Practicante	1 hora	Practicante, dirección ejecutiva
Capacitación al profesional administrativo responsable del proceso.	Practicante	2 horas	Practicante, Computador, profesional administrativo.
Seguimiento de la implementación de la herramienta ofimática y resolver inquietudes.	Practicante	15 horas	Practicante, profesional administrativo

4.4 Propuesta 4. Programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio

4.4.1 Problema que se pretende atender. La Liga Santandereana Contra el Cáncer es una organización en busca del mejoramiento continuo de la calidad, que intenta promover y mejorar los procesos internos dando cumplimiento a los requisitos legales vigentes y otras exigencias en cuanto a salud, calidad, ambiente y seguridad y salud en el trabajo, dentro del cual se encuentra un programa de riesgo psicosocial que de acuerdo con su diagnóstico realizado en el 2017, los resultados indican que la organización debe tomar acciones que aumenten las condiciones de salud y bienestar de los colaboradores, ya que presentan riesgos psicosociales intralaborales respecto a características de liderazgo, capacitaciones, sentido de pertenencia y se debe potencializar en temáticas tales como equipos orientados al logro, comunicación efectiva, relación interpersonal en el trabajo, administración efectiva del tiempo, establecer reconocimientos significativos, entre otros.

Igualmente, revisar y ajustar espacios de participación como comités primarios, comités de Dirección y otros del seguimiento del Sistema de Gestión de la organización.

Por tal razón se plantean acciones de intervención conformando así un programa de bienestar laboral para fortalecer las debilidades mencionadas y generar una cultura de servicio y calidad en la organización interviniendo los factores de riesgo psicosocial intralaborales cuyos procesos y actividades de desarrollo de competencias impactan el nivel operativo de la organización. Los Factores de Riesgo Psicosocial extralaboral estuvieron a cargo del líder del proceso de gestión de seguridad y salud en el trabajo debido a que sus actividades incluyen la familia y la prevención del consumo de alcohol.

4.4.2 Objetivos de la propuesta

- Plantear programas y actividades para controlar, disminuir los factores de riesgo psicosociales intralaborales de la organización.
- Fortalecer sentido de pertenencia y cultura de servicio, a través del reconocimiento de logros individuales y de equipo.
- Mejorar la comunicación entre las áreas asistencial y administrativa.
- Fortalecer el desarrollo y crecimiento tanto personal como laboral de los colaboradores de la organización.

4.4.3 Descripción de la propuesta. Crear un programa de bienestar laboral con el fin de fortalecer la cultura de servicio y calidad en la organización involucrando actividades y elementos dinámicos y buscando mejorar la cotidianidad laboral, la condición personal, familiar y social.

Los instrumentos utilizados para la identificación de las necesidades de bienestar laboral además de los resultados de la batería psicosocial realizada en la organización en el 2017 fueron

las propuestas por parte de los colaboradores con base en los resultados de las actividades realizadas el mismo año, evaluación de personal y la investigación documental de programas laborales realizados por otras organizaciones.

También se tiene en cuenta los componentes planteados por (Leebov, 1993) que son utilizados por organizaciones del cuidado de la salud para implementar estrategias de largo alcance y que contribuyen a robustecer una atención continua de calidad en toda la institución:

- **Liderazgo:** se busca el desarrollo de habilidades de liderazgo para motivar e influir sobre otros, mejorando la efectividad en las actividades.
- **Administración de la calidad:** se busca mejorar las habilidades del personal para administrar eficientemente los procesos de la organización, con el fin de que cada uno de ellos esté orientado hacia el mejoramiento continuo de la calidad.
- **Solución de problemas:** las organizaciones buscan formar equipos para enfrentar los problemas, crear eficiencia y hacer que la organización se torne tan atractiva para los pacientes y colaboradores.
- **Desarrollo y entrenamiento del personal:** las organizaciones crean programas para el entrenamiento de los médicos con el fin de contribuir en el desempeño laboral y desarrollo de superación personal.
- **Comunicación y trabajo en equipo:** las organizaciones concentran su atención en el perfeccionamiento de las comunicaciones y resaltar la importancia de trabajar en equipo.
- **Reconocimiento e incentivos:** las organizaciones buscan reconocer e incentivar a los colaboradores que se destaquen por su buen desempeño y por brindar al paciente un servicio de calidad.

El programa está estructurado en diversas actividades que se llevarán a cabo en el transcurso del año 2018 desde el mes de marzo y servirá como guía para que la organización continúe desarrollando las actividades planteadas. Se muestra en el Apéndice 25 el “Programa de bienestar laboral”.

Los dominios a intervenir con el Programa de Bienestar Laboral son:

- Liderazgo y relaciones sociales
- Control sobre el trabajo
- Demandas de trabajo
- Recompensa

4.4.4 Plan de acción

Tabla 16.

Plan de implementación del programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio

Actividad	Responsable	Tiempo estimado	Recursos necesarios
Someter a aprobación de la Dirección Ejecutiva el programa de Bienestar Laboral.	Practicante	1 hora	Dirección ejecutiva
Desarrollo de las actividades del programa de bienestar laboral.	Practicante	11 meses	Personal de la organización, conferencistas, impresora, computador.
Evaluación final de la satisfacción de las actividades del programa.	Practicante	1 hora	Practicante y personal de la organización.

4.5 Propuesta 5. Formalización del proceso de Sistema de Información y Atención al

Usuario (SIAU)

4.5.1 Problema que se pretende atender. La Liga Santandereana Contra el Cáncer, debe brindar al paciente un servicio de calidad y satisfacer eficientemente sus necesidades y

requerimientos. Por ello, según el Decreto 1757 de 1994 debe establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al sistema general de seguridad social en salud, el cual establezca los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones. De acuerdo con lo anterior, la Liga realiza algunas actividades pertenecientes a dicho proceso como la aplicación de las encuestas de satisfacción a los usuarios utilizando una metodología muy tediosa para su recolección y tabulación como se explica en la descripción de encuestas de satisfacción al usuario consignado en el apartado 3.1.2, siendo ineficiente su desarrollo. Igualmente, revisan los formatos de PQRSF diligenciados por los usuarios pero no se realizan los trámites respectivos que por ley se deben hacer.

Así mismo, la organización no tiene documentados sus procedimientos del SIAU. Por dichas razones se plantea la formalización del proceso de Gestión del SIAU.

4.5.2 Objetivos de la propuesta

- Definir una metodología para determinar la cantidad de encuestas a realizar en cada uno de los servicios.
- Medir el grado de satisfacción de los usuarios en cada uno de los servicios de forma sistemática.
- Garantizar canales de recepción y atención al usuario.
- Documentar el proceso de Gestión del SIAU cumpliendo con los requisitos de la normatividad vigente.

4.5.3 Descripción de la propuesta. Esta propuesta está diseñada con base al cumplimiento de las diferentes normas que rige la ley 100 de 1993 art. 178,180 y 198-200, la Constitución Política Nacional, el Decreto 1757 de 1994 art. 3-6 y 15, el Decreto 1011 de 2006, la ley 1474 de 2011, Circular Externa 49 de 2008 título VII y lo descrito en la Circular 009 de

1996 de la Superintendencia Nacional de Salud sobre sistema de quejas y reclamos. De acuerdo con lo que establece la normatividad para Instituciones privadas el proceso de Gestión del SIAU está conformado por:

- Gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Medición de la satisfacción del usuario.
- Atención y orientación al usuario.

Para el correcto funcionamiento del proceso se implementan las herramientas necesarias para la ejecución de los servicios de información y atención al usuario de manera clara y oportuna contribuyendo al mejoramiento de la calidad en los servicios. De esta manera, se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Sistematización de las encuestas de satisfacción al usuario

En cumplimiento con la autoevaluación del proceso de atención de salud y la evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios que se consagra en el Decreto 1011 de 2006 art. 37, la organización desarrolla de manera ineficiente la medición de la satisfacción al usuario, por esto, se plantea sistematizar la metodología para la toma de encuestas de satisfacción con el fin de obtener resultados en tiempo real permitiendo dar seguimiento a ellos y corregir los errores de atención oportunamente e identificar mejoras en el servicio.

La primera actividad es establecer la cantidad mínima de encuestas que se deben tomar en cada uno de los servicios, se halla la muestra con datos históricos de pacientes atendidos en el año 2017 y mediante la metodología de muestreo probabilístico estratificado se determinan las encuestas a realizar por servicio. Se muestra en el (Apéndice 26) la “Metodología para la selección del tamaño de la muestra de las encuestas de satisfacción al usuario”.

La sistematización consiste en la implementación de la “Encuesta de satisfacción actualizada” (Apéndice 27) siguiendo las características descritas en el art. 3 del Decreto ya citado y lo establecido en la resolución 0256 de 2016 anexo técnico N2. Apartado b3 en el que se debe reportar el detalle de la información de satisfacción global y recomendación de la IPS, dicha encuesta es realizada en un formulario a través de Microsoft office 365 con la cuenta de la organización, ya que permite crear una herramienta ofimática para exportar y registrar los resultados de las encuestas y analizarlos. El formulario se habilita en la página web de la Liga Santandereana Contra el Cáncer “licancerbucaramanga.org” creando un módulo en la pestaña “atención al cliente” denominado encuestas de satisfacción al cliente”.

Como producto de la sistematización se muestra en el Apéndice 28 un “Video-tutorial para el seguimiento a los resultados de las encuestas de satisfacción”, el cual deberá ser de uso por el profesional de enfermería para su análisis, control y seguimiento a los resultados de las encuestas y poder tomar acciones de mejora.

- Canales de recepción y trámites de PQRSF

La Circular Externa 9 de 1996 considera que, “uno de los mecanismos básicos en el proceso de garantizar la calidad y adecuada prestación de los servicios de salud, es el relacionado con la recepción y atención oportuna de las quejas y peticiones presentadas por los usuarios del servicio”. Por tanto, la Liga debe garantizar los mecanismos de recepción y atención, para ello, se propone la habilitación de un buzón de sugerencias y la actualización del “formato PQRSF” (Apéndice 29) contemplando solamente la información que sea útil y poder hacer los trámites de las peticiones de los usuarios. Igualmente, la organización debe emplear para su registro, conservación y control un sistema de archivo cuyo contenido mínimo debe contemplar los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la petición.
- El estado del trámite.
- La codificación asignada por la entidad.
- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación.
- Aspecto o tema principal que motivó la queja.
- Lugar de origen de la petición.
- Demás aspectos que se consideren necesarios.

Para registrar estos datos se crea el “Formato de registro de información de PQRSF” consignado en el (Apéndice 30).

- Documentación del proceso Sistemas de Información y atención al Usuario (SIAU)

Finalmente, se documentan los siguientes procedimientos:

-Apéndice 31. Procedimiento de Recepción y trámite de PQRSF: se indican las actividades a realizar para la recepción de inquietudes de los usuarios, abrir el buzón de sugerencias, leerlas, tramitarlas e implementar acciones de mejora en la atención al usuario siempre y cuando siguiendo con la normatividad vigente para su respectivo trámite.

-Apéndice 46. Diagrama de flujo del procedimiento de Recepción y trámite de PQRSF.

-Apéndice 32. Procedimiento de Medición de la satisfacción del usuario: se indican las actividades a realizar para conocer el tamaño de la muestra de las encuestas a tomar, medir la satisfacción del usuario y generan planes de mejora a partir de los resultados.

-Apéndice 47. Diagrama de flujo del procedimiento de Medición de la satisfacción del usuario.

-Apéndice 33. Procedimiento de Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud: se establece el paso a paso de las actividades a realizar para cumplir con las directrices

que exige la resolución 0256 de 2016 en su anexo técnico No. 2 y reportar al ministerio de salud y protección social los archivos planos con la información para el monitoreo de la calidad en salud.

-Apéndice 48. Diagrama de flujo del procedimiento de Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud.

4.5.4 Plan de acción

Tabla 17.

Plan de implementación Formalización del proceso de Gestión del SIAU

Actividad	Responsable	Tiempo estimado	Recursos necesarios
Someter a aprobación de la Dirección Ejecutiva la propuesta de formalización del SIAU.	Practicante	2 horas	Dirección Ejecutiva
Socialización al personal que participa en el subproceso de Gestión del SIAU.	Practicante	1 hora	Practicante, profesional de enfermería, auxiliares área de la salud, técnico SIAU
Control y seguimiento al funcionamiento del SIAU.	Practicante	4 meses	Auxiliares área de la salud, computador, profesional de enfermería

4.6 Propuesta 6. Diseño de un modelo de gestión de proveedores

4.6.1 Problema que se pretende atender. En el sector salud el proveedor juega un papel fundamental a la hora de garantizar la gestión de la calidad para proteger la seguridad de los pacientes, por lo tanto, las actividades de control se deben iniciar en la primera toma de contacto. Como lo indica la norma NTC-ISO 9001:2015 “la organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente”, así mismo, se deben

determinar y aplicar criterios para la evaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores externos.

En el proceso Gestión de bienes y servicios no se cuenta con una adecuada gestión de los proveedores que permita garantizar las condiciones necesarias para dar cumplimiento a los requerimientos del objeto a contratar. Esto se debe a que la organización carece de una metodología que integre y facilite los procesos de evaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores. Así mismo, se evidencia informalidad para la inscripción y verificación de los documentos de los proveedores lo que dificulta el aseguramiento de la prestación de servicios con calidad y oportunidad para satisfacer las necesidades de los clientes tanto internos como externos.

4.6.2 Objetivos de la propuesta

- Definir todas aquellas prácticas políticas que van a regular las relaciones con los proveedores.
- Establecer requisitos mínimos de confiabilidad para la adquisición de bienes y servicios, con el fin de seleccionar y evaluar el desempeño de los proveedores que tengan la capacidad para cumplirlos.
- Establecer los procedimientos necesarios para la correcta gestión de proveedores con el fin de fortalecer el proceso de adquisición de bienes y servicios garantizando la obtención de recursos e insumos de calidad para la protección y seguridad de los pacientes.
- Dar seguimiento constante al desempeño de los proveedores.

4.6.3 Descripción de la propuesta. Se propone diseñar un modelo para administrar la gestión de proveedores enmarcado al ciclo de mejora continua PHVA según la norma NTC-ISO

9001:2015 como herramienta para el mejoramiento de los procesos como se ha establecido a lo largo del proyecto.

El modelo propuesto por (Herrera & Osorio, 2006) contempla los siguientes pasos para cada una de las etapas del ciclo PHVA.

Planear

- Inscripción de proveedores

Se propone enviar invitaciones de inscripción por correo electrónico a los proveedores que la Liga determine según la necesidad. Una vez obtenidos los documentos solicitados de los proveedores aspirantes, éstos serán sometidos a un proceso de selección mediante una metodología que disminuya en gran proporción la subjetividad en las decisiones.

- Selección de los proveedores

Para la selección de los proveedores (Herrera & Osorio, 2006) plantean que “el objetivo es seleccionar el mejor proveedor dentro de un grupo que suministre el mismo producto o servicio, mediante una toma de decisiones multi-criterio, teniendo en cuenta la subjetividad de los juicios y facilitando el manejo de diferentes criterios necesarios para evaluar a un proveedor de acuerdo con la criticidad de la compra”

-Criterios de evaluación y selección de proveedores

De acuerdo con lo anterior, mediante una revisión bibliográfica de investigaciones desarrolladas con base en la selección de proveedores se hace una recopilación de los diferentes criterios que tienen en cuenta algunas organizaciones de servicios. Dichos criterios se clasifican en 4 categorías que plantean Herrera y Osorio (2016):

1. Criterios de situación de la empresa
2. Criterios de desempeño de producto
3. Criterios de desempeño de servicio
4. Criterios de costo

Estas categorías permiten al grupo decisor hacer las comparaciones requeridas de manera efectiva. Por lo tanto, se elabora el “Formato para la Selección de los Criterios” (Apéndice 34) para ser diligenciado por 3 colaboradores de la organización que influyen en la toma de decisiones para seleccionar un proveedor y que conformarán el grupo decisor, estas personas son, la Contadora, la Profesional administrativa y la Directora Ejecutiva; ellas se encargarán de seleccionar los criterios más relevantes e indispensables a la hora de decir qué proveedores son aptos para abastecer los insumos de la Liga.

