

**ESTABLECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA DE UN SISTEMA DE
GESTION DE LA CALIDAD CONFORME A REQUISITOS DE LA NORMA
NTC GP 1000:2004 ENFOCADA A LA ACREDITACIÓN EN LA ESE
HOSPITAL CUMBAL**

**CARLOS ANDRES ORDOÑEZ SARASTY
JOSE EDILMO REVELO RIVERA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN ALTA GERENCIA – XIV PROMOCIÓN
SAN JUAN DE PASTO
2010**

**ESTABLECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA DE UN SISTEMA DE
GESTION DE LA CALIDAD CONFORME A REQUISITOS DE LA NORMA
NTC GP 1000:2004 ENFOCADA A LA ACREDITACIÓN EN LA ESE
HOSPITAL CUMBAL**

**CARLOS ANDRES ORDOÑEZ SARASTY
JOSE EDILMO REVELO RIVERA**

**Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título
de Especialista en Alta Gerencia**

**Asesor:
JULIO IGNACIO GARZON**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN ALTA GERENCIA – XIV PROMOCIÓN
SAN JUAN DE PASTO
2010**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo son responsabilidad exclusiva de sus autores”

Artículo 1 de Acuerdo N°324 de octubre 11 de 1966 emanada por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, 10 de mayo de 2010.

RESUMEN

El sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma NTC GP1000:2004, es una herramienta que le permite a la organización identificar las necesidades de sus clientes y asegurarse de que estas sean satisfechas y al mismo tiempo mejorar continuamente el desempeño de sus procesos.

La necesidad de estructurar un sistema de Gestión de la calidad en la ESE Hospital Cumbal, surge a partir de la búsqueda de la mejora de los procesos del Hospital para satisfacer las necesidades del mercado. Las herramientas que brinda la Norma NTC GP 1000:2004 son la alternativa adecuada, ya que enfocan la institución hacia el cliente y hacia los procesos y generan un reconocimiento a nivel nacional y regional como una empresa de calidad.

Para desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad en una empresa, se debe partir de la determinación de las necesidades y expectativas de los clientes, por esto, en este trabajo de grado se parte de una investigación de mercados que busca identificar las necesidades reales y expectativas de los clientes de ESE Hospital Cumbal. Después de tener identificados los requerimientos, se procedió a realizar un completo análisis de la situación actual de ESE Hospital Cumbal., esto con el fin de determinar los procesos y procedimientos con sus responsables, para establecer las posibles mejoras que pueden apoyar la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

Con los procedimientos identificados se procedió a continuar una de las etapas para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, que es establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso. Para esto se definieron indicadores de gestión a partir de las necesidades de los clientes identificadas a través de la investigación de mercados.

Teniendo toda la información documentada se procedió a la elaboración del manual de calidad, del manual de procedimientos y de los instructivos. Para complementar esta estructura del Sistema de Gestión de Calidad, se elaboró también el manual de cargos de la organización, con el fin de determinar específicamente las responsabilidades de los integrantes de ESE Hospital Cumbal con respecto al sistema y a la empresa.

Para finalizar, se realizó una evaluación económica de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad con el objetivo de evaluar la viabilidad del proyecto y su rentabilidad.

ABSTRACT

The system of quality management based on Standard NTC GP1000: 2004, is a tool that enables the organization to identify customer needs and ensure these are met while continuously improving the performance of their processes.

The need to structure a system of quality management in the ESE Hospital Cumbal, arises from the pursuit of improving hospital processes to meet market needs. The tools provided by the NTC GP Standard 1000:2004 are suitable alternative, since the institution focus on clients and to processes and generate a recognition nationally and regionally as a quality company.

To develop a Quality Management System in a company, is based on the evaluation of the needs and expectations of customers, so, in this paper grade is part of a marketing research aimed at identifying the real needs and expectations ESE customers Cumbal Hospital. After having identified the requirements, we proceeded to perform a full analysis of the current status of ESE Hospital Cumbal., This in order to determine the processes and procedures with those responsible, to determine possible improvements that can support continuous improvement of Quality Management System.

With the procedures identified proceeded to go a stage for the development of a Quality Management System, which is to establish methods for measuring the effectiveness and efficiency of each process. For this management indicators were defined from the customer needs identified through market research.

Given all the documented information we proceeded to the preparation of quality manual, procedures manual and instructive. To complement this structure of the Quality Management System was developed also the operating positions of the organization, in order to determine the specific responsibilities of each member of that hospital Cumbal with the system and the company.

Finally, we conducted an economic evaluation of the implementation of Quality Management System in order to assess the project's viability and profitability.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. TEMA DE INVESTIGACION	2
1.1 TEMA	2
2. PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	5
3. OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. JUSTIFICACIÓN	7
5. MARCO DE REFERENCIA.	9
5.1 MARCO TEÓRICO	9
5.2 MARCO CONCEPTUAL	9
5.2.1 Sistemas de gestión de calidad y norma NTC GP 1000:2004.	9
5.2.1.2 Elaboración del sistema de calidad	13
5.2.1.2 Enfoque de sistemas de gestión de calidad	14
5.2.2 Enfoque basado en procesos	15
5.2.2.1 Mapa de Procesos	16
5.2.2.2. Mejoramiento de Procesos	18
5.2.2.3 Reestructuración, transformación, y la Reinención de Procesos.	18
5.3. MARCO LEGAL	19
5.3.1 LEY 872 DE 2003 - (diciembre 30)	19
5.3.2 Decreto 4110 de 2004	23
5.3.3 Decreto 1011 de 2006	24
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
6.1 METODO DE INVESTIGACIÓN	27
7. FUENTES Y TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	28
7.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	28

7.1.1 Fuentes primarias	28
8. DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA ESE HOSPITAL CUMBAL	29
8.1 IDENTIFICACION DE LÍDERES DE PROCESO	29
8.2. DIAGNOSTICO SITUACIONAL ESE HOSPITAL CUMBAL	29
8.2.1 Historia ESE Hospital Cumbal	29
8.2.2 Análisis de Competencia	33
8.2.3. Elementos Estratégicos	35
8.2.3.1. Misión.	35
8.2.3.2. Visión.	35
8.2.3.3 Objetivos generales	35
8.2.3.4 Objetivos específicos	35
8.2.4 Servicios que presta la IPS Indígena del Gran Cumbal son:	36
8.2.5 Análisis del entorno	38
8.2.6. Matrices de evaluación.	40
8.2.6.1. Matriz de Evaluación Integrada del Entorno	40
8.2.6.2. Guía de análisis del microambiente externo	47
8.2.6.3. Guía de análisis del microambiente interno.	48
8.2.6.4. Matriz de evaluación de factores externos (MEFE).	50
8.2.6.5. Matriz de evaluación de factores internos (MEFI)	52
8.2.6.6. Matriz de perfil competitivo (MPC).	53
8.2.6.7. MATRIZ DOFA	55
8.3. PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL CUMBAL	58
8.4 PLANEACION ESTRATÉGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ESE HOSPITAL CUMBAL	58
8.4.1 Definir Misión	59
8.4.2 Definir Visión:	60
8.4.3. Política de Calidad:	61
8.4.3.1. Determinar las directrices de calidad.	62
8.4.3.2. Formular la política de calidad.	62
8.4.4. Definir objetivos de Calidad:	63
8.5. IDENTIFICAR LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGC	64
8.5.1. Procesos Estratégicos (o también denominados gerenciales):	64
8.5.2. Procesos Misionales (o también denominados procesos clave, de prestación del servicio, procesos esenciales):	64

8.5.3. Procesos de Apoyo (o también denominados procesos de soporte):	65
8.5.4. Procesos de evaluación, análisis y mejora:	65
8.5.5. Identificación de Procesos de la ESE Hospital Cumbal	65
8.6. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	66
8.6.1. Nombre del proceso	66
8.6.2. Objetivo del proceso	67
8.6.3. Alcance del proceso	67
8.6.4. Responsable o líder del proceso	67
8.6.5 Actividades del Proceso	67
8.6.6. Entradas al proceso	68
8.6.7. Proveedores del proceso.	68
8.6.8. Salidas del proceso.	69
8.6.9. Usuarios del proceso.	69
8.6.10. Recursos	70
8.6.11. Documentos asociados	70
8.6.12. Requisitos aplicables	71
8.6.13. Indicadores de gestión	71
8.6.14. Riesgos asociados al Proceso.	72
8.7. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	72
8.7.1. Estructura documental.	72
8.7.2. Política y Objetivos de calidad	74
8.7.3. Manual de Calidad	74
8.7.3.1. Contenido y documentación del Manual de calidad	74
8.7.4. Manual de Procedimientos	75
8.7.4.1. Contenido de los procedimientos	75
8.7.4.2. Pasos para el desarrollo de un procedimiento	77
8.7.4.3. Procedimientos documentados exigidos por la NTC-GP 1000:2004	77
8.7.5. Instructivos	78
8.7.6. Formatos	79
8.7.7. Registros	79
8.7.7.1. Importancia de los registros	81

8.7.7.2. Fundamentación y uso de los registros _____	82
8.7.8. Lanzamiento, aprobación, distribución, revisiones y modificaciones de los documentos _____	82
8.7.8.1. Lanzamiento _____	82
8.7.8.2. Aprobación _____	82
8.7.8.3. Distribución _____	82
8.7.8.4. Revisiones y modificaciones de documentos _____	83
8.7.8.5. Documentación Externa al SGC _____	83
8.7.9 Paralelo entre requisitos de la norma y los documentos requeridos en el Sistema de Gestión de la Calidad. _____	84
8.8. INDICADORES DE GESTIÓN _____	91
8.8.1. Definición de indicadores _____	92
8.8.1.1. Indicadores de Eficiencia _____	93
8.8.1.2. Indicadores de Eficacia _____	94
8.8.1.3. Indicadores de Efectividad _____	94
8.8.2. Otros Indicadores. _____	95
8.8.2.1. Gestión Ambiental. _____	95
8.8.2.2. Gestión del Talento Humano _____	95
8.9. ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	96
8.9.1. Seguimiento y medición _____	96
8.9.1.1. Requisitos de los Clientes, Usuarios o Beneficiarios _____	96
8.9.1.2. Medición y Seguimiento a los Procesos _____	98
8.9.1.3. Medición y Seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad _____	99
8.9.1.4. Medición y Seguimiento del producto y/o servicio _____	99
8.9.1.5. Auditorías Internas _____	100
8.9.2. Control del producto no conforme _____	101
8.9.3. Análisis de datos _____	102
5.4. Acciones de mejora _____	102
8.9.4.1. Acciones Correctivas _____	103
8.9.4.2. Acciones Preventivas _____	103
8.9.4.3 Mejora Continua _____	104
8.10. REVISIÓN GERENCIAL _____	105
8.10.1. Modelos para Implementar la Mejora Continua en la Gestión _____	106
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	108
9.1 CONCLUSIONES _____	108
9.2. RECOMENDACIONES _____	109

Tabla de Graficas

<i>Grafica 1: Pirámide de Documentación del Sistema de Gestión de Calidad</i>	13
<i>Grafica 2: Los requisitos de NTC GP 1000:2000</i>	14
<i>Grafica 3: Modelo del sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos</i>	16
<i>Grafica 4: Modelo de procesos de un Sistema de Gestión de Calidad</i>	65
<i>Grafica 5: Mapa de Procesos ESE Hospital Cumbal</i>	66
<i>Grafica 6: Documentación de un Sistema de Gestión de Calidad.</i>	71
<i>Grafica 7: Estructura documental</i>	72
<i>Grafica 8: Acción Correctiva y Preventiva</i>	103

Tabla de Tablas

Tabla 1: Registros requeridos por la norma NTC-GP 1000:2004 _____ 81

INTRODUCCION

La calidad se ha convertido en un estilo de gestión empresarial que estrechamente unido a los sistemas de información y a las nuevas técnicas de comunicación hace que conceptos tales como perfiles de patologías, mapas de control, control de la calidad, evaluación de la calidad y otros ya se estén utilizando de forma habitual en el que hacer de la gestión hospitalaria.

Es así como el sistema de gestión de calidad basado en la Norma Técnica Colombiana de Gestión Pública NTC GP1000:2004, se ha convertido en una herramienta que le permite a una organización identificar las necesidades de sus clientes asegurar su satisfacción y al mismo tiempo mejorar continuamente el desempeño de sus procesos.

La necesidad de estructurar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Cumbal surge a partir de la búsqueda de la mejora de los procesos, el aumento de la participación en el mercado, la reducción de los costos, la minimización de los riesgos y la mejora de la satisfacción de los clientes. Las herramientas que brinda la norma NTC GP1000:2004 son una alternativa adecuada ya que enfocan la organización hacia el cliente y los procesos; además su aplicación genera un reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional.

Para desarrollar un Sistema de calidad en la organización se debe partir por el análisis de los procesos y procedimientos internos y la determinación de las necesidades y expectativas de los clientes, así mismo se debe identificar los métodos que permiten medir la eficacia y eficiencia en la empresa a través de la definición de los indicadores de gestión.