-Metodología de selección de proveedores

De acuerdo con los criterios que la Liga requiere para la evaluación inicial de los proveedores, estos poseen características cualitativas y cuantitativas por lo que el proceso de selección se vuelve más complejo y necesita una herramienta que facilite y agilice el proceso.

Para conocer la metodología a aplicar, (Correa, 2014) a través de estudios realizados en torno a la aplicación de herramientas para la selección de proveedores, sustenta que el método más utilizado para la toma de decisiones es el Proceso Analítico Jerárquico (AHP), obteniendo las siguientes conclusiones:

- a) Se puede aplicar en cualquier campo donde se presenten problemas para la toma de decisiones.
- b) Permite reunir juicios de expertos para evaluar cada criterio de las alternativas de proveedores.

- c) Es una herramienta de integración y trabajo en equipo.
- d) Es importante debido a la complejidad en la selección de las características y alternativas de proveedores en el mercado.
- e) Agiliza el proceso de contratación y mejora la calidad de los servicios.

El proceso de análisis jerárquico fue desarrollado por **Thomas L. Saaty** y está diseñado para resolver problemas complejos de criterios múltiples (Hurtado, 2005). Es de fácil uso y permite que su solución se pueda complementar con métodos matemáticos de optimización.

Con base en los aportes de estos autores se toma la decisión de aplicar la metodología AHP y tomando como referencia la técnica propuesta por Hurtado en la cual se aplica este proceso se desarrollan las siguientes etapas:

Etapla 1. La estructuración del modelo jerárquico

Una vez definidos los criterios y subcriterios de selección por parte del grupo decisor se establece un árbol de decisión para representar el problema mediante la identificación de la meta u objetivo, criterios, subcriterios, y alternativas (proveedores). Ver figura 17.

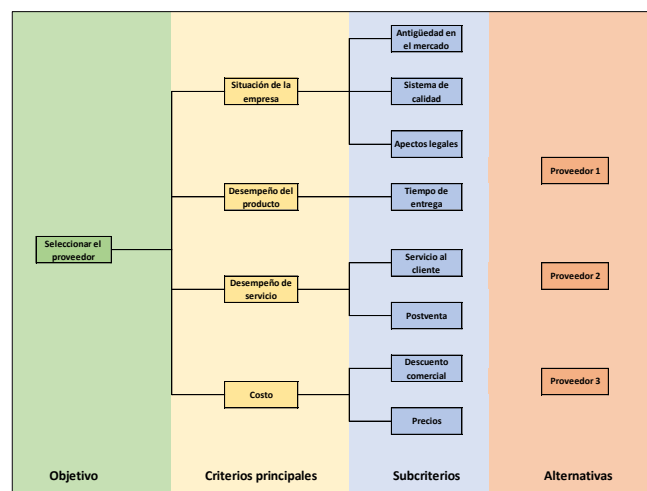


Figura 17. Modelo Jerárquico para la selección de proveedores

Etapa 2. Comparaciones binarias entre los criterios

Se establecen juicios mediante la construcción de matrices de comparación por pares utilizando la escala de los nueve puntos de Satty (tabla 18) para así obtener los pesos de cada criterio de la jerarquía. Igualmente se establecen matrices de comparación entre los subcriterios respecto al criterio raíz para generar sus respectivos pesos.

Tabla 18.

Escala de Satty

Importancia	Definición	Explicación
1	De igual importancia	Igual contribución de dos tipos de actividades al objetivo general
3	Superioridad moderada de un criterio sobre otro	La experiencia de una ligera superioridad con respecto a otro
5	Fuerte superioridad	La experiencia habla de ello
7	Importancia significativa	A un tipo de actividad se le da tal importancia que se vuelve significativo
9	Superioridad indiscutible	Se admite sin discusión
2,4,6,8	Decisiones intermedias entre dos apreciaciones cercanas	Se utiliza en casos de convenio y compromiso
Magnitudes inversas	$\frac{1}{2}, \frac{1}{3}, \frac{1}{4}, \frac{1}{5} \dots \frac{1}{9}$	

Nota: Adaptado de (Patiño & Herrán, 2011). “Desplazamiento forzado, niñez y adolescencia: escenarios en relación con su estabilización socioeconómica”. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.

Etapa 3. Comparación de alternativas respecto a los subcriterios

Para esta etapa se construyen matrices de comparación entre las alternativas respecto a los subcriterios definidos, es decir, comparar los proveedores para cada subcriterio, teniendo en cuenta las ponderaciones que se muestran en la figura y de esta manera facilitar la selección del proveedor respecto a cada subcriterio.

CRITERIOS	PESO	SUBCRITERIOS	PESO	ESCALA DE CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Situación de la empresa	45,52%	Antigüedad en el mercado	47,96%	Entre 2 y 5 años	3
				Entre 5 y 7 Años	7
				>= 7 Años	9
		Sistema de calidad	11,50%	Cumple	9
				En proceso	7
				No cumple	3
Desempeño de producto	8,49%	Tiempo de entrega	100%	Cumple	9
				Menor a una semana	7
				Mayor a una semana	3
Desempeño de servicio	30,33%	Servicio al cliente	50%	Cumple	9
				No cumple	3
		Postventa	50%	Cumple	9
				No cumple	3
Costo	15,66%	Descuento comercial	25%	Cumple	9
				No cumple	3
		Precio	75%	Menor que el presupuesto	9
				Igual que el presupuesto	7
				Mayor que el presupuesto	3

Figura 18. Ponderaciones de los criterios y subcriterios para la selección de proveedores.

Los pesos fueron definidos con la profesional administrativa, a través de la Escala de Satty, estos valores pueden ser modificados cuando se considere conveniente por parte del comité de compras.

Etapas 4. Resultado final

Finalmente al tener todas las matrices de comparación se obtiene el vector de prioridades definido en términos porcentuales y se ordenan las alternativas. Este resultado está basado entonces, en las prioridades, en la emisión de juicios y evaluación hecha a través de las comparaciones de los componentes del modelo jerárquico, llevada a cabo por los 3 colaboradores (Hurtado, 2005, pág. 42).

Las actividades desarrolladas en la fase de Planear quedan consignadas en el (apéndice 35)

Herramienta Selección de Proveedores

Hacer

- **Evaluación del desempeño del proveedor**

La evaluación del desempeño de los proveedores en una organización es un elemento fundamental en el que se define si se está cumpliendo con los acuerdos y parámetros de desempeño esperados. Para esta etapa se propone definir un procedimiento que permita calificar el desempeño de los proveedores con los que cuenta la Liga y de esta manera poder definir planes de mejoramiento o estrategias de negociación con ellos para así lograr garantizar el éxito de la operación en toda la cadena de abastecimiento. (Herrera & Vinasco, 2008).

En este sentido, se aplica nuevamente el proceso analítico Jerárquico AHP utilizado para el proceso de selección de proveedores pero teniendo en cuenta criterios relevantes que permitan evaluar al proveedor después de haber entregado el producto o servicio.

-Criterios de evaluación de desempeño de proveedores

En este caso se establecen los criterios de evaluación planteados por (Herrera & Vinasco, 2008) que son aplicados a una empresa de servicios de Colombia, sin embargo deben ser ajustados de acuerdo con las características y normatividad organizacional, teniendo en cuenta sus necesidades frente a los requisitos que busca evaluar. Igualmente, para definir los criterios se debe tener en cuenta que estos sean evaluables y que se puedan calificar de acuerdo con su naturaleza.

-Metodología de evaluación de desempeño de proveedores

Etapas 1. Estructuración del modelo jerárquico

Una vez se definen los criterios se construye el árbol de jerarquía de los mismos que permite obtener una calificación final del desempeño de un proveedor para el producto que se requiera evaluar. Ver figura 19.

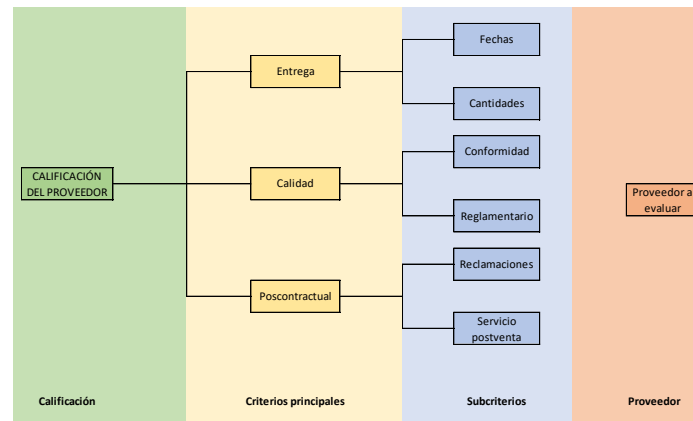


Figura 19. Modelo jerárquico para la evaluación de proveedores

Etapa 2. Matrices de comparación por pares

Una vez definidos los criterios y construido el árbol jerárquico de ellos, se realiza la comparación por pares de los criterios y subcriterios para establecer sus pesos respectivos utilizando el método de AHP y la escala de los nueve puntos de Satty (tabla 18). Luego, la organización seleccionará los proveedores que considere críticos en el proceso de adquisición de bienes y servicios para llevar a cabo la evaluación del desempeño de ellos. Los proveedores críticos de la Liga son principalmente los que abastecen recursos tales como dispositivos médicos, equipos biomédicos y medicamentos oncológicos.

Una vez obtenida la calificación teniendo en cuenta la escala de Satty, se hace necesario clasificar el desempeño del proveedor definiendo escalas.

Etapa 3. Escalas de calificación

Se establece una escala de calificación para poder determinar el nivel de desempeño del proveedor evaluado. Se propone la siguiente clasificación buscando obtener proveedores confiables para la organización:

- Desempeño notable: mayor o igual que nueve.
- Desempeño confiable: mayor o igual que siete y menor que nueve.

- Desempeño riesgoso: mayor o igual a cinco y menor que siete.
- Desempeño crítico: menor a cinco.

Ahora bien, si un proveedor obtiene un desempeño riesgoso o crítico, se buscarán nuevas alternativas de proveedor o se recurrirá al proveedor B que había quedado como segunda opción en el proceso de selección.

Las actividades desarrolladas en la fase de Hacer quedan consignadas en el (Apéndice 36) Herramienta Evaluación Desempeño de Proveedores.

Verificar

En esta etapa del proceso, el comité de compras realiza las actas que soporten que el proveedor efectivamente no cumple con los criterios establecidos para suministrar los insumos en la organización y se mencionan las razones por las que el proveedor se debe cambiar.

	LIGA SANTANDERANA CONTRA EL CÁNCER							Código: FT-GA-BS-01		
								Versión: 000		
	SEGUIMIENTO A PROVEEDORES LSCC							Fecha: 11-11-18		
									Página : 1 de 1	
Proveedor	Producto	Servicio	Fecha de la evaluación	Calificación de la evaluación	Desempeño	Decisión a tomar		Registro	Proveedor B	
						Cambiar el proveedor	Continuar con el proveedor			

Figura 20. Formato Seguimiento a Proveedores LSCC

Los resultados de los proveedores evaluados se deberán consignar en la base de datos del mismo, para ello se crea el formato Seguimiento a proveedores (Apéndice 37) permitiendo alimentar de manera organizada la información de los resultados de evaluación de desempeño.

Actuar

En esta etapa se envía comunicación escrita en donde se da a conocer al proveedor el resultado obtenido en la evaluación de desempeño y su calificación de la siguiente manera:

- Proveedores con desempeño notable y confiable. Se extiende felicitación y se les invita a seguir manteniendo dicho nivel.
- Proveedores con desempeño riesgoso. Se les informa sobre la necesidad de mejoramiento en el factor específico. Si esta calificación persiste durante tres evaluaciones consecutivas, el proveedor es retirado del listado de proveedores.
- Proveedores con desempeño crítico. Se les informa que no pueden continuar siendo proveedores de la Liga Santandereana Contra el Cáncer. Por tal razón, se debe gestionar las nuevas propuestas que complementen el abanico de proveedores y acudir al proveedor o alternativa B.

Finalmente, como producto de esta propuesta de modelo de gestión de proveedores se desarrolla un Manual de selección y evaluación del desempeño de los proveedores (Apéndice 38) de la organización en el que se recogen todas las etapas diseñadas.

4.6.4 Plan de acción

Tabla 19.

Plan de implementación del diseño de un modelo de gestión de proveedores

Actividades	Responsable	Tiempo estimado	Recursos
Someter a aprobación el modelo de gestión de proveedores por Dirección Ejecutiva	Practicante	2 horas	Dirección Ejecutiva
Socialización y capacitación del modelo de gestión de proveedores.	Practicante	1 hora	Dirección, Profesional administrativo
Seguimiento a la ejecución del modelo de gestión de proveedores	Practicante	8 horas	Profesional administrativo, computador

4.7 Propuesta 7. Manual de procedimientos y funciones

4.7.1 Problema que se pretende atender. La organización cuenta con un manual de funciones desactualizado e incompleto, lo que ha dificultado la coordinación y el aprovechamiento eficiente de los recursos.

También, la inexistencia de una documentación adecuada de los procesos afecta significativamente el desempeño de las actividades y cumplimiento de los objetivos.

Los principales problemas a los que la organización se enfrenta debido a dicha situación están relacionados con la eficacia en el cumplimiento de actividades, trabajo en equipo, planeación, permanencia y desarrollo del talento humano.

4.7.2 Objetivos de la propuesta

- Estandarizar funciones correspondientes a los cargos en los procesos de gestión administrativa y gestión de procesos.
- Establecer de manera estructurada los objetivos, funciones, responsabilidades y perfiles de los cargos de la organización.
- Disponer de una herramienta que facilite a los colaboradores y a la dirección un marco de acción que aporte en el desempeño diario y cumplimiento de objetivos.
- Estandarizar las actividades realizadas en la ejecución de los procesos de gestión administrativa y gestión por procesos.
- Brindar material de apoyo para la planeación, ingreso, permanencia y desarrollo del talento humano.

4.7.3 Descripción de la propuesta. Se propone la creación de procedimientos y la actualización del manual de funciones para los cargos con responsabilidad directa en los

procesos de gestión administrativa y gestión por procesos de la organización. Para llevar a cabo la elaboración de los manuales se establecen las siguientes etapas:

- Diseño de los Manuales de procedimientos

De los subprocesos considerados críticos para la organización se encuentran 2 procedimientos documentados que hacen parte al subproceso de gestión de bienes y servicios que requieren ser actualizados, por lo tanto se propone diseñar los manuales de procedimientos que sean pertinentes para cada uno de los subprocesos críticos intervenidos en el proyecto y actualizar los existentes. Para la creación y actualización de los procedimientos se tuvo en cuenta la normatividad vigente aplicable a los subprocesos y las necesidades identificadas para su ejecución por parte de los colaboradores. Los procedimientos identificados y documentados se muestran en la tabla 20.

Tabla 20.

Procedimientos de los subprocesos críticos de gestión administrativa y gestión de procesos

Apéndice	Manuales de procedimientos
Gestión del SIAU	
31	Procedimiento recepción y trámite de PQRSF.
32	Procedimiento medición de la satisfacción del usuario.
33	Procedimiento reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud.
Gestión de bienes y servicios	
39	Procedimiento de recepción, almacenamiento y entrega de dispositivos médicos e insumos.
40	Procedimiento planeación y ejecución de compras.
41	Procedimiento de selección y evaluación de desempeño de proveedores.
Gestión del talento humano	
42	Procedimiento reclutamiento y selección de personal.
43	Procedimiento vinculación e inducción de personal.
44	Procedimiento evaluación de desempeño de personal.
Gestión documental	
45	Procedimiento control de documentos.

Se representan gráficamente los procedimientos mediante diagramas de flujo en el que se recopilan las diferentes actividades que lo conforman, así como su desarrollo de forma consecutiva desde el inicio del procedimiento hasta su término. Para la elaboración de los diagramas de flujo se utiliza la simbología presentada en la (figura 7) con el fin de facilitar su interpretación y comprensión.

Tabla 21.

Diagramas de flujo de los procedimientos documentados

Apéndice	Procedimiento
46	Recepción y trámite de PQRSF
47	Medición de la satisfacción del usuario
48	Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud.
49	Recepción, almacenamiento y entrega de dispositivos médicos e insumos.
50	Planeación y ejecución de compras
51	Selección y evaluación de desempeño de proveedores
52	Reclutamiento y selección de personal
53	Vinculación e inducción de personal
54	Evaluación de desempeño de personal
55	Control de documentos

- **Actualización manual de funciones y responsabilidades**

Siguiendo las etapas propuestas por (Chiavenato, 2008, pág. 228) para la descripción y análisis de los cargos, la actualización del manual de funciones se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Elaborar información preliminar sobre el puesto

-Indagar información externa sobre las funciones de los cargos a definir.

-Verificar la documentación existente como el manual actual y algunas normas que servirá de referencia para desarrollar la entrevista.

-Preparar una lista preliminar de las obligaciones y responsabilidades de cada puesto que servirá como referencia para efectuar las entrevistas.

2. Efectuar las entrevistas

-Realizar una entrevista individual con cada colaborador con el fin de corroborar las funciones propias del cargo y determinar sus obligaciones y responsabilidades.

-Los entrevistados deben conocer claramente su puesto y tener experiencia en sus funciones.

3. Consolidar la información sobre el puesto

-Juntar la información obtenida en las entrevistas y otras fuentes en un documento que describe de forma breve las tareas, obligaciones y responsabilidades del puesto, es decir sus aspectos intrínsecos. Una vez hecha la descripción se adiciona al documento el análisis del puesto, el cual aborda los aspectos extrínsecos, es decir, los requisitos que el colaborador debe cumplir para desempeñar el puesto tales como los conocimientos, habilidades, y capacidades.

4. Verificar la descripción del puesto

-Se entrega al ocupante del puesto y a dirección la descripción y análisis del puesto final verificando si la información es correcta. Si se presenta algún dato erróneo debe ser aclarado y modificado inmediatamente hasta ser validado por la persona del cargo y dirección ejecutiva.

Los aspectos por describir y analizar para conformar el manual de funciones y responsabilidades son los siguientes:

Identificación del cargo, objetivo del cargo, funciones específicas y generales, perfil del cargo, competencias, responsabilidades generales, responsabilidades con el sistema de gestión y control de cambios.

Considerando que la intervención del proyecto es únicamente a los procesos de apoyo de gestión administrativa y gestión de procesos, se optó por entregar un producto completo realizando la totalidad de las funciones de los cargos de la organización. Se consigna entonces el Manual de funciones, responsabilidades y competencias en el (Apéndice 56).

4.7.4 Plan de acción

Tabla 22.

Plan de implementación de los manuales de procedimientos y funciones

Actividades	Responsable	Tiempo estimado	Recursos
Someter a aprobación los manuales por parte de la Dirección Ejecutiva	Practicante	5 horas	Dirección ejecutiva.
Socialización de los manuales de funciones y procedimientos a los cargos responsables	Practicante	5 horas	Personal de la organización, impresora, computador.
Seguimiento al personal en la aplicación de las funciones y actividades socializadas	Practicante	20 horas	Practicante, cargos responsables, dirección ejecutiva.

4.8 Propuesta 8. Caracterizaciones de los subprocesos críticos de gestión administrativa y gestión de procesos.

4.8.1 Problema que se pretende atender. La organización no tiene definidos los elementos fundamentales que componen los procesos, no define su alcance ni la interacción que tienen con los demás. Esto se debe a su incorrecta gestión como se evidencia en los resultados de la autoevaluación realizada en el apartado 3.2.1 del diagnóstico.

Por tal razón se plantea la importancia de caracterizar los subprocesos críticos de gestión administrativa y gestión de procesos.

4.8.2 Objetivos de la propuesta

- Identificar las características principales que componen los procesos.
- Estandarizar las actividades que se desarrollan en cada proceso.
- Proporcionar documentos de información y formación acerca de los procesos.
- Avanzar en la documentación y estandarización de los procesos.

4.8.3 Descripción de la propuesta. Con el fin de mejorar lo referente a la planeación, seguimiento, medición, análisis y revisión de los procesos diagnosticado con el nivel de madurez más bajo en el apartado 3.2.1 según los resultados de la autoevaluación NTC-ISO 9004:2009 se propone caracterizar los procesos para avanzar en la documentación de los mismos y la estandarización de sus actividades clasificadas en el ciclo PHVA. Así pues, utilizando el formato establecido en la figura 8 se describen de manera clara sus elementos:

- **Objetivo:** define el propósito general o la meta a alcanzar del proceso.
- **Responsable:** cargo del líder o responsable del proceso.
- **Alcance:** describe los límites de proceso, es decir, donde inicia y donde termina y que actividades abarca de manera general.
- **Proveedores:** organización o persona que proporciona un producto o servicio. Pueden ser entidades externas o procesos internos de la organización.
- **Entradas:** información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.
- **Actividades:** son las actividades que desarrolla el proceso para transformar los elementos de entrada en elementos de salida y se describen en torno al ciclo PHVA.

- **Salidas:** información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser entidades externas o procesos internos.
- **Documentación asociada:** corresponde a los documentos que son útiles para la ejecución del proceso y se encuentran en el listado maestro de documentos.
- **Requisitos legales:** hace referencia a la normativa aplicable al proceso.
- **Indicadores:** hace referencia a los indicadores establecidos para el seguimiento y control del proceso.

Como producto de esta propuesta se consignan las “Caracterizaciones de los subprocesos críticos” en el (Apéndice 57). Estas caracterizaciones fueron las siguientes:

- Caracterización del subproceso de gestión del talento humano.
- Caracterización del subproceso de gestión de bienes y servicios.
- Caracterización del subproceso de gestión del SIAU.
- Caracterización del subproceso de gestión documental.

4.8.4 Plan de acción

Tabla 23.

Plan de implementación de la caracterización de los procesos

Actividades	Responsable	Tiempo estimado	Recursos
Someter a aprobación de la Dirección Ejecutiva las matrices de caracterización de los subprocesos.	Practicante	1 hora	Practicante, Dirección Ejecutiva.
Socialización de las caracterizaciones de los subprocesos con el personal responsable.	Practicante	4 horas	Practicante, personal responsable de los subprocesos críticos.
Seguimiento a los subprocesos críticos	Practicante	20 horas	Personal responsable de los subprocesos críticos.

4.9 Propuesta 9. Elaboración de un sistema de indicadores para los subprocesos críticos

4.9.1 Problema que se pretende atender. La organización no cuenta con indicadores que permita medir el comportamiento y desempeño de las actividades de los procesos de gestión de talento humano, documental, atención al usuario y bienes y servicios, por lo tanto, no se verifica si los objetivos se están cumpliendo, lo que impide realizar acciones de mejora. Según lo dicho por Peter F Druker, (Alteco consultores, 2018) es importante destacar que: “si no se mide lo que se hace, no se puede controlar y si no se puede controlar, no se puede dirigir y si no se puede dirigir no se puede mejorar”.

4.9.2 Objetivos de la propuesta

- Diseñar un sistema de indicadores que permita hacer seguimiento a los procesos críticos y poder monitorear y controlar el desarrollo de los mismos.
- Obtener información sobre aspectos como el comportamiento actual, tendencia, estado del futuro y comportamiento histórico de los subprocesos a atender.
- Determinar la eficiencia y efectividad de los objetivos de cada subproceso.

4.9.3 Descripción de la propuesta. Se propone diseñar un sistema de indicadores que permita observar el comportamiento actual de los procesos. Para ello, se diseñan fichas técnicas que permiten identificar los principales componentes de los indicadores: título, objetivo, fórmula o cálculo, unidad, frecuencia de medición, información, meta, responsable por seguimiento y gráficas.

Para su diseño se consultaron principalmente las diversas normas que exigen llevar control y seguimiento a los procesos que regula el sistema de indicadores, igualmente proyectos de grado, informes, y demás literaturas relacionadas con organizaciones del sector salud. En la tabla 22, se

puede observar los indicadores propuestos. De igual manera estos indicadores fueron planteados teniendo en cuenta recomendaciones hechas por la alta dirección respecto al conocimiento de la información.

Tabla 24.

Indicadores de gestión de los procesos

Subproceso	Indicador
Gestión del talento humano	Índice de rotación de personal
	Nivel de cumplimiento del programa de bienestar laboral
	Evaluación de desempeño por competencias
Gestión del SIAU	Cumplimiento en la atención a PQRSF
	Porcentaje de recomendación del usuario
	Cumplimiento de encuestas de satisfacción al usuario
Gestión de bienes y servicios	Porcentaje nivel de competencia de proveedores

La herramienta ofimática se muestra en el (Apéndice 58) Sistema de indicadores de gestión.

4.9.4 Plan de acción

Tabla 25.

Plan de implementación del sistema de indicadores de los procesos

Actividades	Responsable	Tiempo estimado	Recursos
Someter a aprobación por parte de la Dirección Ejecutiva los indicadores de gestión.	Practicante	1 hora	Practicante, dirección.
Socialización de la herramienta del sistema de indicadores de gestión al personal responsable.	Practicante	1 hora	Practicante, computador, profesional administrativo, profesional de enfermería
Seguimiento a la medición de los indicadores cuando se requiere.	Practicante	2 días	Practicante, computador, profesional administrativo, profesional de enfermería

5. Implementación y resultados de las propuestas de mejora

5.1 Implementación de los instrumentos del Direccionamiento Estratégico de la LSCC

- **Someter a aprobación el mapa de procesos y organigrama por parte de Dirección Ejecutiva.** El día 2 de octubre de 2018 se lleva a cabo la reunión con la Directora Ejecutiva en la que se somete a aprobación los cambios realizados al despliegue del mapa de procesos y organigrama, los cuales son revisados al detalle y posteriormente se da la viabilidad para aprobar las modificaciones propuestas, para luego ser socializados con el equipo de trabajo.
- **Socialización del mapa de procesos y organigrama actualizados.** El día 5 de octubre de 2018 se hizo la socialización a todo el personal de la Liga en cada uno de los puestos de trabajo como se observa en la figura 21, se explicaron los cambios realizados al despliegue del mapa de procesos y organigrama resaltando el aporte que tuvo esto para crear una cultura de mejoramiento basada en los procesos de la organización, así como dar a conocer los cambios realizados a los cargos y dejando únicamente aquellos que actualmente tiene la Liga, permitiendo visualizar la interacción y comunicación con las diferentes áreas.



Figura 21. Socialización Instrumentos del Direccionamiento Estratégico

5.1.1 Resultados en la implementación de los instrumentos de Direccionamiento Estratégico.

- La actualización en el despliegue del mapa de procesos permitió a los colaboradores visualizar fácilmente todos los procesos y subprocesos que tiene la organización entendiendo su flujo e interrelación orientado a la satisfacción de los diferentes grupos de interés.
- Otro aspecto muy importante de la actualización del mapa de procesos es que estos aportan valor a la LSCC y están alineados con los objetivos y el alcance de la organización.
- La actualización del organigrama permitió a los colaboradores su identificación del cargo, así como la interacción y comunicación que tienen con las diferentes áreas.
- El organigrama de la Liga representado de forma radial les permitió a los colaboradores entender que la jerarquía no es lo más importante sino resaltar el trabajo en equipo para el buen funcionamiento de la organización.

- La actualización del organigrama y despliegue del mapa de procesos fueron la base fundamental para el desarrollo de las demás propuestas de mejora en este proyecto.
- Se simplificaron varios de los subprocessos que realmente representaban actividades, esto permitió ver a los colaboradores de manera más clara aquellos procesos que están presentes en la organización y que afectan directamente la satisfacción del paciente.

5.2 Implementación de las herramientas para el control de los documentos

- **Someter a aprobación las herramientas creadas para la elaboración y control de los documentos.** El día 5 de noviembre de 2018 se lleva a cabo la reunión con la Directora Ejecutiva en la que se somete a aprobación las herramientas creadas para la elaboración y control de los documentos internos de la organización señalando la importancia de estas para asegurar que se controle la información documentada necesaria para cumplir con la norma ISO 9001:2015, mejorando la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La directora aprueba satisfactoriamente las nuevas herramientas y se procede a programar la fecha para socializar con el personal involucrado.
- **Socialización de las herramientas para la elaboración y control de los documentos.** El día 14 de noviembre de 2018 se organiza una reunión con el personal implicado en los procesos intervenidos y que requieren optimizar el uso de la información que manejan. Se presentan las herramientas creadas para la elaboración y control de los documentos, se les informa que ningún colaborador puede crear, modificar o anular documentos sin la supervisión, evaluación y codificación de documentos por parte de la profesional administrativa, líder del subprocesso de gestión documental y que previamente deben hacer la solicitud del documento a través del formato creado FT-GA-GD-01 Solicitud de

elaboración, modificación y anulación de documentos. También fueron informadas las demás políticas establecidas en la guía de control diseñada.



Figura 22. Capacitación al personal en las herramientas de control de documentos

- **Seguimiento para verificar que el manejo de los documentos este acorde a los establecido en la guía y ajustar cualquier error.** En esta etapa se realizan visitas temporales a los puestos de trabajo para verificar y corregir los errores que se van presentando en la codificación de los documentos que manejan en cada proceso. De igual manera estar pendiente y dar respuesta oportuna a las preguntas que surjan con el manejo y organización de los documentos.

5.2.1 Resultados en la implementación de las herramientas de control de documentos.

- En la etapa de seguimiento se identificaron diversos documentos obsoletos que ya no estaban en uso por los colaboradores y se encontraban en las mismas carpetas de los documentos actualizados. Dichos documentos fueron revisados y de acuerdo con la fecha de creación la profesional administrativa tomaba la decisión de eliminarlos o guardarlos en las carpetas de documentos obsoletos de cada uno de los procesos.

- Se codificaron los documentos pertenecientes a los procesos de gestión de talento humano, gestión de bienes y servicios, gestión documental y gestión del SIAU, y fueron agregados al listado maestro de documentos para llevar su control y empezar a organizarlos de acuerdo con la codificación.
- En la guía para la elaboración de documentos se establecieron las directrices que orientan al personal de la organización, la manera en que se deben crear los diferentes tipos de documentos, las políticas para las modificaciones, anulaciones y codificación de cada uno de ellos de acuerdo con los procesos internos de la Liga.
- Los colaboradores comprendieron la importancia que tiene la estandarización de los documentos permitiendo llevar un orden y control de los mismos, mejorando la eficiencia en sus actividades.

5.3 Implementación de la herramienta ofimática para la gestión del personal

- **Revisión y autorización de la implementación de la herramienta ofimática.** El día 20 de agosto la Directora Ejecutiva hace revisión de la herramienta ofimática revisando cada una de sus funciones que permiten controlar y dar seguimiento en la gestión del personal. Esta es validada sin observaciones y se procede a la implementación de la información.
- **Capacitación al profesional administrativo responsable del proceso.** Se capacita al líder del proceso de gestión del talento humano y a la directora ejecutiva en el uso de la herramienta ofimática y se muestra el video-tutorial realizado para que lo utilicen como apoyo ante cualquier duda e inquietud de la herramienta.
- **Seguimiento de la implementación de la herramienta ofimática y resolver inquietudes.** Periódicamente se hace seguimiento al uso de la herramienta verificando que se esté utilizando de la forma correcta, igualmente ir atendiendo las dudas en el

manejo o los resultados que esta va generando, con el fin de lograr que el usuario quede completamente capacitado y sin inquietudes en el manejo de la herramienta.