Por esto realizaremos en nuestro trabajo de grado una minuciosa investigación que permita identificar estos factores en miras de una futura aplicación que permita el mejoramiento de la prevención y promoción del servicio de salud y que nos permita realizar en la fase final la elaboración de un manual de calidad, un manual de procedimientos, de instructivos y de cargos, que estandarice y documente los procesos y procedimientos en busca de la calidad y la excelencia.

Estamos convencidos de que los procesos, técnicas y documentos son materias en las que se basa el trabajo para alcanzar la excelencia, pero si no se tiene en cuenta a las personas o cliente interno y externo ninguna medida o sistema que se adopte tiene alguna posibilidad de triunfar.

1. TEMA DE INVESTIGACION

Establecimiento de la estructura del sistema de gestión de calidad para la ESE Hospital Cumbal con base en la norma NTC GP1000:2004

1.1 TEMA

Sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Cumbal

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad muchas instituciones son calificadas por organismos externos para medir la calidad de los servicios que prestan; este es el caso de universidades, colegios, empresas, y no es la excepción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cual los Actores del SGSSS tienen que someterse a un proceso de calificación de sus servicios a través de la Acreditación en Salud.

El proceso de Acreditación, está definido como "un proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Los estándares que utiliza se consideran óptimos factibles y son preestablecidos y conocidos. Es realizado generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual se evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares".

Para poder evaluar la calidad del SGSSS debemos saber cómo se define el principio de Calidad en nuestro país; "El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia."

Este proceso de Acreditación está reglamentado en Colombia por la ley 100/93 y específicamente por el Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996, el cual habla del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social 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, Resolución 1445 de 2006 Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Con base en esta normatividad se describirán cuáles deben ser las ideas básicas que guíen un proceso de acreditación de las entidades prestadoras de servicios en salud en Colombia.

"La Calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Todos los sistemas de Garantía de Calidad deben abarcar tres perspectivas:

Estándares clínicos.

Desempeño de la gerencia.

Satisfacción del usuario.

Hoy en día el término competitividad es muy utilizado en las empresas, el cual nos hace pensar en la idea de "excelencia" que supone una continua orientación hacia el entorno y una actitud estratégica por parte de las organizaciones que buscan obtener características de eficiencia y eficacia.

La competitividad no es producto de una casualidad ni surge espontáneamente; se crea y se logra a través de un largo proceso de aprendizaje y negociación por grupos colectivos representativos que configuran la dinámica de conducta organizativa,

Una organización, cualquiera que sea la actividad que realiza, si desea mantener un nivel adecuado de competitividad a largo plazo, debe utilizar unos procedimientos de análisis y decisiones formales, encuadrados en el marco del proceso de "planificación estratégica". La función de dicho proceso es sistematizar y coordinar todos los esfuerzos de las unidades que integran la organización encaminados a maximizar la eficiencia global y alcanzar la calidad total

No es desconocido para todos que en muchas de las entidades dedicadas a la prevención y promoción de la salud los sistemas de gestión de calidad impulsados por el ministerio de la protección social o las entidades de control se limitan a cumplir por requisito más pensando en que todo esto trae un beneficio adicional o un valor agregado.

También podemos observar en el interior de las entidades la falta de compromiso de las personas las cuáles no se involucran en el cambio, las entidades de salud no buscan sistemas para mejorar su calidad en la atención, se limitan a implementar por obligación lo que el ministerio les proporciona y se lo hace por cumplir el mero requisito.

Además no se hace un adecuado análisis de la satisfacción actual ni de la gestión debido a la utilización de indicadores obsoletos y muchas veces

innecesarios. Muchos de las técnicas procesos y procedimientos no son socializados adecuadamente con los actores dando como consecuencia de improvisaciones frecuentes de las tareas. No se evalúa el crecimiento y reconocimiento ante las demás entidades

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo estructurar un sistema de gestión de calidad, para crear una ventaja competitiva sostenible en la ESE Hospital Cumbal sobre las otras Instituciones prestadoras de salud del Departamento de Nariño?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Estructurar el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma NTC GP1000:2004 enfocado a la acreditación en la ESE Hospital Cumbal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Planeación diagnóstica estratégica para la ESE Hospital Cumbal.
- Crear programas de capacitación de construcción e implementación de la Norma NTC GP 1000:2004.
- Elaborar la planeación estratégica de la ESE Hospital Cumbal
- Caracterización de los procesos de la ESE Hospital Cumbal bajo la Norma NTC GP1000:2004.
- Construcción del manual de Calidad.
- Construcción del manual de auditoría de calidad según MECI.

4. JUSTIFICACIÓN

Las normas ISO 9001:2008, la GP1000:2004, Sistema de Gestión de Calidad en Salud está siendo utilizado en instituciones prestadoras de salud de los sectores públicos y privados en muchos países y en la actualidad por entidades de Colombia. Su aplicación obedece a las demandas cada día más exigentes de los usuarios y a las expectativas de lograr el funcionamiento de sistemas de gestión de la calidad que permitan el uso transparente eficiente y eficaz de los recursos y bienes públicos.

La calidad total es una de las estrategia clave de la competitividad, es un concepto, una filosofía, un modelo de hacer negocios y está localizado hacia el cliente. No solo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es la mejoría permanente del aspecto organizacional, gerencial; tomando una empresa como una máquina gigantesca, donde cada trabajador, desde el gerente, hasta el funcionario del más bajo nivel jerárquico está comprometido con los objetivos empresariales.

Para que la calidad total se logre a plenitud, es necesario que se rescaten los valores morales básicos de la sociedad y es aquí, donde el empresario juega un papel fundamental, empezando por la educación previa de sus trabajadores para conseguir una población laboral más predispuesta, con mejor capacidad de asimilar los problemas de calidad, con mejor criterio para sugerir cambios en provecho de la calidad, con mejor capacidad de análisis y observación del proceso en la prestación del servicio para así poder enmendar errores.

En esta etapa de cambios, las empresas buscan elevar índices de productividad, lograr mayor eficiencia y brindar un servicio de calidad, lo que está obligando que los gerentes adopten modelos de administración participativa, tomando como base central al elemento humano, desarrollando el trabajo en equipo, para alcanzar la competitividad y responda de manera idónea la creciente demanda de productos de óptima calidad y de servicios a todo nivel, cada vez más eficiente, rápido y de mejor calidad.

Por otro lado es necesario tener en cuenta que las empresas de salud necesitan de una acreditación que es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual esta clase de empresas desarrollan un proceso continuo y sistemático de auto evaluación interna y externa que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas. A su vez, es un desafío para contribuir a la optimización de la prestación de un servicio vital para el desarrollo del país, en la medida en que cumpla factores fundamentales de la atención en salud como: relación costo-beneficio, accesibilidad, seguridad, soporte técnico, relación humana con los usuarios y sus familias, el equipo de salud y el compromiso de los directivos

Su objetivo, además de incentivar las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación.

Puede tener un alcance nacional, regional o local que mejore la relación con las partes interesadas, la relación con la población, con el personal entre otros.

Establecer un sistema de gestión de calidad acorde con las necesidades de la Ese Hospital Cumbal, le permitirá a la institución un crecimiento con valor agregado, un mayor desarrollo del recurso humano, mejoramiento continuo de los procesos y la tecnología además de la adecuación de la estructura orgánica al plan estratégico institucional.

Por otro lado alcanzar el objetivo más importante que es la satisfacción de los clientes, a través del conocimiento de las necesidades y el mejoramiento de los procesos que permitan alcanzar este objetivo

5. MARCO DE REFERENCIA.

5.1 MARCO TEÓRICO

Un sistema de gestión de la calidad es el conjunto de normas interrelacionadas de una empresa u organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes.

Entre dichos elementos, los principales son:

Estructura de la organización: responde al organigrama de los sistemas de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión. En ocasiones este organigrama de sistemas no corresponde al organigrama tradicional de una empresa.

Estructura de responsabilidades: implica a personas y departamentos. La forma más sencilla de explicitar las responsabilidades en calidad, es mediante un cuadro de doble entrada, donde mediante un eje se sitúan los diferentes departamentos y en el otro, las diversas funciones de la calidad.

Procedimientos: responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.

Procesos: responden a la sucesión completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.

Recursos: no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, deben estar definidos de forma estable y circunstancial.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

5.2.1 Sistemas de gestión de calidad y norma NTC GP 1000:2004.

La calidad se define como "la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se relacionan con su capacidad para satisfacer determinadas necesidades". Esto implica que se debe ser capaz de identificar los rasgos y características de productos y servicios que se relacionen con la calidad y que integren la base de su medición y control. La calidad total consiste de un conjunto de filosofías y sistemas de administración orientados al logro eficiente de los objetivos de la organización para garantizar la satisfacción del cliente e incrementar al máximo el valor ante los grupos con intereses en el negocio. La

calidad total se alcanza a través del mejoramiento continuo del sistema de calidad, que consta del sistema social, el sistema técnico y el sistema de administración. En consecuencia, se convierte en un modo de vida para hacer negocios en la organización entera.

Para el aseguramiento de la calidad, el control conlleva el significado de alguien o algo que limita una operación, proceso o persona; tiene los visos de una fuerza policíaca en el ámbito de la ingeniería industrial y con frecuencia provoca resentimientos. El Dr. Noriaki Kano señala que en Japón, control significa "todas las actividades necesarias para alcanzar objetivos en el largo plazo, de manera eficiente y económica. Control por lo tanto, es hacer lo que sea necesario para lograr lo que queremos hacer como organización". Un procedimiento de control apropiado se compone de cuatro etapas:

Planear, hacer lo que está planeado, verificar los resultados y luego aplicar cualquier acción correctiva que sea necesaria.¹

A diferencia del sistema policíaco del aseguramiento de la calidad, el sistema de calidad se concentra en documentar y mejorar el proceso mismo de producción, y no nada más en el resultado del mismo, incluyendo el principio de control continuo como parte del conjunto de filosofías dirigidas al logro eficiente de los objetivos de la organización. ISO 9000 constituye una norma para este tipo de sistema de calidad.²

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que, desde su publicación inicial en 1987, han obtenido una reputación global como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. Dado que los protocolos de ISO requieren que todas las normas sean revisadas al menos cada cinco años para determinar si deben mantenerse, revisarse o anularse, la versión de 1994 de las normas pertenecientes a la familia ISO 9000, fue revisada por el Comité Técnico ISO/TC 176, publicándose el 15 de diciembre del año 2000. La familia de Normas UNE-EN ISO 9000 del año 2000 está constituida por tres normas básicas, complementadas con un número reducido de otros documentos (guías, informes técnicos y especificaciones técnicas). Las tres normas básicas serán:

¹ VOEHL, Frank, JACKSON, Peter, ASHTON, David. ISO 9000: Guía de instrumentación. Bogotá: Mc Graw Hill, 1999. p.3.

² VOEHL, Frank, JACKSON, Peter, ASHTON, David. ISO 9000: Guía de instrumentación. Bogotá: Mc Graw Hill, 1999. p. 1-14.

- UNE-EN ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario
- NTC GP1000:2004: Sistemas de gestión de la calidad para entidades públicas. Requisitos
- UNE-EN ISO 9004: Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño.³

La norma ISO 9001, es un método de trabajo, que se considera tan bueno, que es el mejor para mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000, NTC GP 1000:2000, ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual.

La norma ISO 9001 y la NTC GP 1000, mejora los aspectos organizativos de una empresa, que es un grupo social formada por individuos que interaccionan. Sin calidad técnica no es posible producir en el competitivo mercado presente y una mala organización, genera un producto de deficiente calidad que no sigue las especificaciones de la dirección.

ISO 9001 principios de la norma de calidad Estos sencillos principios, se consideran básicos en cualquier empresa que quiera perdurar en el mercado, aunque no se quiera obtener la certificación. Los 8 principios básicos de la norma ISO 9001 y de gestión de la calidad son:

- Organización enfocada al cliente
- Liderazgo
- Participación de todo el personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque del sistema hacia la gestión
- La mejora continua
- Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones
- Relaciones mutuamente benéficas con los proveedores.⁴

Los cambios en las normas ISO Los cambios básicos son:

- Cuatro normas centrales
- Anulación de la ISO 9002 y 9003

³ JOAN BALLELL, Ruhí, disponible en Internet: jballell@lacaixa.infomail.es

⁴ Disponible en Internet: www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_2000_gestion_calidad.html

- Enfoque hacia la gestión de calidad, más allá del aseguramiento de la Calidad
- Par consistente con ISO 9004
- Basadas en los principios de gestión de la calidad
- Enfoque hacia procesos
- Compatibilidad con la ISO 14001
- Aumento de enfoque hacia el cliente
- Énfasis en el mejoramiento continuo
- Reducción de los requisitos de documentación

Haciendo énfasis en el nuevo enfoque que maneja la norma ISO 9000- 2000 se resaltan a continuación los puntos que quiere destacar al implantar un sistema de gestión de calidad.

- Enfoque hacia el cliente: Comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas.
- Liderazgo: Crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- Participación del personal: Las habilidades de todas y cada una de las personas son valiosas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en procesos: Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.⁵

Los requisitos de la norma ISO 9000:2000 son flexibles y algunos de ellos se pueden omitir dependiendo de las necesidades o características de cada organización.