5.3.1 Resultados logrados en la implementación de la herramienta ofimática. La herramienta para la gestión de personal da la facilidad de poder llevar un control y seguimiento a las diferentes actividades que se realizan para gestionar al personal de la organización. Sus resultados se muestran a continuación:

Fueron creados 5 módulos que contiene información del personal, proceso de selección, vinculación, inducción y retiro de los empleados como se muestra en la figura 23.

PERSONAL		PROCESO DE SELECCIÓN	VINCULACIÓN	INDUCCIÓN	RETIRO				
LISTA PERSONAL DE NÓMINA	LISTA MÉDICOS ESPECIALISTAS	INGRESAR NUEVO PERSONAL DE NÓMINA	INGRESAR NUEVO MÉDICO	PLAN DE CAPACITACIONES		VACACIONES			
Nombre	Cargo	Cédula	Fecha de ingreso	Tipo de contrato	Término inicial del contrato	Fecha de vencimiento de contrato	Nivel jerárquico	Salario mensual	Alerta finalización de contrato
Albaracín Pabón Sandra	Auxiliar área de la salud	63 554 651	14-oct-10	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	13-oct-19	Operativo	\$1 256 100,00	
Barbosa Morales Magda Liliana	Tecnólogo área de la salud	53 114 778	15-may-17	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	14-may-19	Operativo	\$2 226 000,00	
Cediel Barrera Diana Paola	Profesional de enfermería	1 092 629 481	14/01/2019	Fijo menor a 1 año	3 meses	13/01/2020	Táctico	\$2 200 000,00	
Cordero Sanabria Rosalba	Profesional de tesorería	63 480 075	20-abr-92	Indefinido	Indefinido		Táctico	\$1 726 700,00	
Cuadros Duarte Ligia	Auxiliar área de la salud	28 155 228	15-feb-12	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	14-feb-19	Operativo	\$1 136 300,00	Renovar contrato
Díaz Archila Rosalba	Directora ejecutiva	63 360 373	4-may-15	Indefinido	Indefinido		Directivo	\$7 180 400,00	
Díaz Cadenas Janeth Rocio	Profesional de programas	63 297 005	5-feb-96	Indefinido	Indefinido		Táctico	\$2 102 000,00	
Guevara Solano Yuliana Andrea	Auxiliar de caja	1 098 613 796	3-mar-17	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	2-mar-19	Operativo	\$1 078 600,00	
Navarro Fajardo Adriana	Técnico SIAU	1 098 608 083	20-mar-18	Fijo menor a 1 año	3 meses	20-mar-19	Operativo	\$942 000,00	
Nieves Cepeda Ingrid Yorleth	Auxiliar área de la salud	1 098 659 432	3-abr-18	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	2-abr-19	Operativo	\$1 007 000,00	
Ochoa Aselas Martha Milena	Profesional de TIC	28 259 413	16-jul-09	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	15-jul-19	Táctico	\$1 663 100,00	
Pinto Gutierrez Maribel	Auxiliar área de la salud	1 098 637 251	27-dic-12	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	26-dic-19	Operativo	\$1 089 700,00	
Rodríguez Reyes Herly Tatiana	Profesional administrativo	1 098 761 729	19-feb-18	Fijo entre 1 y 3 años	1 año	18-feb-19	Táctico	\$1 793 500,00	Renovar contrato
Rueda Mayorga Nelly Ruth	Profesional contable	63 496 583	8-jul-96	Indefinido	Indefinido		Táctico	\$2 390 300,00	
Ruiz Landinez Maria Eugenia	Auxiliar área de la salud	63 485 302	9-ago-94	Indefinido	Indefinido		Operativo	\$1 389 700,00	
Suárez Sandoval Lizeth Navibe	Técnico SIAU	1 095 826 007	1-ago-18	Fijo menor a 1 año	3 meses	31-jul-19	Operativo	\$942 000,00	
Menú	Personal	Personal medico	Nuevo empleado	Nuevo medico	Selección	Retiro	Retiro medico	Colaboradores elimina...	

Figura 23. Módulos de la herramienta de gestión de personal

El Módulo Personal, contiene 6 pestañas, cada una con funciones diferentes. En la primera pestaña “lista personal de nómina” se encuentra la información necesaria de los colaboradores activos de la organización y permite generar una alerta que se activará en color rojo cuando el contrato está próximo a vencer y por tanto debe ser renovado.

En la siguiente pestaña “lista médicos especialistas” también se genera una alerta de renovación de contrato para los médicos teniendo en cuenta la última fecha de renovación de las tarifas.

Luego, las siguientes 2 pestañas facilita al usuario ingresar a un nuevo colaborador o médico que al guardarlos se actualizan inmediatamente todas las listas contenidas en la herramienta. También se puede dar seguimiento al plan de capacitaciones por competencias creado según los resultados de la prueba de desempeño del personal, igualmente programar y dar seguimiento a las vacaciones de los colaboradores.

Continúa con el módulo “proceso de selección” como se muestra en la figura 24. A través de este módulo se logra estandarizar las etapas a seguir para un proceso de selección de personal de nómina llevando un control de los puntajes obtenidos en cada prueba según sus pesos definidos. De acuerdo con la calificación asignada, la herramienta señala al candidato con mayor puntaje dando la señal de que esa es la persona seleccionada y puede ser ingresada a la lista del personal de nómina presionando el botón “ingresar nuevo colaborador”.

Nombre	Cédula	Telefono	Hoja de vida	Entrevista inicial	Prueba de conocimiento	Prueba paquete de office	Prueba Psicotécnica	Entrevista final	Puntaje obtenido	Observaciones
Erika Johana Becerra López	53.114.338	3182134958	9	23	8	7	24,25	18	89,25	promoción y prevención 2 hijos (separada) visita a su familia
Diana Paola Cediel Barrera	1.092.629.481	3209384759	9	25	10	10	23,25	20	97,25	Liderazgo conoce la normatividad conoce la normatividad
Alejandra Maria Finlay Quiroga	1.092.396.813	3118473398	8	20	9	10	-	-	47,00	conoce la normatividad conoce la normatividad
Claudia Patricia Briceño Velandia	1.098.650.921	3119283002	8	20	8	9,5	-	-	45,50	conoce la normatividad conoce la normatividad
Carmen Yaneth Rios Velandia	1.098.514.706	3189998312	9	15	8	8,5	-	-	40,50	conoce la normatividad conoce la normatividad

Figura 24. Etapa proceso de selección

El siguiente módulo denominado “vinculación” permite llevar el control de la totalidad de los documentos suministrados por el personal, y verificar aquellos que deben actualizarse periódicamente, apoyado de la lista de chequeo para médicos especialistas y personal de nómina.

El control se hace a través de la siguiente semaforización establecida:

-Verde: para el personal que entregó el documento.

-Amarillo: para el personal que no le aplica el documento.

-Rojo: para las personas que no han entregado la documentación solicitada al líder de talento humano.

PERSONAL		PROCESO DE SELECCIÓN	VINCULACIÓN	INDUCCIÓN	RETIRO					
LISTA DE CHEQUEO PERSONAL DE NÓMINA		LISTA DE CHEQUEO MÉDICOS ESPECIALISTAS								
vigencia de 1 año										
Colaborador	Cargo	Cédula	Hoja de Vida	Dto Identidad	Tarjeta Profesional	Título profesional o tecnología	Acta Título profesional o tecnología	Soporte de formación toma de citología	Convalidaciones académicas	Contr legaliz
Albarracín Pabón Sandra	Auxiliar área de la salud	63.554.651	Cumple	Cumple	NA	cumple	cumple	no cumple	NA	cump
Barbosa Morales Magda Liliana	Tecnólogo área de la salud	53.114.778	Cumple	Cumple	NA	cumple	cumple	cumple	NA	cump
Cordero Sanabria Rosalba	Profesional de tesorería	63.480.075	Cumple	Cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump
Cuadros Duarte Ligia	Auxiliar área de la salud	28.155.228	Cumple	Cumple	NA	cumple	cumple	no cumple	NA	cump
Díaz Archila Rosalba	Directora ejecutiva	63.360.373	Cumple	Cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump
Díaz Cadenas Janeth Rocio	Profesional de programas	63.297.005	Cumple	Cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump
Guevara Solano Yuliana Andrea	Auxiliar de caja	1.098.613.796	Cumple	Cumple	NA	cumple	cumple	NA	NA	cump
Navarro Fajardo Adriana	Técnico SIAU	1.098.608.083	Cumple	Cumple	NA	cumple	cumple	NA	NA	cump
Nieves Cepeda Ingrid Yorleth	Auxiliar área de la salud	1.098.659.432	Cumple	cumple	NA	cumple	cumple	no cumple	NA	cump
Ochoa Aselas Martha Milena	Profesional de TIC	28.259.413	Cumple	cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump
Pinto Gutierrez Maribel	Auxiliar área de la salud	1.098.637.251	Cumple	cumple	NA	cumple	cumple	no cumple	NA	cump
Quijano Martínez Leidy Marcela	Profesional de enfermería	1.098.730.830	Cumple	cumple	cumple	cumple	cumple	cumple	NA	cump
Rodríguez Hernández Flor Rocio	Auxiliar administrativo	1.096.906.361	Cumple	cumple	NA	cumple	cumple	NA	NA	cump
Rodríguez Reyes Herly Tatiana	Profesional administrativo	1.098.761.729	Cumple	cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump
Rueda Mayorga Nelly Ruth	Profesional contable	63.496.583	Cumple	cumple	cumple	cumple	cumple	NA	NA	cump

...

<

Figura 25. Etapa vinculación de personal

El objetivo es tener la documentación completa y actualizada de las hojas de vida del personal de la Liga en cumplimiento a la Norma 2003 de 2014 para la habilitación de los servicios. Esto afecta los resultados de las auditorías realizadas por los diferentes entes de control en el sector salud.

Para alimentar este módulo se hizo revisión a todas las hojas de vida en físico del personal de nómina y médico especialista y verificar que contara con la documentación completa. Al mismo tiempo se iba actualizando la herramienta y se enviaba correo electrónico al personal solicitando la documentación faltante y estableciendo plazos de entrega.

En el módulo de inducción se registran los compromisos de mejora pactados en el formato “inducción y entrenamiento de personal” (Apéndice 59) al momento de su ingreso según las calificaciones obtenidas de las evaluaciones realizadas en la capacitación, permitiendo llevar el control y seguimiento al cumplimiento de dichos compromisos.

Finalmente, en el módulo de Retiro se elimina al médico especialista o colaborador permitiendo actualizar la herramienta una vez se desvincule de la organización.

5.4 Implementación del Programa de bienestar laboral para fortalecer la cultura de servicio

- **Someter a aprobación el Programa de Bienestar Laboral.** El día 19 de febrero de 2018 se presentó la propuesta del Programa de Bienestar a la Directora Ejecutiva demostrándole la importancia que tiene la realización de estos programas para mejorar la calidad del servicio y la atención a los pacientes así como también permite potencializar en temáticas de equipos de trabajo para reforzar las relaciones interpersonales y generar un ambiente agradable en la organización. La directora ejecutiva validó satisfactoriamente la propuesta y manifiesta que el programa permitirá fortalecer diferentes temas en los que se ha querido intervenir en periodos anteriores.
- **Desarrollo de las actividades del programa de bienestar laboral.** En el mes de febrero se dio inicio al desarrollo del programa de bienestar laboral gestionado por la practicante y apoyo de la profesional administrativa, líder del proceso de Gestión del Talento Humano.

Las actividades que se lograron realizar durante la práctica empresarial fueron las siguientes:

- ✓ **Incorporar actitudes en la búsqueda de fortalecer las relaciones humanas:** el objetivo de esta actividad fue promover entre el equipo de trabajo valores y actitudes que contribuyan al clima laboral, a la eficacia en sus labores y la excelencia en la atención al paciente y su familia. Para lograr esto, se dejaron en todos los puestos de trabajo carteles de motivación al personal para que aplicaran y cumplieran los criterios representados en la

figura 26, actitudes claves para fortalecer las relaciones con los compañeros de trabajo y brindar un servicio de calidad a todos los pacientes.

¡GENTE QUE SUMA! <i>WAZ que suceda</i>	
Sonríe	
Ayuda a los demás	
Contagia lo positivo	
Entrega a tiempo	
Se esfuerza	
Se capacita constantemente	

Figura 26. Actitudes para fortalecer las relaciones humanas

- ✓ **Crear y gestionar equipos colaborativos para mejorar la efectividad en las actividades:** el objetivo de esta actividad fue desarrollar las habilidades de liderazgo en el personal de la organización con el fin de tomar mejores decisiones en un marco de responsabilidad, mejorar la conectividad y el trabajo en equipo que es fundamental para el éxito de la organización. Para ello, se crearon equipos de trabajo y les fueron asignados a cada uno habilidades tales como: saber delegar, capacidad de coordinación y colaboración, habilidad comunicativa, empatía, resiliencia y planificación estratégica. Posteriormente, los equipos desarrollaron una serie de actividades para dar a conocer las habilidades de liderazgo en las que se identificaron actitudes de integración, recursividad, disciplina, esfuerzo y creatividad. Las actividades tuvieron una duración de dos meses,

tiempo en el cual los colaboradores aprendieron dichas capacidades de liderazgo y manifestaron haber quedado satisfechos con las actividades.

- ✓ **Campañas de sensibilización en cada área para crear cultura de iniciativa propia de auto capacitación:** el objetivo de esta actividad fue promover espacios de concientización y sensibilización acerca de la importancia de adquirir la cultura de auto-capacitación, para ello se dejó en los puestos de trabajo un cartel informativo, (ver figura 27) en el que se dan a conocer diferentes fuentes de formación en el que pueden realizar cursos o diplomados para fortalecer las competencias tanto personales como laborales y mejorar la calidad en la atención a los pacientes y sus familiares.



Figura 27. Cartel informativo

- ✓ **Incentivar al colaborador que ponga en práctica los valores de la organización, también incentivar a los colaboradores que sobresalgan en las actividades de liderazgo desarrolladas en la organización:** el objetivo de estas actividades es reconocer acciones cotidianas de los colaboradores y que estén alineadas a los valores de la organización, también reconocer aquellas personas que se destacaron en las actividades realizadas para fortalecer las habilidades de liderazgo.

A través de votaciones semanales los colaboradores reconocieron acciones cotidianas de sus compañeros alineadas con los valores que la Liga vive día a día, para ello se les suministró un cuadro con dichas acciones como se muestran en la figura 28. Al finalizar las votaciones se realiza el conteo respectivo y se hace entrega de un detalle al ganador, esto promueve al personal a seguir fortaleciendo los valores de la organización. De igual manera se incentivan a tres personas que sobresalieron en las actividades de liderazgo.

EXCELENCIA • Visita los puestos de trabajo con entusiasmo • Soluciones nuevas e innovadoras • Pensamiento Creativo • Se adapta rápidamente a los cambios de la Org • Ser puntual como sinónimo de profesionalismo • Motiva e incentiva	SERVICIO • Se preocupa por los demás • Prioriza la atención al cliente • Actitud y aptitud con todos • Ayuda a los compañeros de trabajo • Ser empático • Trabaja con entusiasmo
TRANSPARENCIA • Eres claro y evidente • Brinda Información veraz • Ejerce con responsabilidad • Se comunica oportunamente • Reconoce sus errores • La serenidad otorga confianza • Mantiene promesas	RESPETO • Comprensión con los demás • Cordialidad y amabilidad • Respeta las diferencias • Motiva a los compañeros • Saber escuchar • Tener paciencia

Figura 28. Valores organizacionales

- ✓ **Conferencia sobre el liderazgo:** el objetivo de la conferencia fue contribuir al desarrollo de líderes para motivar e influir sobre otros para el logro de los objetivos en común. La conferencia fue programada y realizada satisfactoriamente el día 31 de agosto de 2018 en las instalaciones de la organización por un importante Coach especialista en el tema.



Figura 29. Conferencia de liderazgo

✓ **Celebraciones días especiales:** estas actividades se realizaron con el objetivo de crear buenas relaciones sociales entre los compañeros y velar por el bienestar de los colaboradores generando sentimiento de reconocimiento. Las fechas especiales que se lograron celebrar de manera satisfactoria fueron:

- Celebración día de la enfermera.
- Celebración día de la madre.
- Celebración día del amor y la amistad.
- Reconocimientos de fechas especiales (cumpleaños).
- Celebración día de la familia.
- Clases de relajación y rumba terapias.
- Celebración día del médico.

Los formatos de asistencia a las actividades y demás evidencias se adjuntaron en el (Apéndice 60 “Formatos de asistencias y evidencias Programa de Bienestar Laboral”)

- **Evaluación final de la satisfacción de las actividades del Programa de Bienestar Laboral.** El día 7 de diciembre se realiza una evaluación final al personal que participó en

las actividades del Programa de Bienestar Laboral con el fin de conocer el grado de satisfacción sobre las mismas y saber qué otros temas recomendarían para desarrollar en el año 2019 y continuar con el fortalecimiento de la calidad en el servicio y la atención a los pacientes. Estos resultados fueron los siguientes:

- ¿Qué tan satisfecho se encuentra con las actividades realizadas en el Programa de bienestar Laboral?

El 57% que corresponde a 8 colaboradores evaluados se encuentran muy satisfechos con las actividades realizadas en el Programa de bienestar Laboral, y el 43% restante se encuentra satisfecho, lo que quiere decir que ninguna persona manifestó insatisfacción por las actividades ejecutadas.

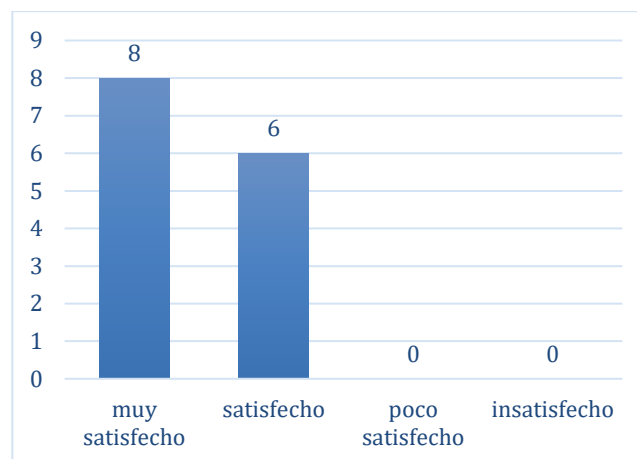


Figura 30. Satisfacción del Programa de Bienestar Laboral año 2018

- ¿Para continuar fortaleciendo la calidad en el servicio y la atención al cliente, qué otros temas recomendaría para desarrollar?



Figura 31. Temas recomendados para desarrollar en el año 2019

Los temas descritos en la figura 31 corresponden a los propuestos por el personal de la organización para seguir fortaleciendo la calidad en el servicio y la atención al paciente. Estos temas se tendrán en cuenta junto con los resultados de la próxima Batería Psicosocial que haga la Liga para desarrollar un nuevo Programa de Bienestar Laboral.

5.4.1 Resultados en la implementación del programa de Bienestar laboral. Se formularon las actividades a realizar de manera creativa permitiendo fortalecer cada uno de los dominios de la batería psicosocial y las recomendaciones dadas para intervenir los factores de riesgo que presentaban niveles elevados:

Para el Dominio Liderazgo y relaciones sociales se logró fortalecer las temáticas de los equipos orientados al logro, Comunicación efectiva y relaciones interpersonales en el trabajo a través de las actividades que se desarrollaron desde el mes de julio a septiembre cuya actividad se denominó “Crear y gestionar equipos colaborativos para mejorar la efectividad en las actividades”. Igualmente, para el dominio de relaciones sociales se llevaron a cabo las

celebraciones de las fechas especiales mencionadas en el programa como motivación y bienestar del personal de la Liga.

Para el dominio de control sobre el trabajo se dieron oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas creando una cultura de auto-capacitación al personal y talleres de tips y trucos eficientes de Excel para fortalecer el manejo de herramientas ofimáticas. Igualmente, la batería psicosocial recomienda que se creen grupos primarios con el fin de establecer ideas, sugerencias y mejoras dando reconocimientos significativos al personal, esto se planea iniciar para el programa de bienestar laboral del año 2019.

Para el dominio de Recompensa se dieron reconocimientos al personal resaltando a los colaboradores que ponen en práctica los valores de la organización en el día a día, así como también los que sobresalieron en las actividades de liderazgo y en los resultados de la encuestas de satisfacción al usuario.

5.5 Implementación de la Formalización del proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)

- **Someter a aprobación la propuesta de formalización del SIAU.** El día 2 de octubre de 2018 se lleva a cabo la reunión con la Directora Ejecutiva en la que se somete a aprobación la propuesta para la formalización del subproceso de Gestión del SIAU, dándole a conocer que los procedimientos establecidos se realizaron en cumplimiento con la normatividad vigente y con el fin de mejorar la eficiencia en la obtención de los resultados de las encuestas de satisfacción al cliente. La directora aprueba satisfactoriamente las nuevas herramientas y se procede a programar la fecha para socializar con el personal involucrado al subproceso de Gestión del SIAU.

- **Socialización al personal que participa en el subproceso de Gestión del SIAU.** Se realiza socialización al personal implicado en el subproceso de gestión del SIAU informándoles los cambios realizados a los procedimientos de: medición de la satisfacción del usuario a través de la sistematización de las encuestas con ayuda del video-tutorial realizado, la utilización de los formatos para la recepción de las PQRSF y llevar los registros para realizar los trámites respectivos, así como el reporte de la información para el monitoreo de la calidad en salud.

Igualmente se hizo socialización a cada una de las auxiliares de enfermería sobre la cantidad de encuestas mínimas que se deben realizar según el nuevo procedimiento establecido. La socialización quedó registrada a través de un memorando que se diseñó y fue aprobado por la Directora Ejecutiva para compartir la información. (Ver figura 32).

MEMORANDO
Nº CONSECUTIVO 18-LSCC-0109

DE: DIRECTORA EJECUTIVA
PARA: Sandra Albarracín, Lilia Cuadros, Ingrid Nieves, Maribel Pinto, Ledy Calero, María E. Ruiz, Marly Torres.
FECHA: 10 de octubre de 2018

ASUNTO: CANTIDAD DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A DILIGENCIAR

De acuerdo con la propuesta de valor y los valores institucionales excelencia y servicio, es muy importante la opinión, percepción y sugerencias de nuestros pacientes, por lo cual les solicito que a partir del mes de octubre de 2018 el número de encuestas a realizar a los usuarios por cada uno de los servicios fue definido mediante la metodología de muestreo probabilístico estratificado con un nivel de confianza del 95%.

La encuesta debe diligenciarse en el formato establecido, el cual se encuentra en la página web lscconstruicamagang.org en el menú atención al cliente, o por encuesta de satisfacción al cliente. Dado el caso que por un periodo mayor a una hora no se cuenta con acceso a internet, las encuestas se deben diligenciar físicamente y una vez se restituya el acceso, éstas deben pasarse al formulario web.

El número de encuestas a diligenciar por servicio en los meses de octubre, noviembre y diciembre son:

SERVICIO	TOTAL DE ENCUESTAS POR MES
URTIARIOLOGÍA	10
EMFISIOLOGÍA	10
MAIA	10
ESPECIALIZADO	10
SISTEMATIZACIÓN	5
URTOLOGÍA	5
U. INTERNAS	5
ODONTOLÓGICA	10
OTROLOGÍA	10

Cordialmente,
ROSALBA DIAZ ARCHILA
Directora Ejecutiva

INGRID NIEVES
MARIBEL PINTO
MARLY TORRES
MARÍA E. RUIZ
LEDY CALERO

Figura 32. Registro socialización de resultados cantidad encuestas

- **Control y seguimiento al funcionamiento del SIAU.** En esta etapa se realiza seguimiento al proceso del SIAU verificando que se esté cumpliendo con los procedimientos establecidos.

Desde el mes de octubre en que se realiza la sistematización de las encuestas de satisfacción al usuario, se revisa temporalmente la base de datos para verificar y corregir si se van presentando errores de actualización de datos. Se verifica que se esté dando uso adecuado al buzón de sugerencias, sus formatos, el registro de las PQRSF y el trámite respectivo.

Igualmente fueron diseñados dos indicadores para este proceso que se encuentran en el Apéndice 58 “sistema indicadores de gestión” con el fin de dar seguimiento y control al cumplimiento de la cantidad de encuestas de satisfacción realizadas y se mide la satisfacción del usuario sobre los servicios prestados.

5.5.1 Resultados logrados con la Formalización del proceso de Gestión del SIAU

- Resultados en la implementación de la sistematización de las encuestas de satisfacción al usuario.

Se utilizó la metodología muestreo probabilístico estratificado para lograr obtener la cantidad mínima de encuestas a realizar en cada uno de los servicios que presta la organización. La cantidad de pacientes en el año 2017 fue la base para delimitar la unidad de análisis. Esta metodología permitió a la organización establecer un mínimo de encuestas a realizar por cada servicio, logrando llevar un control de las mismas.

La actualización de la encuesta de satisfacción al usuario permitió obtener respuestas más precisas para su análisis y clasificación ya que se actualizó de acuerdo con los requisitos pactados en la Resolución 0256 de 2016 del anexo técnico N° 2 para poder registrar adecuada y oportunamente los resultados de la satisfacción global al Ministerio de Salud y protección Social.

Se adicionaron a la encuesta campos para marcar los servicios que hacían falta tales como ecografías y VPH (Virus del Papiloma Humano), también se adicionaron preguntas que permiten calificar detalladamente cada característica de tal manera que el paciente pudiera entender inmediatamente la pregunta. Las preguntas fueron clasificadas de acuerdo con las características exigidas en el Decreto 1011 del 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de manera que permitiera obtener fácilmente los resultados para reportar la satisfacción global y el nivel de recomendación al Ministerio de Salud y protección Social. Dichas características son: Oportunidad y Accesibilidad, Calidad de la Atención, Seguridad, Pertinencia, Satisfacción Global y Recomendación.

El desarrollo del formulario de las encuestas de satisfacción al usuario creado en la página web de la Liga permitió no solamente la obtención de los resultados en tiempo real sino también a la optimización de los recursos, aumento de la productividad, mayor control y seguridad en el manejo de la información y la contribución al desarrollo sostenible.

Otro resultado muy importante a destacar en la sistematización de las encuestas es el seguimiento que se le puede dar a los resultados obtenidos en el día a día.

En la figura 33 se puede observar cómo se ve la base de datos en la que se registran automáticamente los resultados de las encuestas diligenciadas por los pacientes y la coloración de los resultados insatisfactorios que permitirá a la profesional de enfermería dar seguimiento y establecer mejoras de acuerdo con los resultados obtenidos.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE 2018 ----										LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER ---									
FECHA REGISTRO	INFORMACIÓN PERSONAL		SERVICIO	OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD			SEGURIDAD			PERTINENCIA	SATISFACCIÓN GLOBAL	CALIDAD DE LA ATENCIÓN					RECOMENDACIÓN		
Hora de inicio	Nombre y Apellidos	Número de Identificación	Seleccione el servicio en el cual fue atendido.	1. Tiempo de espera para ser atendido	2. Cumplimiento en la programación de la cita	3. Disponibilidad del servicio que solicita	4. Conocimientos y habilidad técnica del personal que la atendió	5. ¿Cómo le pareció la adecuación y la comodidad de las instalaciones?	6. ¿Cómo califica la seguridad de las instalaciones?	7. ¿Los materiales y equipos se usaron en forma adecuada?	8. ¿Cómo califica su experiencia respecto a los servicios recibidos?	Recepción	Caja	Toma de datos de Citología	Auxiliar de Enfermería	Médico Especialista	Trabajo Social	¿Recomendaría nuestros servicios a sus familiares y amigos?	¿Volvería a utilizar nuestros servicios?
1/09/2018 11:34	Jhon sebastian barbosa	1005110151	Dermatología	Regular	Regular	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
1/09/2018 11:39	Estela morale	63300041	Dermatología	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
1/09/2018 11:42	Luzmarina echeverria	63273492	Dermatología	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
3/09/2018 7:34	Nilce Serno Jimenez	32007550	Trabajo Social	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 7:55	Diana Milena Bermúdez Bayona	97894821	Ginecología	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 8:51	Maria Cristina Guerrero Diaz	37752588	Citología	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 9:14	Keli Joana Garcia Acevedo	1050550442	Ecografías	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 10:17	Edith Florez Arenas	27984572	Ecografías	Buena	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 10:22	Gloria Gonzalez Reyes	63291353	Dermatología	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 10:27	Cecilia Sabana Rovayo	2831013	Dermatología	Buena	Buena	Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	No Aplica	Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 14:34	Carolina Gelvez Hernandez	63563587	Medicina Interna	Buena	Regular	Muy Mala	Muy Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	No Aplica	Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
4/09/2018 14:42	Catalina Gonzalez	94010698	Medicina	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Muy Buena	Muy Buena	No Aplica	Definitivamente. SI	Definitivamente. SI
Encuesta Satisfaccion CalidadAtencion 1-8 Recomendacion Resumen %Satisfacción 1 ... + : <																			

Figura 33. Resultados encuestas diligenciadas por los pacientes

De igual manera se relacionan las encuestas a partir de una segmentación de los resultados para que se consolide la información y permita visualizarla fácilmente teniendo en cuenta los criterios según la resolución vigente, mes y área evaluada en la encuesta.

También se relacionan las encuestas permitiendo obtener un resumen de los resultados del nivel de satisfacción en cada mes por cada uno de los servicios.

El uso de esta sistematización se puede ver en el video-tutorial para el seguimiento de los resultados de las encuestas de satisfacción apéndice 28.

- **Resultados en la implementación de los canales de recepción y trámites de PQRSF.**

Con el fin de garantizar los mecanismos adecuados para la recepción y atención al paciente se habilitó el buzón de sugerencias, realizando la respectiva cotización del buzón y se procedió a comprar e instalar en la sala de recepción de la Liga con la aprobación de Dirección Ejecutiva.

Adicionalmente se hizo la gestión para la compra e instalación de una cartelera que contiene los derechos y deberes del paciente como medio de divulgación y promoción de los mismos, esto es fundamental dentro del proceso del SIAU para la atención al paciente. Ver figura 34.