Asegura la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente mediante el producto y el servicio suministrado, teniendo en cuenta las siguientes etapas:

- Determinar política y objetivos de calidad
- Determinar los procesos y sus controles
- Determinar las estrategias para conseguir los objetivos⁶

⁵ BAHAMON, Carolina, CAMACHO, Sandra. Anteproyecto de grado. Bogotá: 2001. p. 22

⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. Sistemas de Gestión de la Calidad: Requisitos. Bogotá: ICONTEC, 2000.

- Asignar los recursos estableciendo responsables y cronograma
- Determinar las acciones de mejora.

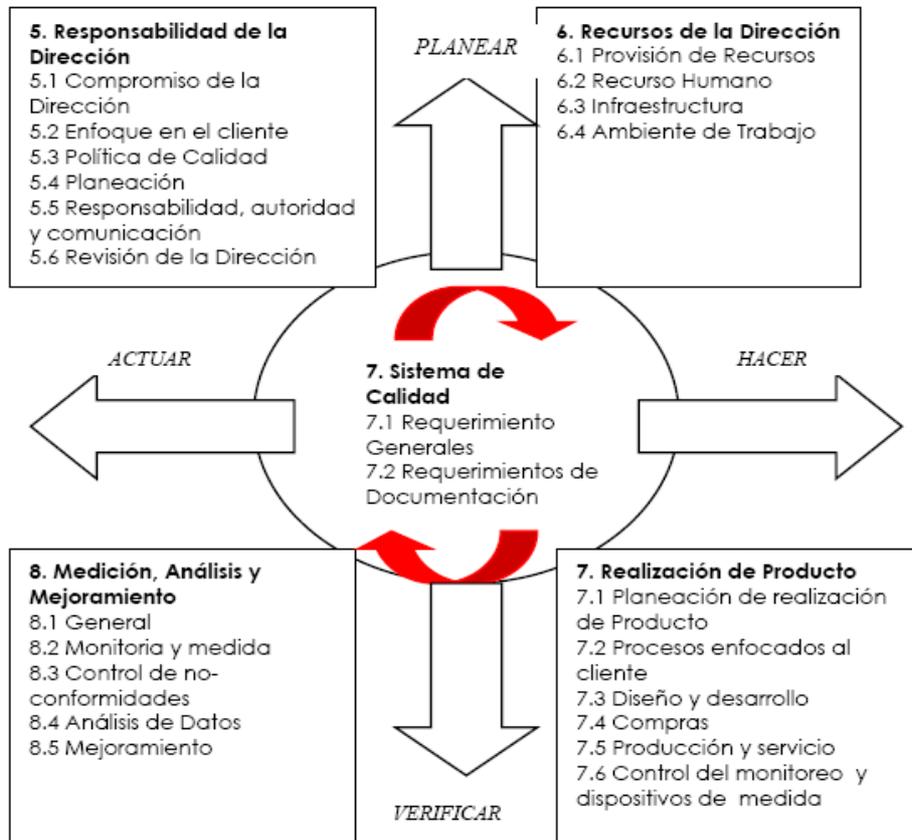
5.2.1.2 Elaboración del sistema de calidad. La parte más visible de un sistema de calidad es su documentación. En la Grafica 1. Pirámide de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, la documentación requerida está representada como cuatro niveles bien establecidos, siendo el más crítico el manual de procedimientos.

La afirmación de la política deberá redactarse al inicio del proyecto. El manual de calidad tiene como objetivo establecer una relación entre el sistema de calidad de la empresa y los requerimientos de la norma. La mayor parte del trabajo que se requiere surgirá a partir de la revisión. El nivel inferior de la documentación lo integran los registros que se llevan sobre la operación del sistema.⁷



Grafica 1: Pirámide de Documentación del Sistema de Gestión de Calidad⁶

⁷ VOEHL, Frank, JACKSON, Peter, ASHTON, David. ISO 9000: Guía de instrumentación. Bogotá: Mc Graw Hill, 1999. p. 73.



Grafica 2: Los requisitos de NTC GP 1000:2000⁸

5.2.1.2 Enfoque de sistemas de gestión de calidad. Un enfoque para desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad comprende diferentes etapas tales como:

- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas;
- Establecer la política y objetivos de calidad de la organización;
- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad;
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad;
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso;

⁸ Disponible en Internet: www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_2000_gestion_calidad.html

- Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso;
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas;
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

5.2.2 Enfoque basado en procesos. La importancia de enfocarse en los procesos ha sido uno de los principios claves de la calidad y cuyo concepto y práctica han estado presentes, sin lugar a dudas, en el movimiento de calidad desde los albores del siglo XX. Hoy se considera que la gerencia de procesos es una parte inherente al trabajo diario de las organizaciones.

El concepto de proceso, entendido en su forma más sencilla como un conjunto de actividades que toman unas entradas, le añaden valor y entregan unas salidas, fue desarrollado por varios pioneros que estudiaron ante todo la gestión industrial durante las primeras décadas del siglo pasado en los Estados Unidos.

En un proceso, las entradas que suministran los proveedores se transforman en salidas que requieren los clientes interactuando como conjunto sistémico ocho factores en tal transformación. Estos factores intervienen una y otra vez en cualquier tipo de proceso, se conocen como las 8 M's porque en inglés cada uno de estos factores se escribe con la letra M: Management, materials, methods, manpower, machines, environmental media, money, measurements.

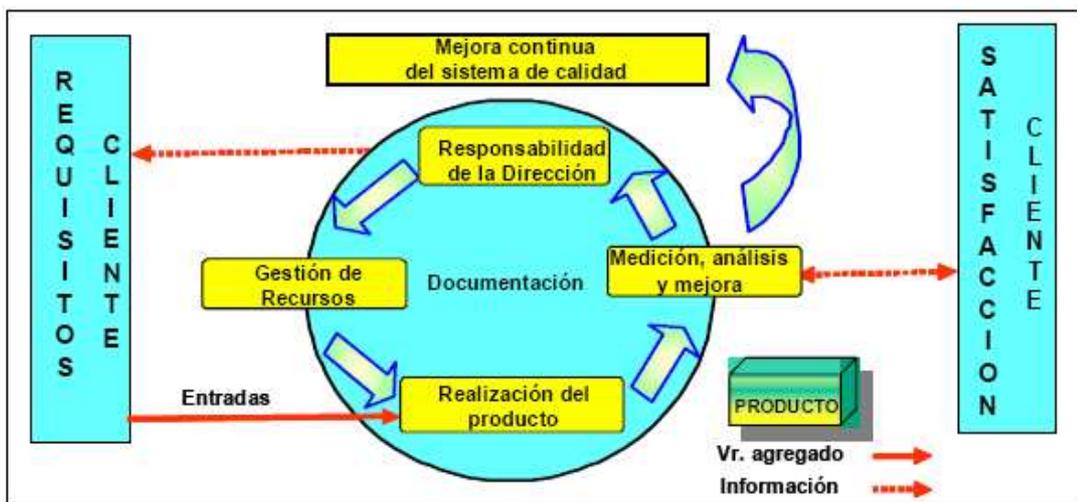
Por tanto, el foco de atención de la gerencia de procesos es entender las relaciones de los factores presentes en los procesos y determinar si las salidas de estos satisfacen sistemáticamente al cliente y sí en su conjunto siguen siendo competitivos a través del tiempo. En tal dinámica, es tan importante la gerencia para control como la gerencia para mejorar los procesos.⁹

Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados. A menudo la salida de un proceso firma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la

⁹ MARIÑO NAVARRETE, Hernando. Calidad: Lecciones aprendidas. Bogotá: Alfa Omega, 2002. p. 37.

organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en procesos".

La Grafica 4 ilustra el sistema de gestión de la calidad basado en procesos descrito en la familia de normas ISO 9000. Esta figura muestra que las partes interesadas juegan un papel significativo para proporcionar elementos de entrada en la organización. El seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas.



Grafica 3: Modelo del sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos¹⁰

5.2.2.1 Mapa de Procesos. La administración centrada en procesos implica tener claro el mapa de procesos desarrollados en una organización. Muchas veces este mapa no es claro porque durante mucho tiempo las personas en las organizaciones han estado atrapadas por el paradigma del organigrama, donde las líneas de responsabilidad, autoridad y relaciones entre las personas están dibujadas, pero no están establecidos ni dibujados los procesos.

El cambio de paradigma enseñado por las organizaciones de calidad consiste en trasladarse de la concentración típica de funciones de

¹⁰ ICONTEC. Normas Técnica Colombiana Sistemas de Gestión de la Calidad: Requisitos. Bogotá: ICONTEC, 2000.

personas, agrupadas en un departamento, a trabajar en la gerencia de un proceso que puede realizarse íntegramente en una misma unidad organizacional o que atraviesa fronteras departamentales e involucra en su realización a muchos o a todos los departamentos, ya que la mayoría del valor agregado al cliente se crea a través de procesos horizontales.

Los procesos son la arquitectura en la que está soportada una organización para entregar valor a sus clientes. Cualquier proceso tiene razón de ser en la medida que le agregue valor a los ojos de quien demanda el producto del mismo. Si un proceso no tiene usuarios, consumidores o clientes que utilicen las salidas entregadas por este, es un proceso cuya existencia no tiene sentido y debe desaparecer, ya que no agrega valor y no es necesario, son actividades y resultados muy costosos para cualquier organización.

Las fuentes primarias para identificar los procesos que se deben desarrollar en una organización son las declaraciones de misión y visión del futuro. De la misión surgen los procesos denominados misionales o procesos básicos en los que la organización debe trabajar, ya que en ella se indica, entre otros asuntos esenciales, quienes son los clientes a los que se ha decidido servir, con que productos y en qué mercados geográficos. Los procesos visionarios son los relacionados con lograr la visión del futuro, se trata de los factores críticos de éxito, competencias claves o necesidades de mejoramiento en que debe trabajar la organización a mediano o largo plazo y tales procesos no están esbozados necesariamente en la misión.

Se pueden entonces clasificar los procesos en tres grandes tipos: Procesos gerenciales, procesos operativos y procesos de soporte.

Los procesos gerenciales son procesos que se realizan para brindar dirección a toda la organización, establecer su estrategia corporativa y darle un carácter único. Estos procesos son responsabilidad de la alta gerencia y se ejecutan con su guía y liderazgo. Los demás procesos en una organización, son las actividades que realiza esta para agregar valor a lo que entrega a sus clientes, usuarios o consumidores, y cualquiera de ellas se puede clasificar en procesos operativos, llamados también procesos esenciales o primarios y en procesos de soporte o apoyo.

El mapa de procesos es el entendimiento común acerca de los procesos generales en los que trabaja una organización. El mapa puede hacerse analizando las interacciones del cliente con la organización o analizando

como se entregan los productos desde su diseño hasta que llega el bien a manos del consumidor ó se presta el servicio al cliente.¹¹

5.2.2.2. Mejoramiento de Procesos. Una de los principales conceptos que se utiliza en estos procesos de mejoramiento es el término Reingeniería, que es un término genérico dentro del cual se pueden ubicar el Mejoramiento de Procesos (objetivo básico de la norma ISO 9001: 2000) y en el cual se pueden integrar otros términos como:

5.2.2.3 Reestructuración, transformación, y la Reinención de Procesos. La Reingeniería de Procesos es una herramienta, orientada al mejoramiento de los procesos. Su adecuada aplicación, seguida de innovación y mejoramientos continuos, permitirá mantener a una organización competitiva, pero en ningún momento puede por sí sola ser la solución a los males, problemas o falencias de la organización. Y su aplicación no garantiza tampoco el éxito de la empresa.

En términos generales, la Reingeniería es una metodología apropiada para revisar y rediseñar procesos, así como para implementarlos.

Enfocándose en agregar valor a cada uno de los pasos de un proceso y eliminar aquellos que no den o no puedan dar ningún valor agregado, siendo muy apropiada para reducir costos, tiempos de procesos, mejorar el servicio y los productos, así como para mejorar la motivación y la participación del personal.¹²

Uno de los propósitos de la norma ISO 9001:2000, es asegurarse de que todos los procesos claves trabajen en armonía para maximizar la efectividad organizacional. La meta es alcanzar una ventaja competitiva a través de una mayor satisfacción del cliente.

La importancia del mejoramiento de procesos radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

A través de este, se puede ser más productivo y competitivo en el mercado al cual pertenece la organización. Por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse.

¹¹ MARIÑO NAVARRETE, Hernando. Calidad: Lecciones aprendidas. Bogotá: Alfaomega, 2002. p. 38.

¹² Ibid.

La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo.

5.3. MARCO LEGAL

5.3.1 LEY 872 DE 2003 - (diciembre 30)

Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Artículo 1º. Creación del sistema de gestión de la calidad. Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

Artículo 2º. Entidades y agentes obligados. El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, y de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarios del Estado.

Parágrafo 1º. La máxima autoridad de cada entidad pública tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad que se establezca de acuerdo con lo dispuesto en la presente ley. El incumplimiento de esta disposición será causal de mala conducta.

Parágrafo 2º. Las Asambleas y Concejos podrán disponer la obligatoriedad del desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades de la administración central y descentralizada de los departamentos y municipios.

Parágrafo transitorio. Las entidades obligadas a aplicar el Sistema de Gestión de la Calidad, contarán con un término máximo de cuatro (4) años a partir de la expedición de la reglamentación contemplada en el artículo 6 de la presente ley para llevar a cabo su desarrollo.