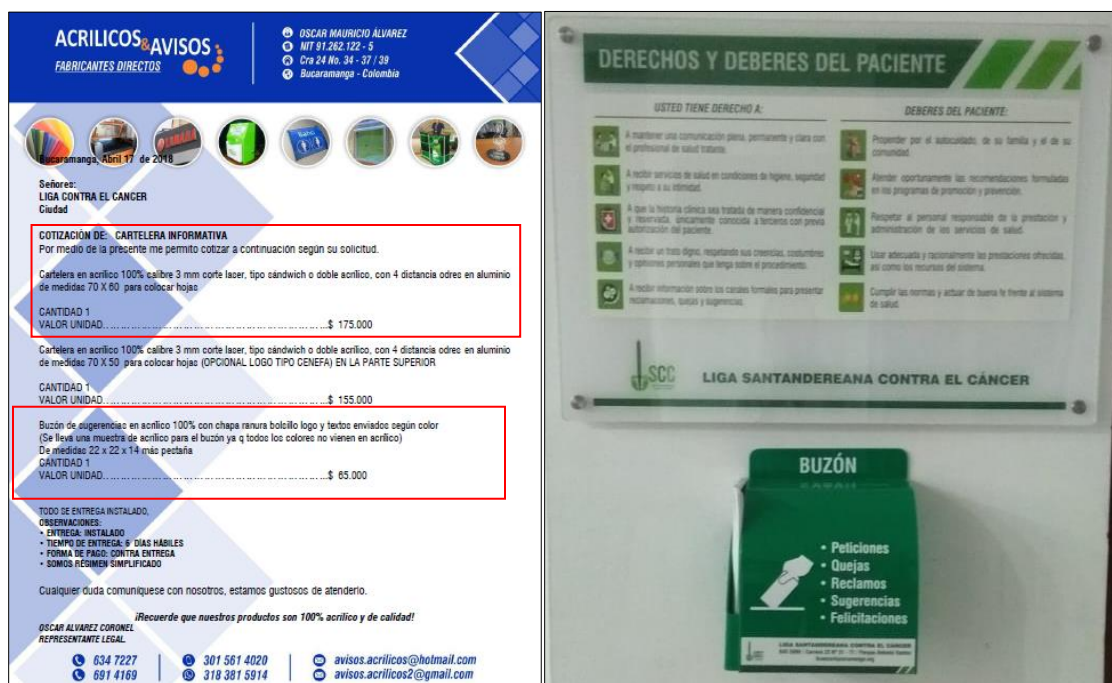


Figura 34. Cotización y buzón de PQRSF

- **Diseño de formatos y procedimientos asociados al proceso Gestión del SIAU.** La documentación de los procedimientos pertenecientes al proceso de Gestión del SIAU ayudan al personal en la orientación para la correcta ejecución de los procedimientos en cumplimiento a la normatividad vigente.

5.6 Implementación del Diseño de un modelo de gestión de proveedores

- **Someter a aprobación el modelo de gestión de proveedores.** El día 6 de noviembre de 2018 se hizo una reunión con la directora ejecutiva en la que se sometió a aprobación la propuesta del modelo de gestión de proveedores basado en el ciclo de mejora continua PHVA y en cumplimiento con los requisitos del numeral 8 de la Norma NC-ISO

9001:2015 que hace referencia a la planificación y control operacional. La propuesta fue aprobada y se autoriza su implementación, pues contribuye al aseguramiento de los productos y servicios suministrados externamente a través de herramientas que permiten llevar un control adecuado de los mismos.

- **Socialización y capacitación del modelo de gestión de proveedores.** El día 7 de noviembre de 2018 se realiza una reunión con la profesional administrativa, líder del proceso de gestión de bienes y servicios con el fin de brindarle capacitación acerca de la metodología implementada para la selección y evaluación de desempeño de los proveedores, indicándole la importancia que tiene la ejecución de estas actividades claves para el mejoramiento continuo de los procesos.
- **Seguimiento a la ejecución del modelo de gestión de proveedores.** En esta etapa se hace el seguimiento a la implementación del modelo de gestión propuesto verificando que se esté cumpliendo y realizando de la manera correcta las directrices y procedimientos estipulados en el Manual de selección y evaluación del desempeño de los proveedores.

5.6.1 Resultados de la implementación del modelo de gestión de proveedores.

Mediante la implementación del modelo de gestión de proveedores se logró establecer metodologías que permitieron a la Organización contar con criterios de calificación para la correcta selección de proveedores y también evaluar el desempeño de sus proveedores críticos, con el fin de evitar riesgos que pudieran afectar la prestación del servicio al paciente y su familia y garantizar el aseguramiento de la calidad en los proveedores de la Organización.

El día 8 de noviembre de 2018, junto con el profesional administrativo, líder del proceso de gestión de bienes y servicios se dio inicio a la evaluación de desempeño de los proveedores que son considerados críticos, es decir, aquellos que la ausencia de algún bien o servicio afecta

directamente la calidad en el servicio y el bienestar del paciente. Por decisión de la organización se realiza la prueba a 5 proveedores que son considerados los más críticos actualmente en la Liga y de acuerdo con los resultados que se obtuvieron se envía correo electrónico a los proveedores informando los resultados de la evaluación.

En la tabla 26 se encuentran en resumen los resultados de la evaluación que se realizó a los 5 proveedores, los cuales tres (3) obtuvieron desempeño notable, mientras que uno (1) sólo obtuvo desempeño Confiable y uno (1) obtuvo desempeño riesgoso. Por lo tanto, se envía mediante correo electrónico los resultados de la evaluación de desempeño a los proveedores, se felicita a quienes obtuvieron desempeño notable y confiable y se les invita a seguir manteniendo dicho nivel, en cambio a los proveedores que obtuvieron desempeño riesgoso se les informa sobre la necesidad de mejoramiento en el factor de baja calificación.

Tabla 26.

Resultados evaluación del desempeño de los proveedores críticos

Proveedor	Calificación total	Desempeño
Comercializadora Orbis	8,81	Confiable
Liga Colombiana Contra el Cáncer	5,42	Riesgoso
Proquilab	12,4	Notable
Laboratorio Limitada de Bogotá	11,55	Notable
Dispositivos Médicos	11,55	Notable

5.7 Implementación de los Manuales de procedimientos y funciones

- **Someter a aprobación los manuales por parte de Dirección Ejecutiva.** El 17 de diciembre se realiza una reunión con la directora ejecutiva para someter a aprobación los manuales documentados para los procesos críticos de la organización. Los manuales son aprobados en la reunión y se procede a realizar la socialización al personal de la Liga.

- **Socialización de los manuales de procedimientos y funciones a los cargos responsables.** En esta etapa se capacita al personal en los procedimientos documentados con sus respectivos diagramas de flujo y se les indica el lugar donde quedaron consignados como fuente de consulta para realizar las actividades de la manera correcta. Igualmente se hace entrega de las funciones del cargo de forma impresa a cada uno de los colaboradores de la organización en sus puestos de trabajo y se les hace firmar el recibido correspondiente para dejar constancia de la entrega de las funciones.

		LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER		Código: FT-9A-DD-48
		LISTA DE PERSONAL		Versión: 000
				Fecha: 05-07-18
				Página: 1 de 1
ACTIVIDAD: Socialización Manual de Funciones		FECHA: 18-07-18	LUGAR: Puestos de trabajo	
LIDER: Blanca Figueroa Pardo Figueroa		HORA: 8:00 am		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA		
1	Albarracín Pabón Sandra			
2	Baltrán Acosta Luz Sther			
3	Bartosa Morales Magda Liliana			
4	Cediel Barrera Diana Paola			
5	Cordero Sanabria Rosalba			
6	Cuadros Duarte Ligia			
7	Díaz Archila Rosalba			
8	Díaz Cadena Janeth Rocío			
9	Guevara Solano Yuliana Andrea			
10	Herrero Figueroa Adriana			
11	Neves Cepeda Ingrid Yoreth			
12	Ochoa Aceles Martha Milena			
13	Pinto Gutierrez Maribel			
14	Quijano Martínez Leidy Marcela			
15	Rodríguez Hernández Flor Rocío			
16	Rodríguez Reyes Herly Tatiana			
17	Rueda Mayorga Nelly Ruth			
18	Ruiz Landínez María Eugenia			
19	Suárez Sandoval Lizeth Nayibe			
20	Viega Cella Nancy Ruth			

Figura 35. Constancia entrega del manual de funciones, responsabilidades y competencias

- **Seguimiento al personal en la aplicación de las funciones y actividades socializadas.**

Se hace seguimiento al personal capacitado con el fin de verificar que estén ejecutando correctamente las funciones y los procedimientos establecidos en los manuales junto con los diagramas de flujo respectivos. De igual manera estar pendiente de las preguntas que realicen los colaboradores en la ejecución de las actividades.

5.7.1 Resultados de la implementación de los manuales. En la actualización de funciones de los cargos se realizaron las siguientes modificaciones:

- El cargo auxiliar área de la salud que ejerce sus funciones como auxiliar en el laboratorio de citologías ahora se denomina Auxiliar área de la salud-laboratorio y es asumido por una auxiliar de enfermería. Por tanto, se crearon las funciones, responsabilidades y competencias para este nuevo cargo.
- Se crearon las funciones del auxiliar administrativo ya que este cargo no estaba incluido en el manual de funciones.
- Se separaron las funciones del cargo tecnólogo área de la salud en dos cargos, ya que una es de nivel jerárquico táctico y la otra es de nivel operativo, por lo tanto quedaron 2 cargos descritos debido a que las funciones que ejecutan las tecnólogas son diferentes.
- Para los demás cargos se adicionaron funciones nuevas que se venían ejecutando por los últimos cambios que se han presentado en la organización. Igualmente, se actualizaron funciones que ejercen los colaboradores en cumplimiento de la normatividad legal vigente y otras que desempeñaban pero no estaban descritas en el manual.
- Al manual de funciones de cada uno de los cargos fueron adicionados los campos de: Número de cargos, cargo/s suplentes en caso de ausencia, procesos en los cuales responde y participa, equivalencia, requisitos especiales, responsabilidad directa e indirecta y responsabilidad con el sistema de gestión.
- Finalmente las funciones se documentaron en un manual siguiendo las directrices establecidas en la nueva guía de elaboración de documentos propuesta en el presente proyecto, definiendo el objetivo, alcance, los documentos asociados al manual y las definiciones de cada uno de los elementos que contiene la descripción de los cargos.

Otro aspecto importante a mencionar fueron las mejoras obtenidas como resultado de la actualización del manual de procedimientos y el manual de funciones:

- Se definieron funciones enmarcadas a la propuesta de valor de la Liga y en cumplimiento de la normatividad que rige en el sector salud.
- Disponer de un manual de funciones, responsabilidades y competencias completo y bien estructurado como herramienta clave del direccionamiento estratégico permitiendo orientar al personal en sus actividades diarias facilitando el proceso de inducción y reinducción en la Liga.
- Estandarizar los procedimientos asegurando que los colaboradores ejecuten sus actividades según como están escritos permitiendo disminuir tiempos en el proceso y evitando errores en los resultados.
- Brindar herramientas fundamentales de formación para futuras capacitaciones al personal.
- Eliminar las actividades repetitivas que fueron evidenciadas en las entrevistas que se realizaron al personal y reorganizar dichas actividades eficientemente generando un proceso más corto, sencillo y efectivo.
- Tener la documentación exigida por los entes de control que son solicitadas en las auditorias.
- Contemplar la normatividad vigente que rige en el sector salud en los procedimientos del Sistema de Información y Atención al usuario permitiendo al colaborador responsable poder realizar las actividades de la manera correcta.

5.8 Implementación de las Caracterizaciones de los subprocesos críticos

- **Someter a aprobación las matrices de caracterización de los subprocesos.** El día 14 de diciembre de 2018 se lleva a cabo la reunión con la Dirección Ejecutiva en la que se

somete a aprobación las matrices de caracterización de los subprocesos críticos Gestión del talento humano, Gestión de bienes y servicios, Gestión documental y Gestión del SIAU, indicando la importancia de estas matrices como base para la planificación a nivel táctico el sistema de gestión de calidad, identificando las características principales que componen cada subproceso. La directora aprueba satisfactoriamente las modificaciones y se procede a programar la fecha para socializar con el personal de la organización.

- **Socialización de las caracterizaciones de los subprocesos con el personal responsable.** Se socializaron las caracterizaciones al personal responsable de los subprocesos críticos, en este caso se socializa a la profesional administrativa las caracterizaciones referentes a los subprocesos de gestión de talento humano, gestión documental y gestión de bienes y servicios, de igual manera se socializó la caracterización del proceso de Gestión del SIAU a la profesional de enfermería. Se les indicó la importancia que tiene documentar los procesos a través de las matrices de caracterizaciones clasificando sus actividades en el ciclo PHVA y dar paso a la planificación del sistema de gestión de calidad y generar una cultura de mejoramiento continuo. También se les indica que las caracterizaciones se realizaron siguiendo los requisitos mínimos que establece la NTC ISO 9001:2015.
- **Seguimiento a los subprocesos críticos.** En esta etapa se realiza seguimiento al personal a cargo de los subprocesos críticos, verificando la ejecución de las actividades en el orden establecido en las matrices de caracterización de los subprocesos.

5.8.1 Resultados de la implementación de las caracterizaciones. Las caracterizaciones de los subprocesos críticos se complementaron con las mejoras implementadas logrando quedar más completas y robustas que las caracterizaciones realizadas en el diagnóstico inicial.

Igualmente, se adicionaron los indicadores establecidos para los subprocesos de gestión del talento humano, gestión de bienes y servicios y gestión del SIAU.

También se incluyeron las normas vigentes que aplican a cada uno y la documentación asociada respectiva.

Igualmente quedan para la organización las matrices de caracterizaciones de los demás subprocesos que se realizaron para el diagnóstico del presente proyecto.

Las caracterizaciones de los subprocesos establecidas permiten avanzar en el proceso de planificación de los procesos necesarios para avanzar en el sistema de gestión de calidad.

5.9 Implementación de un sistema de indicadores para los subprocesos críticos

- **Someter a aprobación los indicadores de gestión.** Se realizó una reunión con la Directora Ejecutiva, profesional de enfermería y profesional administrativa en la que se somete a aprobación los indicadores de gestión propuestos para los subprocesos críticos. Se les indicó la importancia de establecer indicadores para los procesos en los cuales se habían evidenciado problemas y se aprueba la macro de los indicadores.
- **Socialización y seguimiento de la herramienta del sistema de indicadores de gestión al personal responsable.** Se realizó una capacitación sobre la macro en Excel a los responsables indicando la manera en que se deben digitar los datos y el uso adecuado de la herramienta. Igualmente, de manera periódica se alimentaron los siguientes indicadores con la información reunida:
 - ✓ Índice de rotación del personal
 - ✓ Nivel del cumplimiento del programa de bienestar laboral
 - ✓ Competencias evaluación de desempeño

- ✓ Cumplimiento en la atención a PQRSF
- ✓ Nivel de satisfacción del usuario
- ✓ Porcentaje de recomendación del usuario
- ✓ Cumplimiento de encuestas de satisfacción al usuario
- ✓ Nivel de competencia de proveedores

5.9.1 Resultados de la implementación de los indicadores

- **Implementación y análisis de los indicadores**

Se realizó la medición de los indicadores con información almacenada del año 2018 y según la periodicidad establecida para cada uno de ellos. Cabe aclarar que el indicador referente a la prueba de desempeño por competencias queda listo para que sea medido el siguiente año debido a que no se ha terminado de evaluar al personal.

Gestión del Talento Humano:

- ✓ Indicador Índice de Rotación de Personal.

Este indicador hace referencia al flujo de entradas y salidas de los colaboradores en la organización, es decir, este índice está determinado por el número de colaboradores que se vinculan y salen en relación con la cantidad total promedio de personal en la organización en un periodo de tiempo, en este caso el indicador tiene una periodicidad de medición mensual como se observa en la figura 36.