Artículo 3º. Características del Sistema. El Sistema se desarrollará de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización, y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Parágrafo. Este Sistema es complementario a los sistemas de control interno y de desarrollo administrativo establecidos por la Ley 489 de 1998.

El Sistema podrá integrarse al Sistema de Control Interno en cada uno de sus componentes definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, de acuerdo con las políticas adoptadas por el Presidente de la República.

Artículo 4º. Requisitos para su implementación. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, las entidades deben como mínimo:

- a) Identificar cuáles son sus usuarios, destinatarios o beneficiarios de los servicios que presta o de las funciones que cumple; los proveedores de insumos para su funcionamiento; y determinar claramente su estructura interna, sus empleados y principales funciones;
- b) Obtener información de los usuarios, destinatarios o beneficiarios acerca de las necesidades y expectativas relacionadas con la prestación de los servicios o cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad, y la calidad de los mismos;
- c) Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada, su secuencia e interacción, con base en criterios técnicos previamente definidos por el Sistema explícitamente en cada entidad;
- d) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control;
- e) Identificar y diseñar, con la participación de los servidores públicos que intervienen en cada uno de los procesos y actividades, los puntos de control

sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios o destinatarios, en las materias y funciones que le competen a cada entidad;

f) Documentar y describir de forma clara, completa y operativa, los procesos identificados en los literales anteriores, incluyendo todos los puntos de control. Solo se debe documentar aquello que contribuya a garantizar la calidad del servicio;

g) Ejecutar los procesos propios de cada entidad de acuerdo con los procedimientos documentados;

h) Realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos;

Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Parágrafo 1º. Este sistema tendrá como base fundamental el diseño de indicadores que permitan, como mínimo, medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales estarán a disposición de los usuarios o destinatarios y serán publicados de manera permanente en las páginas electrónicas de cada una de las entidades cuando cuenten con ellas.

Parágrafo 2º. Cuando una entidad contrate externamente alguno de los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de Calidad, deberá asegurar la existencia de control de calidad sobre tales procesos.

Artículo 5º. Funcionalidad. El sistema debe permitir:

a) Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios;

b) Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas;

c) Registrar de forma ordenada y precisa las estadísticas de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas adoptadas;

d) Facilitar control político y ciudadano a la calidad de la gestión de las entidades, garantizando el fácil acceso a la información relativa a los resultados del sistema;

e) Ajustar los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de la calidad.

Artículo 6°. Normalización de calidad en la gestión. En la reglamentación del sistema de gestión de la calidad el Gobierno Nacional expedirá, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, una norma técnica de calidad en la gestión pública en la que podrá tener en cuenta las normas técnicas internacionales existentes sobre la materia.

La norma técnica expedida por el Gobierno deberá contener como mínimo disposiciones relativas a:

1. Los requisitos que debe contener la documentación necesaria para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad, la cual incluye la definición de la política y objetivos de calidad, manuales de procedimientos y calidad necesarios para la eficaz planificación, operación y control de procesos, y los requisitos de información que maneje la entidad.

2. Los mínimos factores de calidad que deben cumplir las entidades en sus procesos de planeación y diseño.

3. Los controles de calidad mínimos que deben cumplirse en la gestión de Recursos Humanos y de infraestructura.

4. Los controles o principios de calidad mínimos que deben cumplirse en el desarrollo de la función o la prestación del servicio y en los procesos de comunicación y atención a usuarios destinatarios.

5. Las variables mínimas de calidad que deben medirse a través de los indicadores que establezca cada entidad, en cumplimiento del párrafo 1° del artículo 4° de esta ley.

6. Los requisitos mínimos que debe cumplir toda entidad en sus procesos de seguimiento y medición de la calidad del servicio y de sus resultados.

7. Los objetivos y principios de las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezcan cada entidad.

En ningún caso el decreto que expida la norma técnica podrá alterar ni desarrollar temas relativos a la estructura y funciones de la administración, al régimen de prestación de servicios públicos, al estatuto general de contratación de la administración pública, ni aspectos que pertenezcan a la competencia legislativa general del Congreso. Cada entidad definirá internamente las dependencias y funcionarios que de acuerdo con sus competencias deban desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad, sin que ello implique alteración de su estructura o tamaño.

Artículo 7º. Certificación de calidad. Una vez implementado el sistema y cuando la entidad considere pertinente podrá certificar su Sistema de Gestión de la Calidad con base en las normas internacionales de calidad.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional diseñará los estímulos y reconocimientos de carácter público a las entidades que hayan implementado su sistema de gestión de calidad y publicará periódicamente el listado de entidades que hayan cumplido con lo establecido en la presente ley.

Parágrafo 2º. Ninguna de las entidades de las diferentes Ramas del Poder Público podrá contratar con un organismo externo el proceso de certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, cuando exista una entidad gubernamental de orden nacional con experiencia en este tipo de procesos de certificación.

Artículo 8º. Apoyo estatal. Durante el desarrollo del sistema de gestión de calidad y su posterior certificación, la Escuela Superior de Administración Pública, ESAP, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, el Departamento Administrativo de la Función Pública y demás instituciones de orden distrital y nacional que dentro de su ordenamiento jurídico deban garantizar la eficiencia y el buen desarrollo de la función pública brindarán el apoyo a que hubiere lugar prestando el debido acompañamiento a las entidades que así lo solicite n.

Artículo 9º. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

5.3.2 Decreto 4110 de 2004:

Adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual deberá ser implementada dentro de las entidades obligadas en un plazo máximo de 4 años, contados a partir del 9 de diciembre de 2004, fecha en la cual se expidió el anterior Decreto.

Por lo tanto, con el objeto de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, es preciso que las entidades tengan en cuenta las siguientes directrices:

1. La implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, deberá estar a cargo de un funcionario de primer nivel, distinto al Jefe de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en cada una de las entidades, el cual tendrá a su cargo establecer los objetivos y procesos necesarios para lograr resultados de acuerdo a los requisitos del cliente y las políticas de la entidad. Para ello, será necesario un estudio minucioso de los

productos y servicios que genera la entidad, así como de los procesos y los servidores responsables de los mismos.

2. Para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Gestión de la Calidad, será necesario que se habiliten auditores internos dentro de la Entidad, los cuales deberán ser coordinados por la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces.

3. La Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá realizar evaluaciones, seguimiento y monitoreo permanente al grado de avance y desarrollo en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme al plan de acción previamente establecido por la misma.

4. Las entidades que ya tengan o estén en proceso de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en uno o varios procesos con base en las Normas Técnicas ISO 9001: 2000 podrán utilizar su Sistema de Gestión de la Calidad existente, para adaptarlo a los requerimientos de la NTCGP 1000:2004, conforme lo establece el numeral 1.3 de la citada norma. No obstante lo anterior, se debe tener en cuenta que conforme lo establece el artículo 1º de la Ley 872 de 2003, el Sistema de Gestión de la Calidad se debe implementar en todos los procesos de la entidad de manera integral.

5.3.3 Decreto 1011 de 2006:

TÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -

EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

PARÁGRAFO 1°.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 2o.- DEFINICIONES. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

PROFESIONAL INDEPENDIENTE. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 METODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se basa en primera instancia en el método inductivo porque se basa en la observación del comportamiento de la organización, el papel que desempeña la institución en el sector de la salud de la región, el diseño se caracteriza por la flexibilidad de opiniones mediante la lectura de artículos relacionados con el tema, mediante técnicas de recolección de información como la observación directa, realización de encuestas nos permitirá llegar a conclusiones generales que sirvan para la identificación de cursos de acción partiendo de una situación particular enfocado en el logro de la perspectiva de los actores involucrados por parte de la organización y de los investigadores. Como complemento y no menos importante se basará en el método deductivo que partiendo del conocimiento e identificación de situaciones particulares, enfoques administrativos buscaremos analizar, evaluar y alcanzar los objetivos propuestos y la incidencia de todas estas variables en el medio en el que se desenvuelve la ESE Hospital Cumbal.

7. FUENTES Y TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

7.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

7.1.1 Fuentes primarias. Para obtener un análisis preliminar de la situación utilizaremos las diferentes clases fuentes de información para el desarrollo del trabajo tales como:

La observación directa: tomando datos directamente de la población, mediante charlas y encuentros con los usuarios sin necesidad de cuestionarios, entrevistadores.

La encuesta: es un método descriptivo con el que se pueden detectar ideas, necesidades, preferencias, hábitos de uso, etc. Una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

Aplicaremos una encuesta a una muestra representativa (100 encuestas) a los usuarios de la ESE Hospital Cumbal con el ánimo de obtener resultados que luego puedan ser trasladados al conjunto de la población. Esta encuesta será aplicada a los clientes que hayan utilizado los servicios del hospital una vez hayan accedido a los servicios del la ESE.

8. DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA ESE HOSPITAL CUMBAL

8.1 IDENTIFICACION DE LÍDERES DE PROCESO

NOMBRE DE RESPONSABLES	CARGO
ALEX ARTEAGA	SUBGERENTE FINANCIERO ADMINISTRATIVO Y
VIVIANA APREZ	SUBGERENTE CIENTIFICA
JOSE REVELO	CONTADOR
HENRY IRUA	JEFE DE FACTURACION
MONICA TAPIE	JEFE DE FARMACIA
HOMERO FRAGA	JEFE DE ALMACEN
ALVARO GARCIA	JEFE DE PERSONAL
ROLANDO CHUQUIZAN	ARCHIVO Y ESTADISTICA
CLARA RUIZ	ATENCION AL USUARIO
ANA MEDINA	JEFE DE ENFERMERAS

8.2. DIAGNOSTICO SITUACIONAL ESE HOSPITAL CUMBAL

8.2.1 Historia ESE Hospital Cumbal. La Empresa Social del Estado “E.S.E Hospital Cumbal”, cuenta con el REGISTRO DE HABILITACIÓN HOSPITALARIA N° 5222700321 expedido el 20 de octubre de 2006. Por lo cual presta servicios de baja complejidad en atención en salud denominados así por la Ley 1122 de 2007, antes llamados (servicios de primer nivel).

La E.S.E. Hospital Cumbal, está localizada en el Municipio de Cumbal Departamento de Nariño, cuya población está concentrada en el área rural. Sus fuentes de actividad económica son la agricultura y la ganadería. El resto está diversificado en servicios del gobierno, transporte y comercio.

El principal órgano de administración de la E.S.E. Hospital Cumbal es la Junta Directiva, conformada por seis miembros: El Alcalde, Director Local de Salud del Municipio, un representante del personal asistencial de nomina del Hospital, un representante del área de la salud de la zona de influencia, un representante de la liga de usuarios en nombre de la comunidad y un representante de los gremios de producción, en caso de existir cámara de comercio en el municipio se realizará elección de un representante de los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria), los representantes de la Junta Directiva se eligen por periodos de tres años y los empleados públicos los cuales conformen esta junta de acuerdo a sus funciones, lo harán mientras ejerzan dicho cargo.

A nivel del municipio las entidades que prestan el servicio de salud son; I.P.S. INDÍGENA GRAN CUMBAL con sede en el casco urbano, IPS INDÍGENA DE CHILES con sede en el corregimiento de Chiles, E.S.E. HOSPITAL CUMBAL la cual cuenta con su sede principal en el casco urbano, 5 Centros de Salud y 6 Puestos atención en salud (satélites) que conforman la red hospitalaria. y la I.P.S. CUMBE SALUD la cual presta servicios de terapia ocupacional y fisioterapia.

La población, según las dos fuentes de información con las que cuenta el Municipio de Cumbal son, DANE 2005, 30.996 y Censo del Cabildo 2005, 35.035 habitantes, de los cuales 2.353 se encuentran sin ningún tipo de aseguramiento en salud, por tanto deben ser atendidos a través del régimen de población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda según la Ley 1122 del 2007 antes llamados (vinculados). El Gobierno Municipal tiene la autorización para manejar directamente los recursos del Sistema General de Participaciones (S.G.P.) de salud, destinados a cubrir el régimen de población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda en lo referente a los Servicios de Seguridad Social de Baja Complejidad (S.S.B.C).

Por otro lado, el resto de la población se encuentra asegurada bajo el régimen subsidiado (RS) y régimen contributivo (RC). El Gobierno Municipal recibe recaudos del SGP para atender sus competencias entre las cuales están, contratar las Empresas Promotoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) que se encargan de afiliar a la población (Sisben 1 y 2) y contratar los servicios de salud con las I.P.S. y la E.S.E de acuerdo a los servicios habilitados por cada una de ellas.

El Municipio de Cumbal a nivel de aseguramiento se encuentra así: población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda 2.353, Contributivo 1.018, Especiales 426, Subsidiados 31.238 de los cuales Mallamas E.P.S-I cuenta con 26. 431 afiliados, Asmet tiene 2.783 afiliados y Emssanar con 2.018 afiliados.

La E.S.E. Hospital Cumbal presta servicios de baja complejidad en atención en salud, entre los que encontramos consulta externa, urgencias, hospitalización, atención y apoyo a programas de salud pública, odontología, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, servicio farmacéutico, programas de prevención y promoción, traslado asistencial básico (ambulancias), fototerapia, monitorización fetal, Sala de Enfermedad Respiratoria Aguda, Sala de Yesos, Sala de Procedimientos, Sala de Reanimación, Sala de Septicos, se destaca los programas de atención materna y del recién nacido, por lo cual la institución logro en el 2004-2005 la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), e implementando las estrategias de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

La E.S.E. Hospital Cumbal esta presente a nivel de todo el Municipio de Cumbal, cuenta con 12 unidades de atención entre el hospital, centros y puestos de salud: el Hospital en el casco urbano, cinco centros de salud y seis puestos de salud, los cuales se encuentran habilitados e identificados con el sello de habilitación, sin embargo la nueva construcción en el Hospital la cual esta por terminar, hace que la atención sea en un solo lugar, para que el centro de salud de cumbal se traslade a las instalaciones del Hospital.

Las unidades de atención en salud ubicadas así:

- Hospital Cumbal; ubicado en el casco urbano del Municipio
- Centro de salud de Servicios Ambulatorios; ubicado en el casco urbano del Municipio
- Centro de Salud Chiles; ubicado en el polideportivo central del corregimiento de Chiles.
- Centro de Salud Panan; ubicado en la calle principal, vereda Palmar, corregimiento de Panan.
- Centro de Salud Tiuquer etc etc etc
- Centro de Salud Mayasquer.
- Puesto de Salud Laurel.
- Puesto de Salud Cuetial.
- Puesto de Salud Tallambi.
- Puesto de Salud Miraflores.
- Puesto de Salud La Union.
- Puesto de Salud San Martin.

La fuente de ingresos de la E.S.E. Hospital Cumbal es la prestación de los servicios de salud a traves de contratos con las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo (EPS), con quienes se realizan contratos por la modalidad de evento. Las instituciones con las que contrata en el régimen subsidiado son, la Entidad Promotora de Salud Indígena

“MALLAMAS EPS-I”, ASMET SALUD EPS y EMSSANAR EPS, en el régimen contributivo SOS, SALUDCOOP y COOMEVA, con regímenes especiales EJÉRCITO NACIONAL y la POLICÍA NACIONAL y la POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO POR SUBSIDIOS A LA DEMANDA cuya cuenta se maneja a través del giro del FOSYGA (Fondo de solidaridad y garantía) al Municipio de Cumbal.

Los principales diagnósticos para hospitalización son, Atención de parto, infección de vías urinarias gestacionales, enfermedad diarreica aguda y enfermedades en interés de salud pública, la institución cuenta con 12 Camas para hospitalización y 4 Camas para observación.

Los satélites en cuanto a centros de salud, tienen consultorio médico, consultorio de enfermería, sala de urgencias, consultorio odontológico, farmacia y los Puestos de salud con, consultorio médico, consultorio de enfermería, farmacia.

En cuanto a atención medica por parte de la E.S.E. Hospital Cumbal aproximadamente se realizan 300 consultas externas diarias, sin contar las consultas extramurales lo cual incrementa esta cifra. En urgencia un promedio de 40 consultas diarias. Las citologías con Mallamas E.P.S-I no hay contratación por lo cual no se realiza esta labor para estos usuarios.

La E.S.E. Hospital Cumbal esta atendiendo aproximadamente 16.000 usuarios, de los cuales 14.000 pertenecen a Mallamas IPS-I de los cuales solo 5.000 reciben los beneficios de ser atendidos en los programas de promoción y prevención, 2.000 pertenecen a Emssanar con la cual no se contrata los medicamentos ya que esta entidad contrata los servicios de farmacia con Luz Clarita, y otros usuarios los cuales pertenecen a Asmet y Vinculados.

La ESE Hospital Cumbal enfatiza en los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades (P y P), el cual se preocupa por el seguimiento y tratamiento de las enfermedades, realizando visitas domiciliarias para lograr una salud integral del ser humano. Estas visitas se realizan con el fin de educar a los usuarios a llevar estilos de vida saludables para lograr una comunidad sana. Sobre todo en los métodos de planificación familiar, nutrición y desarrollo, situaciones epidemiológicas entre otros.

El Sistema de Garantía de Calidad en la prestación de servicios de salud se debe realizar a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud bajo la resolución 1043 de 2006 y el Decreto 1011 de 2006 con la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud a través de la información

suministrada en los indicadores de calidad de la circular 030 de 2006 actual circular única.

La ESE Hospital Cumbal a través del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) priorizó cinco procesos asistenciales: Atención al usuario, Historias clínicas, Adquisición de medicamentos, Atención en servicio de salud en Urgencias y Asignación de Citas Médicas con los cuales se busca garantizar la calidad en la prestación de servicios en búsqueda del proceso de acreditación hospitalaria.

La institución al culminar con la construcción de la nueva sala de urgencias en Cumbal y la ejecución del proyectos para construcción de una nueva sala de partos y un laboratorio clínico en el centro de salud de Panan, continuara con la construcción de un nuevo seicio farmacéutico, nueva unidad de rayos x, almacén y laboratorio clínico con servicio transfusional por medio de recursos propios y con el apoyo de la ONG Misión Americana.

Con la implementación de la Imagen Corporativa de la ESE Hospital Cumbal, a partir de 2005, en la cual se plasma su Misión. Visión, Principios Corporativos, Objetivos, Políticas y se denota el portafolio de servicios, toman una nueva dirección, para lograr prestar los servicios de salud con calidad a los usuarios de la región.

8.2.2 Análisis de Competencia. La principal competencia de la E.S.E. Hospital Cumbal es la IPS Indígena del Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer, que mediante acta N°005 de marzo del 2000 en reunión de asamblea general de los cabildos indígenas del Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer y la comunidad presenta tomaros la decisión conjunta de crear la IPS-I y ofrecer de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, y culturales servicios de salud con calidad, eficiencia y oportunidad.

A partir de la presente resolución la IPS se denomina Institución Prestadora de Servicios de Salud de Naturaleza Pública y de carácter Especial. Cuenta con personería jurídica o resolución numero 0093 del 02 de agosto del 2000 emanada del ministerio del interior a través de la dirección general de asuntos indígenas NIT N° 814003158-1 y código N° 52 22700011. La cual se abre al publico el 1ro de noviembre del 2000, actualmente ubicado en la carrera13 N° 20-55 barrio los prados, cumbal Nariño .

La I.P.S. cuenta con una junta directiva conformada por los 4 gobernadores de los Cabildos Indígenas del Gran Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer al igual que un representante legal que hace las veces de Gerente General de la institución, en la organización interna cuenta con un coordinador general,

un jefe de talento humano y control interno, en el área de finanzas cuenta con un contador público.

La IPS Indígena atiende actualmente 11.204 mil afiliados pertenecientes a Mallamas EPS-I. En consulta médica general, odontología, enfermería, servicio farmacéutico, laboratorio clínico y 20.868 mil afiliados de la misma IPS-I para promoción y prevención con el equipo extramural en el Municipio de Cumbal.

Con los servicios que cuenta la IPS Indígena del Gran Cumbal Chiles y Mayasquer, son los servicios de baja complejidad con los que también cuenta la E.S.E. Hospital Cumbal, el personal de atención bien sea recepcionistas, facturadores, enfermeras o los médicos, la calidad de la atención es un poco discrepante, teniendo en cuenta que es un aspecto de vital en cualquier entidad prestadora de servicios y al menos en entidades prestadoras del servicio de salud, el trato a los usuarios siempre prefieren las entidades donde sean tratados con equidad, respeto y tolerancia por el grado de desconocimiento que en ocasiones por ser de sectores alejados o de bajos recursos económicos no han podido acceder a la educación primaria o secundaria para entender y comprender todo lo que les recomiendan los médicos y el personal de regencia debe explicar con calma y gentilmente para que el usuario se sienta bien atendido.

Por otra parte en esta institución las citas médicas son designadas por cada enfermedad de manera independiente, un ejemplo si presenta dolor de estómago y de manera simultánea una alergia solo tratan la enfermedad más prioritaria el dolor de estómago por la alergia debe volver a separar otra cita, lo que no ocurre en el la E.S.E. Hospital Cumbal, si presenta dos malestares los tratan en la misma consulta.

La IPS Indígena del Gran Cumbal Chiles y Mayasquer, no cuenta con algunos de los servicios de primer nivel como urgencias, hospitalización, imágenes diagnósticas, y otros programas con los que la E.S.E. Hospital Cumbal sí cuenta, y con personal muy capacitado a nivel profesional y de trato al usuario, por lo tanto si se pone a escoger a los usuarios del régimen subsidiado que entidad quiere que le preste la atención en salud la favorecida será la E.S.E Hospital Cumbal. Por otra parte si se destaca la atención por parte del personal de enfermería, facturación y médicos del Hospital son ventajas que hay que aprovechar para incrementar los usuarios de la ESE Hospital Cumbal.

La IPS Indígena del Gran Cumbal Panan Chiles y Mayasquer, cuenta con 3 Médicos medio tiempo, 3 médico tiempo completo, 4 médicos tradicionales, 1 odontólogo tiempo completo, 2 odontólogos medio tiempo, 3 higienistas orales, 2 auxiliares de odontología, 3 enfermeras profesionales, 4 Auxiliares

de Enfermería, 16 Promotoras de Salud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, 1 Bacterióloga, 1 Auxiliar de Laboratorio Clínico, Psicóloga, Técnicos en Sistemas, Contador. 2 Encargados de la Facturación.

8.2.3. Elementos Estratégicos:

8.2.3.1. Misión. La I.P.S. como institución prestadora de servicio de salud, encargada de ofrecer un nuevo modelo de de salud más humano con calidad eficiencia y oportunidad. Utilizando adecuadamente el potencial humano y sus recursos comprometidos con el mejoramiento continuo de la comunidad.

8.2.3.2. Visión. Constituirse como la I.P.S. líder en el sur occidente Colombiano mediante la ejecución del modelo de prestación de servicios integral con calidad y eficiencia que satisfaga plenamente al usuario, sirviendo honesta y oportunamente, contando con un talente humano profesional y a la vez fomentando la competencia leal a nivel institucional.

8.2.3.3 Objetivos generales:

- Ofrecer servicios de atención en salud de manera integral, oportuna, eficiente, garantizando el bienestar de nuestra comunidad.
- Prestar los servicios de atención tanto en el área de, consulta medica, de enfermería, de odontología, higiene oral, promoción y prevención, laboratorio clínico, farmacia con calidez y calidad de atención. Para mantener y (ampliar la cobertura de atención) y mejorar la atención al cliente.
- Implementar un modelo de salud que brinde atención al individuo y su familia, garantizando protección integral cumpliendo los requisitos mínimos las normas establecidas por el ministerio de protección social con el fin de mejorar estilos de vida y disminuir a morbilidad e la población.

8.2.3.4 Objetivos específicos:

- Apoyar el desarrollo social cultural del país a través de mejorar la calidad de vida y disminuir los índices de morbilidad en nuestra población.
- Mejorar la prestación de servicios con la participación del grupo interinstitucional y extra institucional (promotoras y grupo extramural) mediante la promoción de programas, y seguimiento y con nota de usuarios.

- Humanizar y sensibilizar al cliente interno y externo para que los servicios sean prestados con eficiencia, eficacia y efectividad en solución de las necesidades de los usuarios.
- Mantener el equilibrio entre la inversión de los recursos y beneficio social.
- Brindar conocimiento al equipo multidisciplinario sobre las actividades y programas que van a ofrecer.
- Formar el ciudadano de la salud mediante acción de promoción y prevención centrado en el individuo y su entorno.
- Fomentar la sana competencia interinstitucional y profesional fortaleciendo la eficiencia, eficacia de la atención.
- Consolidarse como la I.P.S.-I e implementar indicadores de gestión.

8.2.4 Servicios que presta la IPS Indígena del Gran Cumbal son:

CONSULTA MEDICA GENERAL:

Consulta medica general.

Consulta medica de programas de P y P con el equipo extramural.

Consulta medica de control de enfermedades de interés en salud pública.

Consulta medica de control general.

CONSULTA DE ENFERMERÍA.

Consulta medica de enfermería.

Atención domiciliaria de acuerdo con la guía de atención integral.

Controles de promoción y prevención.

Atención grupal por enfermería.

Los programas de promoción y prevención son de carácter específico y atención temprana, como:

Control de crecimiento y desarrollo menor de 10 años.

Control del joven de 10 a 29 años.

Control del adulto mayor de 45 años.

Detención temprana de cuello uterino.

Detención temprana de alteraciones de agudeza visual.

Demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública.

CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL.

Acciones de promoción y prevención en salud oral: educación, control de placa, detartraje, aplicación de sellantes, aplicación de flúor, profilaxis final. Examen clínico odontológico con realización de historia clínica, examen físico, diagnóstico y tratamiento odontológico.

En caso de ser necesario toma de radiografía periapicales para confirmar diagnósticos presuntivos.

La consulta odontológica general incluye las siguientes modalidades:

Realización de historia clínica.

Obturaciones en resina de fotocurado.

Obturaciones en amalgama.

Exodoncia simple.

Tratamiento de conductos.

Remisión a las especialidades de odontológica.

CONSULTA DE TRABAJO PSICOSOCIAL.