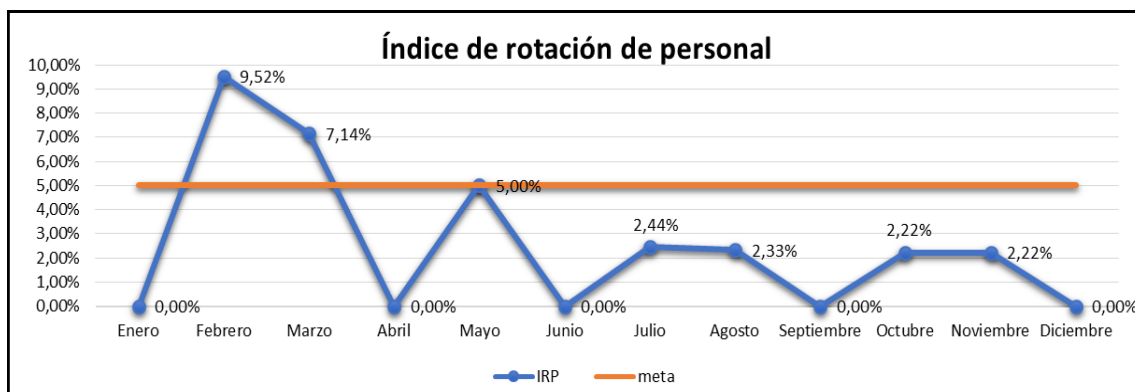


Figura 36. Comportamiento del indicador índice de Rotación de Personal en el año 2018

Como se observa, febrero y marzo son los meses en que se presenta una alta rotación de personal con un IRP de 9,52% y 7,14% respectivamente, quedando por fuera de la meta señalada que debería ser por debajo del 5%. Dichos retiros, ya sean voluntarios e involuntarios presentan un alto costo de reclutamiento, selección y capacitación que no se pueden eliminar pero si es posible tomar medidas para la retención del personal especialmente a aquellos que tengan un alto nivel de desempeño y con los que la organización quiere continuar. También es importante realizar las entrevistas de retiro de personal donde se podrá recolectar información valiosa para conocer las razones por la que el colaborador renunció y tomar medidas que ayuden a minimizar este índice de rotación.

✓ Nivel de cumplimiento del programa de bienestar laboral

Este indicador tiene como objetivo medir el cumplimiento de las actividades que se planearon en el Programa de Bienestar Laboral.

Esta medición se viene realizando desde el mes de febrero, mes en el que se implementó el Programa con la propuesta de mejoramiento. Su comportamiento en el cumplimiento de las actividades puede observarse en la siguiente gráfica.

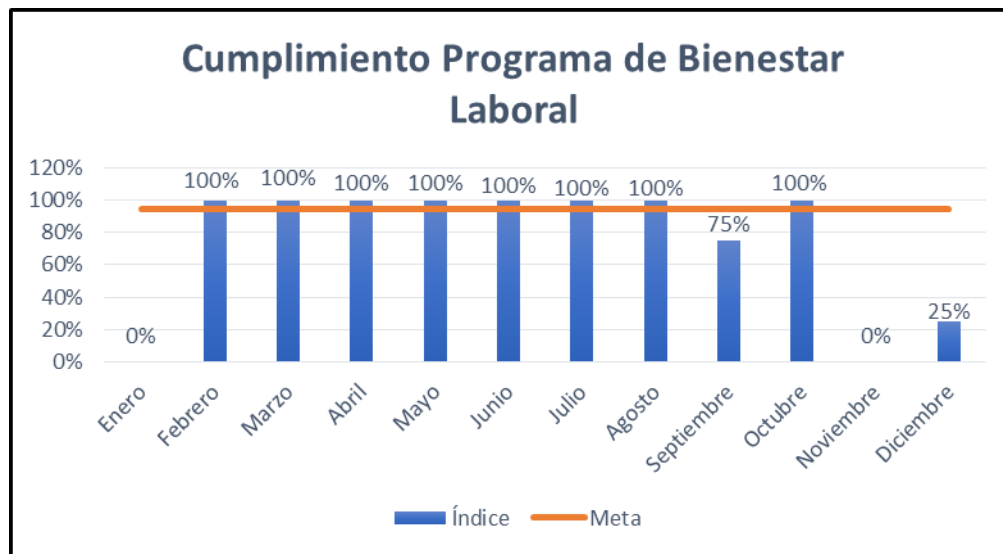


Figura 37. Comportamiento del indicador Cumplimiento Programa de Bienestar Laboral

Como se observa en la figura 37, en los meses de septiembre, noviembre y diciembre no fue posible cumplir con la meta propuesta del 95% de actividades ejecutadas. Diferentes factores como la no disponibilidad de los colaboradores debido al desarrollo de otras actividades asistenciales ya programadas en la organización influyeron para que no se realizaran algunas actividades planteadas quedando aplazadas para el siguiente año.

Este programa implementado como propuesta de mejoramiento para fortalecer la cultura de servicio en la organización, debido a la buena aceptación por los colaboradores y satisfacción en las diferentes actividades desarrolladas se seguirá implementado en los siguientes años con el fin de seguir fortaleciendo la cultura en el servicio de atención al cliente como propósito de la organización y en cumplimiento a los valores organizacionales. Por tanto, se continuará la medición de este indicador para conocer el cumplimiento de las actividades que se programen en adelante.

✓ Indicador Cumplimiento en la atención a PQRSF

El presente indicador tiene como objetivo medir el cumplimiento en las respuestas oportunas a las PQRSF recepcionadas en la organización. Como se muestra en la figura 38, del total de PQRSF recibidas, el 100% fueron respondidas oportunamente, lo que corresponde al total de las 13 PQRSF recibidas en la Liga durante el año 2018. En los meses de enero, abril, mayo y noviembre no se recibió ningún tipo de PQRSF. Estos resultados representan la responsabilidad y compromiso por parte de la líder del proceso de Gestión de SIAU, al momento de atender y dar respuesta a las solicitudes de los usuarios dentro de los términos establecidos por la ley.

También, la organización está más pendiente sobre los resultados de satisfacción al cliente gracias a la sistematización de las encuestas y se ha logrado actuar a tiempo una vez se vea afectada la calidad en la atención.

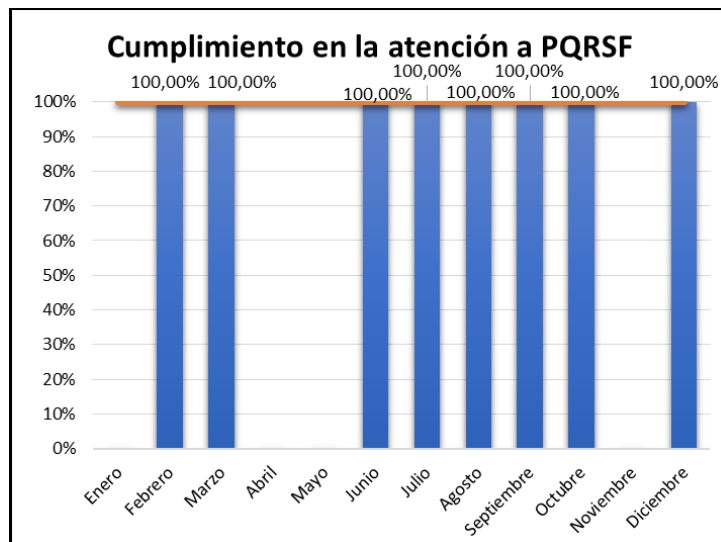


Figura 38. Cumplimiento en la atención a PQRSF

✓ Indicador Nivel de Satisfacción al Usuario

El objetivo del indicador como su nombre lo dice es medir el nivel de satisfacción del usuario. La satisfacción del usuario según el procedimiento establecido por la organización está clasificada en las siguientes escalas:

-Nivel de complacencia: 100%-91%

-Nivel de satisfacción: 90%-70%

-Nivel de insatisfacción: $\leq 69\%$

Este indicador fue medido con una periodicidad mensual desde el mes de septiembre del 2018, mes en el que se sistematizó la encuesta de satisfacción al usuario permitiendo obtener los resultados eficientemente. Del total de 1045 encuestas realizadas por los usuarios de septiembre a diciembre del 2018, en promedio el 96,50% se encuentran en un nivel de complacencia por los servicios prestados dentro de la organización pues se encuentran dentro del rango del 91% al 100% de satisfacción.

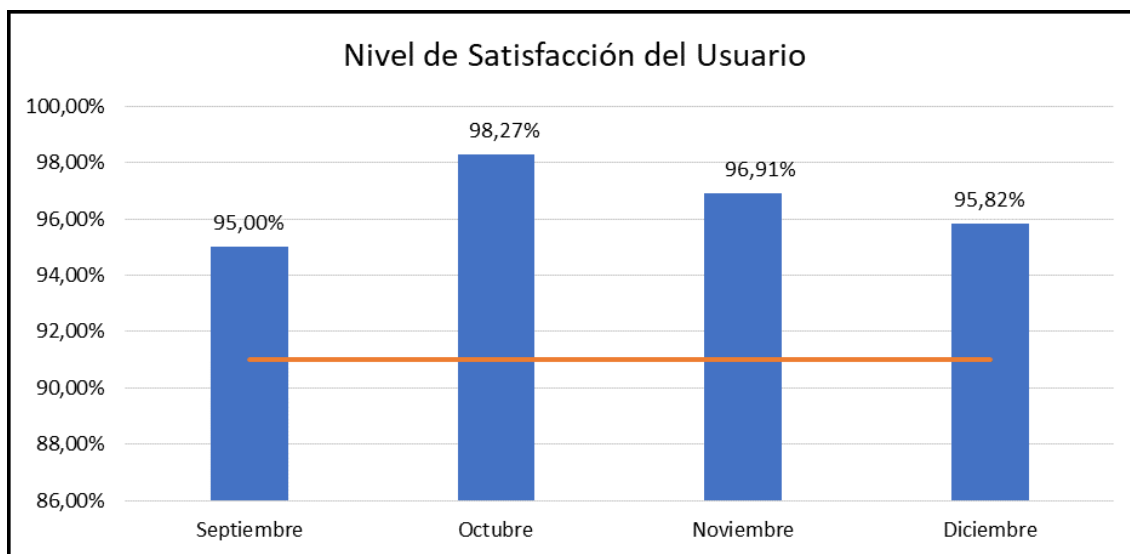


Figura 39. Nivel de satisfacción al usuario

Aunque los resultados de las encuestas de satisfacción arrojan un nivel de satisfacción satisfactorio como el nivel de complacencia, se deben tomar acciones de mejora que permitan subir el nivel de satisfacción analizando la herramienta Excel que muestra los resultados por cada pregunta realizada, enfatizando principalmente en las preguntas que los usuarios califican de forma negativa.

✓ Indicador Porcentaje de recomendación del usuario

El porcentaje de recomendación al usuario hace referencia a dos preguntas que se realizan en las encuestas de satisfacción:

1. ¿Recomendaría nuestros servicios a sus familiares y amigos?
2. ¿volvería a utilizar nuestros servicios?

Este indicador es importante medirlo ya que cualquier mala atención que se preste al paciente, afecta directamente la satisfacción y recomendación que hace el usuario a través de la encuesta, así como también la imagen de la Liga en el mercado.

En la figura 40 se evidencia claramente el aumento de la recomendación del paciente por cada mes. En el mes de septiembre se presenta el menor porcentaje de recomendación con un 99,4% aproximadamente.

Este indicador facilita el reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud según el decreto 0256 de 2016.

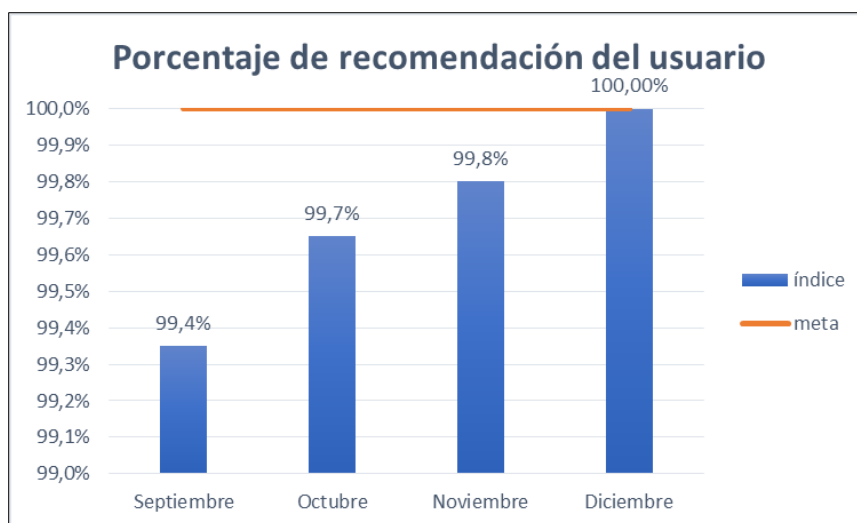


Figura 40. Porcentaje de recomendación del usuario

✓ Cumplimiento de encuestas de satisfacción al usuario

El objetivo de este indicador es medir el cumplimiento de la cantidad de encuestas a realizar por cada uno de los servicios de acuerdo con los resultados generados a través de la metodología de muestreo probabilístico estratificado. El indicador fue medido con una periodicidad mensual desde el mes de septiembre a diciembre como se muestra en la gráfica 41. Como mínimo se deben realizar la cantidad de encuestas establecidas por medio de la metodología.

Encuestas realizadas en cada servicio por mes									
	Dermatología	Ginecología	Mama	Especializada	Gastroenterología	Urología	M. Interna	Ecografías	Citologías
No. De encuestas programadas por mes	52	33	19	17	6	7	3	18	151
Septiembre	53	33	20	12	5	9	3	19	95
Octubre	46	32	17	18	5	10	4	17	152
Noviembre	54	37	23	16	6	15	4	23	55
Diciembre	44	33	19	10	6	7	3	18	122

Figura 41. Encuestas programadas vs encuestas realizadas por mes

De acuerdo con la gráfica de la figura 42 se puede evidenciar que los servicios de urología y medicina interna sobrepasan notoriamente la cantidad de encuestas mínimas requeridas en los cuatro meses, a comparación del servicio de citologías que solamente cumplió la meta en el mes de octubre, y en los demás meses no lo logró. Esto se debe a la demanda que se tiene en dichos servicios, ya que citología debe encuestar a 151 personas al mes, urología a 7 y medicina interna a 3.

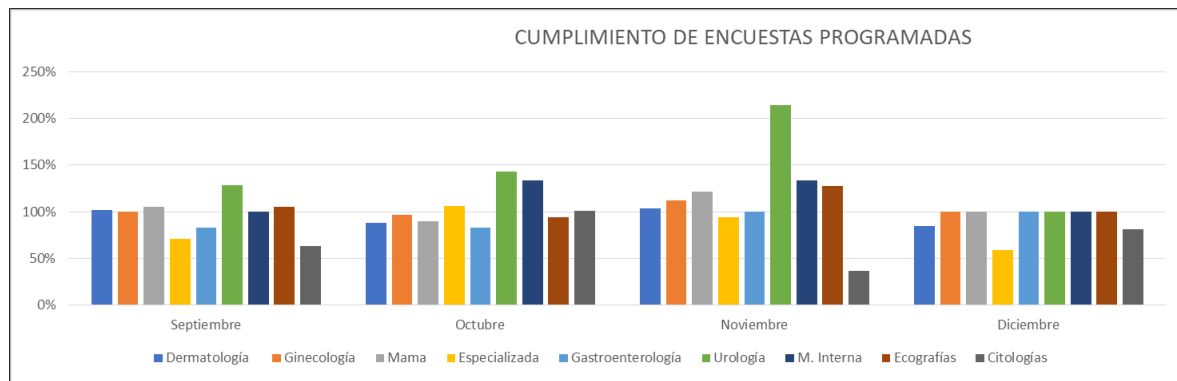


Figura 42. Cumplimiento de encuestas programadas de satisfacción al usuario

- Porcentaje de nivel de competencia de proveedores

Este indicador tiene como objetivo medir los criterios establecidos para la gestión de proveedores de la organización, que gracias a la implementación del modelo para la gestión de los proveedores se logra medir este indicador, en el que se evaluaron a 5 proveedores considerados críticos para la organización. Al comparar los resultados obtenidos de la evaluación de desempeño de los proveedores se evidencia que el nivel de competencia según los resultados del indicador es de un 60%, es decir, de los 5 proveedores evaluados tan solo 3 obtuvieron un desempeño notable que es el ideal para seguir manteniendo una relación cliente - proveedor.