Consulta individual por trabajo psicosocial: individual, grupal o familiar.

Visita domiciliaria: comprende diagnóstico y clasificación sociofamiliar.

SERVICIO DE FARMACIA.

El servicio de farmacia se ofrece tanto en la IPS Indígena en el centro como en la zona rural cuando se necesite, el usuario encontrará un completo depósito de medicamentos.

ATENCIÓN Y APOYO A PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA.

Enfermedad diarreica aguda.

Infección respiratoria aguda.

Hipertensión arterial.

Enfermedades de transmisión sexual.

Diabetes mellitus.

Control de menor de un año.

MEDICINA TRADICIONAL.

En consideración a que el Municipio de Cumbal tiene gran cantidad de comunidad indígena pertenecientes a la Etnia de los Pastos se presta el servicio de medicina tradicional.

ATENCIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO.

Atención en la toma y lectura de las muestras de acuerdo a unas ordenes emitidas por el personal médico y de enfermería de la institución.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

Cuenta con equipo extramural.

Tarifas de contratos vigentes.

Las tarifas utilizadas en el proceso de facturación son tarifas SOAT vigentes mediante un proceso de capitación con la EPS-I Mallamas.

Las tarifas utilizadas en el proceso de facturación son tarifas SOAT vigentes mediante un proceso de evento con EMSSANAR EPS-I.

8.2.5 Análisis del entorno. Las políticas del gobierno por la integridad de la salud de los colombianos, hacen que las instituciones prestadoras del servicio de salud capaciten a su personal y presten un servicio con eficiencia y eficacia logrando la efectividad en las instituciones.

Inclusive se han creado las jornadas de vacunación, para niños ya sea para completar el ciclo de vacunas o para la influenza, lo que hace que una comunidad se mantenga sana, o si la influenza llega no sea tan fuerte.

El sistema del régimen subsidiado en los últimos años o administraciones ha tomado gran fuerza, y tiene grandes ventajas.

En el Estado Colombiano se desarrollan proyectos tales como: “El proyecto ASÍ VAMOS EN SALUD analiza de manera sostenida y sistemática el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de mantener y divulgar información actualizada sobre su gestión, evaluar sus resultados y contribuir al mejoramiento de las políticas del sector en Colombia. Construir un espacio para el análisis sistemático, objetivo y responsable del desempeño del (SGSSS), que permite hacerle seguimiento, evaluación, difusión de sus resultados y contribuir a elevar su desempeño. Con un objetivo General; Mantener y divulgar la información actualizada sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la gestión gubernamental en este campo, evaluar sus resultados y contribuir al mejoramiento de las políticas del sector en Colombia en seis áreas clave: cobertura, financiación, aseguramiento, calidad, acceso a servicios y estado de salud de la población del país. Por lo tanto esto hace que las instituciones prestadoras de servicio estén en constante evaluación en su rendimiento por parte del estado Colombiano.

Otros proyectos se denominan; Evaluación de la Equidad en Servicios de Salud para Menores de Edad en Colombia, Fortalecimiento de los Centros de desarrollo Infantil en Bogotá, Generación de un modelo de atención a población desplazada en proceso de estabilización en Bogotá D.C. Sistema

de Supervisión de los contratos de aportes suscritos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Colombia líder".¹³

La Universidad Javeriana, el Cendex y el SEI, se unió temporalmente para realizar la Encuesta Nacional de Salud, se terminó de ajustar las bases de datos de la misma y esta se aplicó en 238 municipios, 41.825 hogares, 124.228 usuarios de IPS, 1.245 IPS y 225 Direcciones Locales de Salud, con una inversión cercana a los 7 mil millones de pesos de los recursos destinados a la investigación en salud.

A lo hogares se les aplicó 4 módulos que indagaron sobre aspectos como vivienda, vacunación antirrábica, conocimiento sobre el control y prevención del Dengue y la Malaria, demanda y utilización de servicios, vacunación, atención odontológica, lesiones por agresión e infecciones de transmisión sexual, entre otras cosas.

A las IPS también se les aplicó 4 módulos sobre temas como características de los servicios de obstetricia, de urgencias y de consulta ambulatoria, percepción de las condiciones de atención y de los consultorios y percepción sobre las condiciones de atención en hospitalización obstétrica.

Entre tanto a los usuarios de IPS se les encuestó a través de dos módulos en los que se les preguntó sobre la atención en consulta externa y en hospitalización y atención de urgencias.

Finalmente, a las Direcciones Locales de Salud se les aplicó un módulo a través del cual se indagó sobre existencia de instituciones de seguridad social en el municipio, infraestructura sanitaria, vigilancia en salud pública, programas específicos y control del Dengue y la Malaria.

Algunos resultados preliminares

La dependencia del alcohol es del 7.6% en la población total encuestada de hombres y mujeres.

La prevalencia general de discapacidad es del 8.3%, en personas con hipertensión del 18.5% y en personas con diabetes del 19.8%.

La prevalencia de fumadores en adolescentes (12 a 17 años) es del 2,5%.

Cerca del 90% de las IPS encuestadas conocen las normas técnicas de atención expedidas por el Ministerio de la Protección Social en detección

¹³ Fundación Restrepo Barco. www.funrestrepobarco.org.co

temprana del cáncer cuello uterino, detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo, atención en planificación familiar y detección de alteraciones del embarazo.

Los principales motivos de consulta externa fueron la enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente (el 35.49 del total), la enfermedad física o malestar de larga duración (el 23.59% del total) y la lesión por accidente (el 2.8% del total).

8.2.6. Matrices de evaluación:

8.2.6.1. Matriz de Evaluación Integrada del Entorno. Inventario de Variables

Empresa Social del Estado “E.S.E. Hospital Cumbal”

VARIABLES CLAVES	ENTORNO	JUSTIFICACION Y TENDENCIA	IMPACTO ORGANIZACIÓN
Toda la variedad de servicios de salud de baja complejidad.	SOCIAL	Fortaleza porque: Al tener una variedad de servicios, brinda oportunidad de atención inmediata al los usuarios.	ALTO
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución líder en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad en la Región Andina.	CULTURAL	Fortaleza porque: La institución tiene posicionamiento en el mercado	ALTO
La competencia ofrece parte de los servicios que presta la institución.	ECONÓ - MICO	Amenaza porque: En la institución disminuyen los usuarios.	BAJO
Segmento del mercado conformado por población carnetizada por el régimen subsidiado, este carnet lo posee la mayoría de la población del Municipio de Cumbal.	DEMOGRÁ- FICO	Oportunidad porque: Se pueden mostrar un portafolio de servicios al consumidor.	ALTO

El clima político que vive el país muestra tendencias a mejorar la situación para las Entidades Estatales.	POLITICO	Oportunidad ya que por medio de esta podemos aprovechar para poder mostrar la calidad del servicio que presta la institución.	ALTO
Campo investigativo del sector de la salud.	ECONÓ - MICO	Fortaleza porque: por medio de la investigación podemos identificar las falencias que presenta la institución y buscar diferentes alternativas de solución.	ALTO
contratación con 5 aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo para la prestación del servicio de salud.	ECONÓ - MICO	Oportunidad porque: se compra en grandes volúmenes y exigen condiciones especiales por parte de los proveedores los cuales hacen que cada vez sea mejor el producto.	ALTO
Innovación de planta y equipo para urgencias hospitalización y demás dependencias.	DEMOGRÁ - FICO	Fortaleza porque: con tecnología nueva se presta un mejor servicio y se logra pronósticos más acertados.	ALTO
La E.S.E. Hospital Cumbal posee satélites que cubren la atención en salud en todo el Municipio de Cumbal.	INTERNO ADMINIS - TRATIVO	Fortaleza porque: su presencia en todo el Municipio logra que la atención se da en cada resguardo, sin tener que desplazarse al Hospital.	ALTO
El sector de la salud es uno de los sectores más prometedores, puesto que crece el interés por la calidad de la prestación del	ECONÓ -	Oportunidad porque: genera utilidades para la institución ya que esta es una E.S.E y por tanto se esmeran por la calidad del servicio y la atención	ALTO

servicio de la salud e incrementa a afluencia por este sector.	MICO	del cliente para llegar a tener más usuarios potenciales.	
El uso de tecnología adecuada y la permanente capacitación del personal que labora en la institución son garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud.	ECONÓ - MICO	Fortaleza porque: cuenta con los equipos y personal calificado y capacitado necesarios que permiten garantizar la calidad de la prestación del servicio además de lograr la satisfacción del usuario.	ALTO
La E.S.E. Hospital Cumbal cuenta con, personal con calidad humana y sentido de pertenencia a la institución dispuesta a prestar un servicio con calidad y eficiencia.	SOCIAL	Fortaleza porque: se puede demostrar con eficacia en el servicio que lo que queremos es calidad de vida de los usuarios que pertenecen a la Institución.	ALTO
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución Inteligente que logra Prosperidad colectiva de manera persistente.	POLÍTICO	Oportunidad porque: brinda a la institución la oportunidad de crecer tanto interno como externo. Logrando posicionarse en la mente del usuario.	ALTO
Crecimiento de la IPS Indígena y adquisición de tecnología.	COMPE - TENCIA	Amenaza porque la población del Municipio de Cumbal es en su mayoría indígena y por tal motivo prefieren esta institución por motivo de la cultura indígena.	BAJO

Se encuentran usuarios del Hospital los cuales no han asistido hasta el momento a la institución.	MERCA-DEO	Oportunidad porque: son usuarios con los cuales se invierte menos y se logra mayores ingresos por tanto hay que motivar a estos usuarios a visitar la institución.	BAJO
Los usuarios de la E.S.E. Hospital Cumbal están interesados en la calidad de la atención que les presta la institución.	SOCIAL	Oportunidad porque: La E.S.E. Hospital Cumbal capacita a su personal en atención al usuario para logara la satisfacción integral de los pacientes de la institución.	ALTO
programas para una vida y una salud estable se adelantan a nivel mundial con programas de bienestar social.	SOCIAL	Fortaleza porque: la institución cuenta con certificaciones como "IAMI" y "AIEPI" las que la acreditan que cuenta con una atención de calidad.	ALTO
Cuenta con los programas de promoción y prevención en salud.	ADMINIS-TRATIVO	Fortaleza porque: son programas que presentan calidad con personal calificado que pertenece a la institución.	ALTO
Las visitas domiciliarias son escasas en las veredas de Municipio de Cumbal	ADMINIS-TRATIVO	Debilidad porque: los usuarios necesitan apoyo y conocer sobre planificación familiar, nutrición y desarrollo y demás programas, y no cuentan con el tiempo ni los recursos para salir a recibir estas consejerías al Hospital.	ALTO

Buena imagen de la institución. Cuenta con los programas de promoción y prevención en salud.	ADMINISTRATIVO	Fortaleza porque: la imagen es muy importante para dar a conocer al mercado potencial y podemos decir que la E.S.E. Hospital Cumbal tiene muy buena presentación lo cual se ha logrado posicionarse en la mente del usuario.	ALTO
Imagen corporativa la cual presenta una imagen, eslogan y logotipo llamativo, se encuentra en el hospital y en los satélites.	MERCADEREO	Fortaleza porque: tiene una imagen definida que los usuarios ya reconocen y la cual si esta presente les da confianza del centro de salud donde les prestan el servicio.	ALTO
En el Municipio el principal competidor a nivel interno es la I.P.S. Indígena "I.P.S-I".	ECONÓMICO	Amenaza porque: es la competencia directa la cual afectara a la institución y por lo cual disminuyeron los usuarios del hospital en programas que le cuestan menos a la institución y toda la población esta en la base de datos de urgencias el cual es costoso para la misma.	BAJO
Campañas de Promoción y Publicidad a través del radio y demás.	ECONÓMICO	Oportunidad porque: por medio de esta clase de estrategias podremos dar a conocer los servicios que presta la E.S.E. Hospital Cumbal.	ALTO
Las relaciones con los proveedores son excelentes y facilitan un gran poder de negociación y	ADMINISTRATIVO	Fortaleza porque: La empresa tendrá un gran margen de utilidades y genera beneficios para los usuarios.	ALTO

oportunidad de abastecimiento.			
Actualmente se dispone de personal calificado	ADMINISTRATIVO	Oportunidad porque: La Empresa al tener personal calificado se brinda un excelente servicio a la comunidad que adquiere los servicios.	ALTO
Los salarios de los funcionarios que laboran en la E.S.E. Hospital Cumbal están dentro las normas Colombianas.	ADMINISTRATIVO	Oportunidad porque: La empresa cumple con los reglamentos estipulados por el Gobierno (Código del Trabajador Colombiano).	ALTO
Escasa publicidad para la difusión de los servicios de salud que presta la institución.	MERCADERO	Debilidad porque: La empresa no se promociona con lo que cuenta para la atención integral del paciente y sus nuevas adquisiciones en tecnología y planta física.	ALTO
se presta el servicio con contrato con las EPS y así lo conoce la población y puede prestar servicios a personas independientes.	FINANCIERO	Debilidad porque: La institución debe dar a conocer que presta los servicios de salud a toda la población independientemente de que tenga o no carnet, y el pago sea de manera personal.	BAJO
Aunque existe en la institución una cultura de servicio al cliente no alcanza los niveles deseados.	ADMINISTRATIVA	Debilidad porque: se encuentra personal que no es amable a la hora de atender a los usuarios, sobretodo esto se presenta en el personal de enfermería de los satélites.	BAJO

Los bajos costos en la ciudad de Tulcán (Ecuador) hacen que las personas se dirijan allá para una consulta médica.	MERCA- DEO Y VENTAS	Amenaza porque: los usuarios se van a Tulcán ya que manifiestan que el medicamento es distinto y los costos tanto de la consulta como de los medicamentos son bajos.	BAJO
la E.S.E. Hospital Cumbal presenta algunas dificultades en infraestructura en el laboratorio clínico.	ADMINIS- TRATIVA	Debilidad porque: la tecnología en salud para que los resultados sean confiables debe ser lo mas actualizada posible y las salas lo mas cómodas.	ALTO
La institución cuenta con nueva unidad de transporte asistencial	ADMINISTR ATIVA	Fortaleza porque: con la nueva unidad el traslado de los pacientes es más rápido y es una unidad preparada con todas las recomendaciones médicas, las demás unidades quedan disponibles para otra emergencia.	ALTO
las remisiones cuentan con tribulación médica necesaria.	ADMINIS- TRATIVA	Fortaleza porque: lo mas importante el paciente, va acompañado con una enfermera, si necesita medico hay medico, y si se necesita los dos van los dos.	ALTO
la institución se preocupa por esmerarse en la atención al usuario	ADMINIS- TRATIVA	Fortaleza porque: todos los usuarios que visitan el hospital deben ser atendidos para cumplir sus expectativas y lograr un mayor reconocimiento de la población en prestación de servicios	ALTO

		de salud.	
Implementación del PAMEC en todos los satélites	ADMINISTRATIVA	Fortaleza porque: se implementan los estándares de calidad en todos los centro de salud del municipio.	ALTO

8.2.6.2. Guía de análisis del microambiente externo:

Empresa Social del Estado “E.S.E. Hospital Cumbal”

VARIABLES	A/O	A M	am	o m	OM
La competencia ofrece parte de los servicios que presta la institución.	A		X		
Crecimiento de la IPS Indígena y adquisición de tecnología.	A		X		
En el Municipio el principal competidor a nivel interno es la I.P.S. Indígena “I.P.S-I”.	A		X		
Los bajos costos en la ciudad de Tulcán (Ecuador) hacen que las personas se dirijan allá para una consulta médica.	A		X		
Segmento del mercado conformado por población carnetizada por el régimen subsidiado, este carnet lo posee la mayoría de la población del Municipio de Cumbal.	O				X
El clima político que vive el país muestra tendencias a mejorar la situación para las Entidades Estatales	O				X
contratación con 5 aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo para la prestación del servicio de salud.	O				X

El sector de la salud es uno de los sectores más prometedores, puesto que crece el interés por la calidad de la prestación del servicio de la salud e incrementa a afluencia por este sector.	O				X X
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución Inteligente que logra Prosperidad colectiva de manera persistente.	O				X
Se encuentran usuarios del Hospital los cuales no han asistido hasta el momento a la institución.	O			X	
Los usuarios de la E.S.E. Hospital Cumbal están interesados en la calidad de la atención que les presta la institución.	O				X
Actualmente se dispone de personal calificado.	O				X
Los salarios de los funcionarios que laboran en la E.S.E. Hospital Cumbal están dentro las normas Colombianas.	O				X

8.2.6.3. Guía de análisis del microambiente interno:

VARIABLES	F/D	D M	d m	fm	FM
Toda la variedad de servicios de salud de baja complejidad.	F				X
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución líder en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad en la Región Andina.	F				X X
Campo investigativo del sector de la salud.	F				X
Innovación de planta y equipo para urgencias hospitalización y demás dependencias.	F				X

La E.S.E. Hospital Cumbal posee satélites que cubren la atención en salud en todo el Municipio de Cumbal.	F				X
El uso de tecnología adecuada y la permanente capacitación del personal que labora en la institución son garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud.	F				X
La E.S.E. Hospital Cumbal cuenta con, personal con calidad humana y sentido de pertenencia ala institución dispuesta a prestar un servicio con calidad y eficiencia.	F				X
programas para una vida y una salud estable se adelantan a nivel mundial con programas de bienestar social.	F				X
Cuenta con los programas de promoción y prevención en salud.	F				X
Buena imagen de la institución. Cuenta con los programas de promoción y prevención en salud.	F				X
Imagen corporativa la cual presenta una imagen, eslogan y logotipo llamativo, se encuentra en el hospital y en los satélites.	F				X
Las relaciones con los proveedores son excelentes y facilitan un gran poder de negociación y oportunidad de abastecimiento.	F				X
La institución cuenta con nueva unidad de transporte asistencial	F				X
las remisiones cuentan con tribulación médica necesaria.	F				X
la institución se preocupa por esmerarse en la atención al usuario	F				X

Implementación del PAMEC en todos los satélites.	F				X
Las visitas domiciliarias son escasas en las veredas de Municipio de Cumbal.	D	X			
Escasa publicidad para la difusión de los servicios de salud que presta la institución.	D		X		
se presta el servicio con contrato con las EPS y así lo conoce la población y puede prestar servicios a personas independientes.	D	X			
Aunque existe en la institución una cultura de servicio al cliente no alcanza los niveles deseados.	D	D D	X		
la E.S.E. Hospital Cumbal presenta algunas dificultades en el laboratorio clínico.	D		X		
Campañas de Promoción y Prevención de la salud través de radio y demás medios.	D	X			

8.2.6.4. Matriz de evaluación de factores externos (MEFE):

Empresa Social del Estado “E.S.E. Hospital Cumbal”

VARIABLES CLAVES	Ponderación	Calificación	Resultado ponderado
AMENAZAS			
1. La competencia ofrece parte de los servicios que presta la institución.	0,09	2	0,18
Crecimiento de la IPS Indígena y adquisición de tecnología.	0,05	2	0,1
En el Municipio el principal competidor a nivel interno es la I.P.S. Indígena “I.P.S-I”.	0,1	2	0,2
Los bajos costos en la ciudad de Tulcán (Ecuador) hacen que las personas se dirijan allá para una consulta médica.	0,1	2	0,2
OPORTUNIDADES			

Segmento del mercado conformado por población carnetizada por el régimen subsidiado, este carnet lo posee la mayoría de la población del Municipio de Cumbal.	0,1	4	0,4
El clima político que vive el país muestra tendencias a mejorar la situación para las Entidades Estatales	0,04	4	0,16
Contratación con 5 aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo para la prestación del servicio de salud.	0,09	4	0,36
El sector de la salud es uno de los sectores más prometedores, puesto que crece el interés por la calidad de la prestación del servicio de la salud e incrementa a afluencia por este sector.	0,04	4	0,16
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución Inteligente que logra Prosperidad colectiva de manera persistente.	0,09	4	0,36
Se encuentran usuarios del Hospital los cuales no han asistido hasta el momento a la institución.	0,08	3	0,24
Los usuarios de la E.S.E. Hospital Cumbal están interesados en la calidad de la atención que les presta la institución.	0,1	4	0,4
Actualmente se dispone de personal calificado.	0,1	4	0,4
Los salarios de los funcionarios que laboran en la E.S.E. Hospital Cumbal están dentro las normas Colombianas.	0,02	4	0,08
TOTAL	1		3,24

En la Matriz de Evaluación de Factores Externos MEFE al sumar los resultados ponderados para cada variable, se determina el resultado ponderado de LA E.S.E. HOSPITAL CUMBAL la cual arrojo un resultado del 3.24 que se interpreta como el promedio; por lo cual se puede determinar que la institución cuenta con Oportunidades más que Amenazas.

8.2.6.5. Matriz de evaluación de factores internos (MEFI):

VARIABLES CLAVES	Ponderación	Calificación	Resultado ponderado
Las relaciones con los proveedores son excelentes y facilitan un gran poder de negociación y oportunidad de abastecimiento.	0,03	3	0,09
FORTALEZAS			
Toda la variedad de servicios de salud de baja complejidad.	0,07	4	0,28
La institución cuenta con nueva unidad de transporte asistencial.			
La E.S.E. Hospital Cumbal es una institución líder en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad en la Región Andina.	0,06	4	0,24
La institución cuenta con una tribulación médica necesaria.	0,05	4	0,2
Campo investigativo del sector de la salud.	0,05	4	0,2
la institución se preocupa por esmerarse en la inversión de planta y equipo para urgencias hospitalización y demás dependencias.	0,04	4	0,16
	0,05	4	0,2
Implementación del PAMEC en todos los satélites que cubren la atención en salud en todo el Municipio de Cumbal.	0,04	4	0,16
	0,07	4	0,28
DEBILIDADES			
El uso de tecnología adecuada y la permanente capacitación de personal que labora en la institución son garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud.	0,04	4	0,16
Escasa publicidad para la difusión de los servicios de salud que presta la institución.	0,04	2	0,08
La E.S.E. Hospital Cumbal cuenta con personal con calidad humana y sentido de pertenencia a la institución.	0,05	4	0,2
La institución dispone a prestar un servicio de calidad y eficiente a la población y puede prestar servicios a personas independientes.	0,03	1	0,03
Programas para una vida y una salud estable se adelantan a nivel mundial con programas de bienestar social.	0,04	4	0,16
Programas de bienestar social no alcanza los niveles deseados.	0,04	2	0,08
Cuenta con los programas de promoción y prevención en el Hospital Cumbal presenta algunas dificultades en el laboratorio clínico.	0,04	4	0,16
	0,04	2	0,08
Buena imagen de la institución. Cuenta con los programas de Promoción y Prevención de la salud a través de radio y demás medios.	0,05	4	0,2
	0,04	1	0,04
Imagen corporativa la cual presenta una imagen, eslogan y logotipo llamativo, se encuentra en el hospital y en los satélites.	0,04	4	0,16
	1		3,4

En la Matriz de Evaluación de Factores Internos MEFI al sumar los resultados ponderados para cada variable, se determina el resultado ponderado de LA E.S.E. HOSPITAL CUMBAL, la cual arrojo un resultado del 3.4 muestran a una Institución fuerte a nivel interno.

8.2.6.6. Matriz de perfil competitivo (MPC):

MPC						
FACTORES CLAVES	ESE Hospital Cumbal			IPS Indígena		
	Ponderado	Calificación	Resultado ponderado	Ponderado	Calificación	Resultado ponderado
Atención al usuario	0,18	4	0,72	0,17	3	0,51
Calidad de personal	0,1	4	0,4	0,1	3	0,3
Totalidad de los servicios de bala complejidad	0,18	4	0,72	0,15	1	0,15
Localización de satélites en el Municipio de Cumbal	0,1	4	0,4	0,06	1	0,06
Innovación en planta y equipo.	0,12	4	0,48	0,1	3	0,3
Las remisiones cuentan con tribulación médica necesaria.	0,09	4	0,36	0,07	3	0,21
Atención de urgencias.	0,08	4	0,32	0,05	1	0,05
Segmento del mercado conformado por población carnetizada por el régimen subsidiado	0,06	3	0,18	0,11	3	0,33
Efectividad de la publicidad	0,04	1	0,04	0,07	1	0,07
Aunque existe cultura de servicio al cliente no alcanza los niveles deseados.	0,05	2	0,1	0,12	1	0,12
TOTAL	1		3,72	1		2,1

E.S.E. HOSPITAL CUMBAL: CALIFICACION 3.72.

La E.S.E. Hospital Cumbal. Es una institución que en el momento posee mas fortaleza que debilidades por lo tanto goza de ventajas frente a su competidor la I.P.S. Indígena. Entre los factores claves de éxito entre los más destacados están:

- Atención al usuario.
- Totalidad de los servicios de bala complejidad.
- Innovación en planta y equipo.

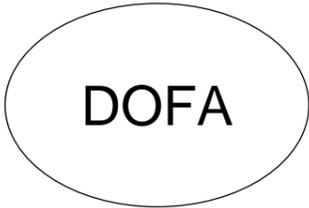
- Calidad de personal
- Localización de satélites en el Municipio de Cumbal.
- Las remisiones cuentan con tribulación médica necesaria.

I.P.S. INDÍGENA: CALIFICACION 2.1.

La I.P.S-I es un institución que en si tiene una buena administración se convierte en un competidor fuerte para la E.S.E. Hospital Cumbal dado que posee atributos con los cuales se puede volver competitivo si comienza a detectar y corregir sus debilidades para convertirse en fortalezas.

- Mejorar la atención al usuario.
- Implementar todos los servicios de baja complejidad.
- Capacitar al personal en atención al cliente
- Más responsabilidad en cuanto a remisiones.
- Capacitar al personal en atención al usuario.