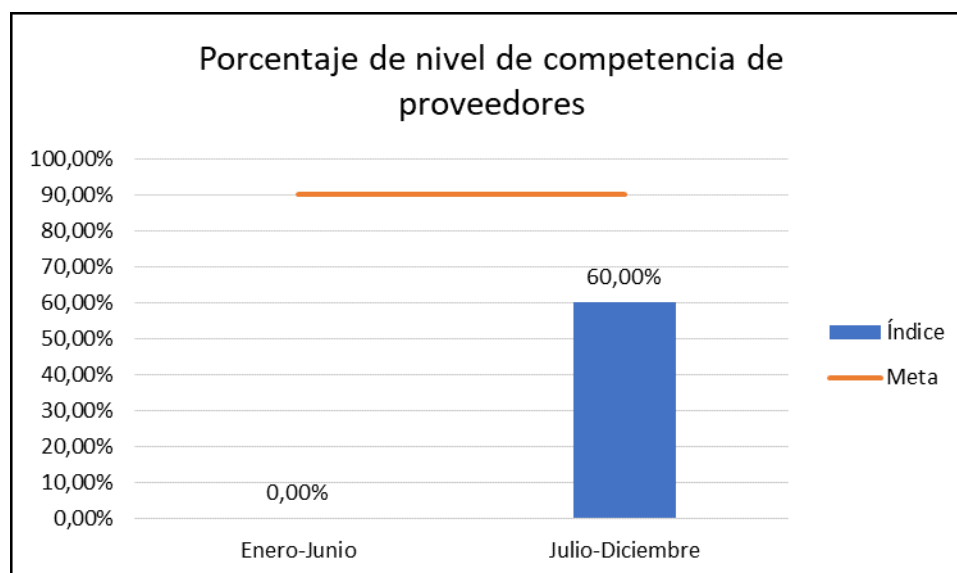


Figura 43. Porcentaje de nivel de competencia de proveedores

5.10 Evaluación final del nivel de madurez según NTC-ISO 9004:2009

Se evalúa nuevamente el nivel de madurez de la Organización aplicando la herramienta de evaluación de elementos detallados que proporciona la Norma NTC-ISO 9004:2009 con el fin de mostrar el impacto de las propuestas implementadas principalmente en los capítulos que se definieron como críticos en la evaluación inicial.

Tabla 27.

Calificación final de la evaluación NTC-ISO 9004:2009

Capítulo	Elementos detallados	Dirección ejecutiva	Prof. Adm.	Prof. de enf.	Promedio
CAP.4	Gestión para el éxito sostenido de una organización	2,25	2,50	4,25	3,00
CAP.5	Estrategia y política	2,50	3,50	2,75	2,92
CAP.6	Gestión de los recursos	1,88	2,88	2,88	2,54
CAP.7	Gestión de los procesos	2,33	2,33	3,33	2,67
CAP.8	Seguimiento, medición , análisis y revisión	2,56	2,44	2,33	2,44
CAP.9	Mejora, innovación y aprendizaje	2,25	2,00	3,00	2,42

En la figura 44 se evidencia efectivamente que la organización tuvo un incremento representativo en los elementos de: mejora, innovación y aprendizaje; gestión de los procesos y seguimiento, medición, análisis y revisión.

Se obtiene un nivel de madurez de 2,66 es decir, aumentó su nivel en un 14,9% con respecto al nivel de madurez anterior. Esto quiere decir que la Liga está más cerca al nivel 3 denominado “Satisfactorio” lo cual quiere decir que la Organización comienza a tener en cuenta la eficiencia de los procesos y crear una cultura empresarial basada en los principios fundamentales de la Norma ISO 9001.

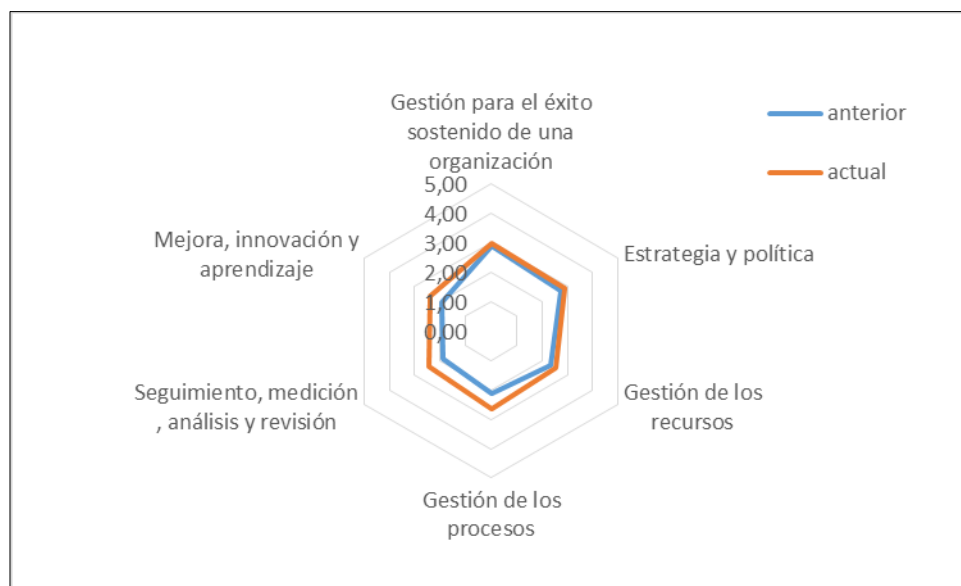


Figura 44. Resultados de la evaluación antes y después

6. Conclusiones

El diagnóstico desarrollado a partir de las herramientas propias del análisis de los procesos tales como matrices de caracterización, diagramas causa-efecto, auditorías y metodologías de priorización fueron de gran utilidad en este trabajo de grado para lograr identificar los procesos críticos que ameritaban su intervención.

Los manuales de procedimientos y funciones desarrollados en el presente proyecto permitieron clarificar las actividades de los miembros de la Liga Santandereana Contra el Cáncer y ayudaron a la estandarización de los procesos con la eliminación de actividades repetitivas y disminución de tiempos, garantizando que la prestación del servicio sea de una forma más eficiente y efectiva en el cumplimiento de la propuesta de valor organizacional.

El proyecto aporta un sistema que permite hacer seguimiento a los resultados de cada servicio en tiempo real y llevar a cabo acciones de mejora para aquellos que afectan la calidad en el servicio, asegurando un rendimiento eficiente en el desarrollo de las actividades requeridas para el cumplimiento de los objetivos de la organización.

El sistema de indicadores propuesto permite mostrar la utilidad que tiene éste como una herramienta para el mejoramiento continuo de la Organización, asegurando llevar un control para la medición y evaluación del desempeño de los procesos, con el fin de verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos, identificar su estado actual y establecer acciones de mejora a partir de sus resultados.

La autoevaluación fundamentada en la Norma NTC-ISO 9004:2009 que se hizo posteriormente al proyecto, permitió efectivamente evidenciar el impacto de las mejoras implementadas con el aumento de nivel en los elementos de: seguimiento, medición, análisis y

revisión; mejora, innovación y aprendizaje; y gestión de los procesos, que con la intervención en dichos elementos se logra elevar el nivel de madurez de la organización frente al sistema de gestión de calidad.

Esta presente práctica empresarial realizada en la Liga Santandereana Contra el Cáncer, ha contribuido a hacer el cierre de la formación como Ingeniera Industrial, logrando aplicar herramientas aprendidas durante la carrera a la realidad empresarial en el sector salud, con el fin de mejorar los procesos de apoyo de acuerdo con los lineamientos establecidos por la dirección de la organización y en cumplimiento de la legislación que la regula.

7. Recomendaciones

Se propone que la organización, una vez terminada la adecuación del área de almacén y teniendo en cuenta los procedimientos documentados en el presente proyecto, aplique nuevamente la lista de chequeo de almacenamiento y acondicionamiento de dispositivos médicos según la resolución 4002 de 2007 para medir el nivel de cumplimiento y seguir ejecutando las actividades necesarias hasta cumplir la totalidad de los requisitos de la norma.

Es necesario en la página web incluir un módulo de inscripción de proveedores para fortalecer la gestión de la adquisición de bienes y servicios y facilitar el proceso de selección, obteniendo un registro suficiente de proveedores y de propuestas de productos y/o servicios. Igualmente, se recomienda incluir en la página web un módulo de inscripción de hojas de vida como otra fuente para el reclutamiento de postulantes como miembros de la LSCC.

Es importante que la Liga Santandereana Contra el Cáncer continúe desarrollando actividades de bienestar laboral para fortalecer una cultura de servicio y calidad en esta organización, lo cual es muy importante para el cumplimiento de la misión y generar un impacto positivo en la calidad de vida de la comunidad.

Debido a la dinámica de la Liga Santandereana Contra el Cáncer y el crecimiento continuo en el mercado es necesario que la organización continúe trabajando por realizar los ajustes pertinentes a los cambios que se presenten, por tanto, se recomienda que la organización dé continuidad a este proyecto dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua con el objetivo de avanzar en el proceso de certificación y acreditación del sistema de calidad.

Referencias Bibliográficas

Alteco consultores. (2018). Administración Pública. Obtenido de <https://www.aiteco.com/lo-que-no-se-mide/>

Anaya Hernández. (2016). Mejoramiento y estandarización del proceso facturación – cartera de la Fundación Cardiovascular de Colombia (tesis de pregrado). Universidad Industrial de Santander, Colombia.

Añez, L. L. (16 de Marzo de 2017). El drama de las IPS afecta al sistema colombiano de salud. Portafolio.

Chiapas, gobierno del estado. (abril de 2011). Guia para la formulación de los manuales de procedimientos administrativos. Obtenido de http://www.isstech.gob.mx/portal/pdf/marcoJuridico/Guia_para_Formular_Manuales_de_Procedimientos_Administrativos.pdf

Chiavenato, I. (2008). Gestión del Talento Humano. Mexico: Mc Graw Hill.

Congreso de Colombia. (2000). Ley 594 de 2000. Bogotá, D.C.

DANE. (s.f.). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/planificacion/fortalecimiento/cuadernillo/Guia_construccion_interpretacion_indicadores.pdf

Delgado, H. C. (2011). Desarrollo de una cultura de calidad (cuarta edición). México : Mc Graw Hill .

Dinero. (27 de Enero de 2018). Revista Dinero. Obtenido de <http://www.dinero.com/pais/articulo/el-sistema-de-salud-ideal-para-un-pais/254660>

ESE Hospital regional de Duitama. (2016). Informe ejecutivo de control interno. Gestión, Duitama. Obtenido de <http://hrd.gov.co/informe-gestion-control-interno-2017/>

Función Pública. (Noviembre de 2015). Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión . Obtenido de [http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Guia Construcciony Analisis Indicadores Gestion V3_Noviembre2015/dd2a4557-5ca1-48e3-aa49 3e688aeabfb2](http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Guia+Construccion+y+Analisis+Indicadores+Gestion+V3_Noviembre2015/dd2a4557-5ca1-48e3-aa49-3e688aeabfb2)

Función pública. (abril de 2018). Obtenido de Función Pública: <http://www.funcionpublica.gov.co/guias>

Gómez, N. (junio de 2010). Calidad y gestion empresarial ISO 9001 e ISO 14001. Obtenido de Control de los registros segun ISO 9001:2008: <http://hederaconsultores.blogspot.com/2010/04/control-de-los-registros-segun-iso.html>

Harrington, H. J. (1996). Mejoramiento de los procesos de la empresa. Bogotá: Mc Graw Hill.

Herrera, M. F., & Osorio, J. C. (30 de junio de 2006). Modelo para la gestión de proveedores utilizando AHP difuso. Estudios Gerenciales, págs. 69-88.

Herrera, M. F., & Vinasco, M. A. (2008). modelo para la evaluacion del desempeño de los proveedores utiizando AHP . Ingeniería y Desarrollo, 43-58.

Hurtado, G. B. (2005). el proceso de analisis jerarquico (AHP) como herramienta para la toma de deciones en la seleccion de proveedores. Lima, Perú.

ICONTEC. (2015). Sistema de gestión de la calidad .

Instituto Nacional de Cancerología - ESE. (2015). Informe de Gestión. Gestión, Bogotá.
Recuperado el 2018, de http://www.cancer.gov.co/Rendicion_de_Cuentas_2015/Informe_Gesti%C3%B3n-2015..pdf

ISOTools Excellence Colombia. (11 de Octubre de 2016). ISOTools. Obtenido de <https://www.isotools.com.co/principios-del-modelo-estandar-control-interno-2014/>

Leebov, W. (1993). Manual de los administradores de salud para mejoramiento continuo.
Bogotá: Editora Guadalupe Ltda.

LSCC. (2017). Direccionamiento Estratégico LSCC. Bucaramanga.

LUZ. (s.f.). Luz- cursos de excel. Obtenido de <https://blog.luz.vc/es/Que-es/matriz-gut-gravedad%2C-urgencia-y-de-la-tendencia/>

Manual de procedimientos . (s.f.). Obtenido de <http://www.ingenieria.unam.mx/~guiaindustrial/disenio/info/6/1.htm>

Ministerio de Fomento. (2005). Evaluación del Nivel de Madurez. Sevilla. Obtenido de <https://www.fomento.gob.es/NR/rdonlyres/EE3EC520-6DF3-4A06-8646-C7B9F4ADF8DA/19358/VIA3.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2007). Manual de Requisitos de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento de Dispositivos Médicos,. Bogotá, D. C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 839 de 2017. Bogotá D.C.

Ortiz, L y Pérez L. (2015). Estrategias para el mejoramiento de la calidad del servicio al usuario en la IPS ASSALUD (tesis de pregrado). Universidad Industrial de Santander, Colombia.

Páez, M. (2013). Diagnóstico y análisis del nivel de madurez del Sistema de gestión de calidad de Universidad libre sede Candelaria con relación a la norma 9004-2009, anexo A para la mejora continua, (tesis de posgrado). Universidad Libre. Recuperado de <http://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9911/PROYECTO%20DE%20GRADO%20F.pdf?sequence=1>

Patiño, G. A., & Herrán, O. F. (2011). Desplazamiento forzado, niñez y adolescencia: escenarios en relacion con su estabilización socioeconómica. Rev. Salud pública, 58--68.

Pérez, E., & Rodriguez, J. (2014). Procedimiento para la aplicación de un modelo de madurez para la mejora de los procesos. ResearchGate, 1-12. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/A_procedure_for_Applying_a_Maturity_Model_to_Proce.pdf

Pública, D. A. (marzo de 2018). Función Pública Gestión Documental. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/gestion-documental>

Ramonet, J. (2004). Análisis y Diseño de procesos Empresariales. Obtenido de https://www.jramonet.com/sites/default/files/adjuntos/diagramas_flujo_jrf_v2013.pdf

Salud, M. d. (3 de Agosto de 1994). Decreto 1757 de 1994. Bogotá.

Sandoval Borrero. (2016). Habilitación de los servicios integrales de salud y desarrollo psicosocial brindados por la división de bienestar de la universidad industrial de Santander (tesis de pregrado). Universidad Industrial de Santander, Colombia.

Serrano, L., & Ortíz, N. (2012). Caracterizacion del nivel de desempeño en la gestion por procesos en ips-clinicas y hospitales de bucaramanga y AMB. Dyna, 1-9. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/28006/1/25928-137887-1-PB.pdf>

SLOCUM, H. J. (2009). Adminsitración, un enfoque basado en competencias. CENGAGE Learning .

Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Supersalud. Obtenido de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sistema-integrado-de-gestion/subsistema-de-gestion-documental>

Yáñez, M. (2010). Mejoramiento de los procesos de gestión administrativa con énfasis en el área de logística de Roche Ecuador S.A. (División Diagnostica), (tesis de pregrado). Escuela Politécnica del ejército, Sangolqui, Ecuador. Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/T-ESPE-027622.pdf>