8.2.6.7. Matriz Dofa

		VARIABLES INTERNAS	
		FORTALEZA	DEBILIDADES
			<p>F1. Atención al usuario. F2. Totalidad de los servicios de baja complejidad. F3. Innovación en planta y equipo. F4. Calidad de personal F5. Localización de satélites en el Municipio de Cumbal. F6. Las remisiones cuentan con tribulación médica necesaria.</p>
ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO		
<p>O P R T U N I D A</p>	<p>O1. Segmento del mercado, población carnetizada por el régimen subsidiado contratación con 5 EPS y ARS para la prestación del servicio de salud. O2. Institución Inteligente logra Prosperidad colectiva de manera persistente. O3. Se encuentran usuarios los cuales no han asistido a</p>	<p>FO1. Continuar brindado una excelente atención al usuario ya que se cuenta con personal calificado y comprometido con la institución en prestar un buen servicio. FO2. Permanecer cubriendo todo el municipio en atención en salud, el cual su población en un 80% es carnetizada del régimen subsidiado</p>	<p>DO1. El hospital debe incrementar y hacerlas mas frecuentes las visitas domiciliarias y cubrir zona urbana y rural DO2. Continuar con la política de ser una institución amiga de la salud de la población ya que su principal objetivo es mantener la población satisfecha en promoción y prevención de la salud y atención al cliente con el mejor personal. DO3. Capacitar al personal de enfermería</p>

V A R I A B L E S	D E S	la institución. O4. Los usuarios interesados en la calidad de la atención que les presta la institución. O5. Actualmente se dispone de personal calificado.	por lo cual se tiene acceso a estos usuarios de manera segura. FO3. Siempre contar con el personal necesario y calificado para las remisiones, de esa manera conservar la salud y vida del paciente en excelentes condiciones. FO4. Continuar con la innovación en planta y equipo para así prestar un excelente servicio en todas sus unidades.	del hospital y satélites en la atención al usuario y estar pendiente de el trato que reciben los usuarios para detectar falencias y corregir de manera inmediata. DO4. Implementar publicidad y propaganda de la calidad del servicio que presta la institución. DO5. Programas radiales y folletos de prevención y protección de la salud, donde los habitantes del municipio se enteren y conozcan como llevar una vida sana. DO6. Implementar un programa de brigadas (jornadas) de atención en salud para incentivar a quienes no vistan el hospital.
	E X T E R N A S	F1. La competencia ofrece parte de los servicios que presta la institución. F2. Crecimiento de la IPS Indígena y adquisición de tecnología. F3. En el Municipio el principal competidor a nivel interno es "I.P.S-I". F4. Los bajos costos en la ciudad de Tulcán (Ecuador) hacen que las personas se	ESTRATEGIAS FA FA1. Competir con calidad y ética profesional en la prestación de los servicios que ofrece la institución. FA2. Contar con planta y equipo de última tecnología para un servicio integral y oportuno. FA3. Dotar de equipo tecnológico necesario y talento humano requerido en La E.S.E. hospital Cumbal ya que la ubicación de los satélites cubre todo el Municipio por lo tanto se	ESTRATEGIAS DA DA1. Crear y gestionar proyectos para mejoramiento de planta y equipo tanto del hospital como de los satélites estar a la vanguardia de la tecnología. DA2. Prestar el debido cuidado a la atención al usuario ya que lo que más buscan los usuarios es ser tratados con equidad y respeto. DA3. Mantener al personal de planta y administrativo de la institución lo más actualizada y capacitada en leyes y

	<p>dirijan allá para una consulta médica.</p>	<p>cuenta con esa ventaja de la atención al usuario frente a la I.P.S-Indígena. FA4. Dar ha conocer la calidad del personal, de los equipos, la agilidad de citas y atención que se brinda al usuario en el hospital y todos sus satélites.</p>	<p>normas que rigen las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud a nivel Nacional. DA4. Promocionar las ventajas de visitar la institución para un chequeo medico el cual favorece su salud integral y evita gastos futuros en caso de enfermedad grave.</p>
--	---	---	---

8.3. PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE LA ESE HOSPITAL CUMBAL

No.	TEMA	DURACION	DIRIGIDO A
1.	Cultura de calidad en el sector Salud.	8 Horas	Todo el Personal
2.	Armonización de los sistemas de gestión (Sistema de gestión de calidad, Sistema obligatorio de garantía de calidad en Salud, Modelo estándar de control interno)	8 Horas	Todo el Personal
3.	Fundamentación del Sistema de gestión de calidad bajo la norma NTC GP1000.2004.	8 Horas	Todo el Personal
4.	Planificación de un Sistema de gestión de Calidad con enfoque a procesos.	8 Horas	Alta dirección y Líderes de proceso
5.	Documentación de un Sistema de gestión de Calidad.	8 Horas	Líderes de proceso y equipo de trabajo
6.	Medición, Análisis y Mejora Continua del SGC.	16 Horas	Todo el Personal
7.	Indicadores de Gestión.	16 Horas.	Líderes de proceso y equipo de trabajo
8.	Formación de Auditores.	24 Horas	Líderes de proceso y personal seleccionado.

8.4 PLANEACION ESTRATÉGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ESE HOSPITAL CUMBAL

La planificación estratégica de la calidad, entendida como un conjunto de políticas definidas por la alta gerencia para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo), debe estar incorporada a la planeación estratégica de la ESE Hospital Cumbal (Misión, Visión y Directrices organizacionales) y busca adaptarla a las condiciones cambiantes del entorno para que siempre esté en condiciones de la prestación de

servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes por tal motivo es importante establecer la política de calidad y objetivos de calidad orientadas al cumplimiento de la misión y visión de la ESE Hospital Cumbal.

8.4.1 Definir Misión. Es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa o entidad porque define: 1) lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social en el que actúa, 2) lo que pretende hacer, y 3) él para quién lo va a hacer; y es influenciada en momentos concretos por algunos elementos como: la historia de la organización, las preferencias de la gerencia y/o de los propietarios, los factores externos o del entorno, los recursos disponibles, y sus capacidades distintivas.¹⁴

Complementando ésta definición, citamos un concepto de los autores Thompson y Strickland que dice: "Lo que una compañía trata de hacer en la actualidad por sus clientes a menudo se califica como la **misión** de la compañía. Una exposición de la misma a menudo es útil para ponderar el negocio en el cual se encuentra la compañía y las necesidades de los clientes a quienes trata de servir".¹⁵

Misión actual de la ESE Hospital Cumbal

La I.P.S. como institución prestadora de servicio de salud, encargada de ofrecer un nuevo modelo de salud más humano con calidad eficiencia y oportunidad. Utilizando adecuadamente el potencial humano y sus recursos comprometidos con el mejoramiento continuo de la comunidad.

Misión modificada

Somos una Institución prestadora de servicios de salud de nivel I de complejidad, comprometidos con el mejoramiento de la salud y calidad de vida de nuestra población, basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un personal competente y una administración transparente contribuyendo así a la protección y desarrollo social de la región de Cumbal.

¹⁴ Del Artículo: «Definición de Misión», de Ivan Thompson, Publicado en la Página Web: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/mision-definicion.html>, Obtenido en Fecha: 04-12-06.

¹⁵ Del libro: «Administración Estratégica Conceptos y Casos», 11va. Edición, de Thompson Arthur y Strickland A. J. III, Mc Graw Hill, 2001, Pág. 4.

8.4.2 Definir Visión. Para Jack Fleitman, en el mundo empresarial, la visión se define como el camino al cual se dirige la empresa a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de competitividad.¹⁶

Según Arthur Thompson y A. J. Strickland, el simple hecho de establecer con claridad lo que está haciendo el día de hoy no dice nada del futuro de la compañía, ni incorpora el sentido de un cambio necesario y de una dirección a largo plazo. Hay un imperativo administrativo todavía mayor, el de considerar qué deberá hacer la compañía para satisfacer las necesidades de sus clientes el día de mañana y cómo deberá evolucionar la configuración de negocios para que pueda crecer y prosperar. Por consiguiente, los administradores están obligados a ver más allá del negocio actual y pensar estratégicamente en el impacto de las nuevas tecnologías, de las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, de la aparición de nuevas condiciones del mercado y competitivas, etc... Deben hacer algunas consideraciones fundamentales acerca de hacia dónde quieren llevar a la compañía y desarrollar una **visión** de la clase de empresa en la cual creen que se debe convertir.¹⁷

En síntesis, la **visión** es una exposición clara que indica hacia dónde se dirige la empresa a largo plazo y en qué se deberá convertir, tomando en cuenta el impacto de las nuevas tecnologías, de las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, de la aparición de nuevas condiciones del mercado, etc.

Visión actual de la ESE Hospital Cumbal

Constituirse como la I.P.S. líder en el sur occidente Colombiano mediante la ejecución del modelo de prestación de servicios integral con calidad y eficiencia que satisfaga plenamente al usuario, sirviendo honesta y oportunamente, contando con un talento humano profesional y a la vez fomentando la competencia leal a nivel institucional.

Visión modificada

Ser la ESE Hospital mas posicionada en el sur occidente Colombiano, por la calidad en la prestación de sus servicios, basados en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la modernización de la

¹⁶ Del libro: Negocios Exitosos, de Fleitman Jack, McGraw Hill, 2000, Pág. 283.

¹⁷ Del libro: «Administración Estratégica Conceptos y Casos», 11va. Edición, de Thompson Arthur y Strickland A. J. III, Mc Graw Hill, 2001, Pág. 4.

infraestructura y el mejoramiento continuo de sus procesos; logrando el desarrollo permanente del talento humano y una rentabilidad que pueda ser reinvertida socialmente.

8.4.3. Política de Calidad:

La política de calidad es una declaración formal y documentada de las “Intenciones globales y orientación de una entidad relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta gerencia”¹⁸. Las intenciones (compromisos) que se declaren en esta política deben estar alineadas con la Misión y la Visión de la ESE Hospital Cumbal y con los requisitos del cliente. La norma NTC-GP 1000:2004 exige en su requisito 5.3 que la Política de Calidad:

- a) Sea adecuada a la misión de la entidad;
- b) Es, según sea aplicable al tipo de entidad, coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.
- c) Incluya un compromiso de cumplir con los requisitos de sus usuarios o comunidad, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, y dentro del marco de sus misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del Estado, definidos constitucionalmente,
- d) Proporcione un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
- e) Se comunique a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y es entendida por ellos, y
- f) Se revise para su adecuación continua.

Se recomienda que la formulación de la política de calidad se lleve a cabo mediante una construcción colectiva, en la que se invite a participar a los funcionarios de la ESE Hospital Cumbal y que contenga mínimo, el enfoque al cliente, la mejora continua y la eficacia del sistema.

Como quiera que hay abundante literatura relacionada con metodologías para formular la política de calidad, a continuación se describe una de ellas que puede ser referente para las entidades y consiste en seguir paso a paso la siguiente lista de chequeo, además de considerar los requisitos que la norma NTC-GP 1000:2004, determina en el numeral 5.3.

- Revisar la misión y visión de la entidad.

¹⁸ Gestión de la Calidad en el Sector Público. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Bogotá, ICONTEC 2004. 30pp. (NTC-GP 1000:2004).

- Listar los servicios y/o productos que la entidad presta a sus clientes tanto externos
- como internos.
- Identificar los atributos de calidad de estos productos y/o servicios.
- Determinar frente a los atributos de calidad de los servicios y/o productos cuales serán
- los compromisos que la entidad realizará.

8.4.3.1. Determinar las directrices de calidad. Las directrices o lineamientos de calidad son la base para la formulación de la política de calidad y se identifican cruzando información relacionada con los objetivos estratégicos de la entidad con los requisitos del cliente e identificando aquellos que tengan directa relación; las lineamientos de calidad deben cumplir parámetros que permitan su fácil construcción y comprensión; para ello es importante que inicien con un verbo que imponga acción; por ejemplo, elaborar, construir, diseñar, mejorar, etc.; luego se determine el sujeto de la acción que generalmente es un producto de las actividades primarias relacionadas con la misión de la entidad; por ejemplo servicios públicos; por último, se debe indicar cómo se requiere que se ejecute la acción, que está directamente relacionado con las necesidades y requisitos del cliente, como por ejemplo con la calidad y oportunidad requerida por los usuarios.

Con base en lo anterior, un ejemplo de lineamiento o directriz de calidad podría ser el siguiente:

VERBO	PRODUCTO	REQUISITO DEL CLIENTE
Proveer	Servicios públicos	Con la calidad y oportunidad requerida por los usuarios.

8.4.3.2. Formular la política de calidad. Teniendo todos estos elementos claros y entendidos por el grupo de trabajo encargado de construir la política de calidad, se procede a iniciar la redacción de la política de calidad de la siguiente manera:

- Iniciar con el objeto o razón de ser de la entidad.
- Definir los compromisos de la entidad frente a los servicios y/o productos que presta.
- Considerar además en la redacción de la política de calidad compromisos frente al cliente interno y de mejoramiento del SGC y su eficacia.

Política de Calidad de la ESE Hospital Cumbal

La ESE Hospital Cumbal, dedicada a la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención garantiza a los usuarios de manera oportuna con un modelo de atención integral de calidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, teniendo como base la tecnología adecuada y personal competente, respetando el marco legal vigente.

8.4.4. Definir objetivos de Calidad:

Se definen como “algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad,¹⁹ ” Los objetivos de calidad concretan la política de calidad en propósitos alcanzables, con unas metas específicas y un horizonte de tiempo definido. Así, intenciones generales declaradas en la Política de Calidad como eficacia, oportunidad, idoneidad, se llevan a valores que sean cuantificables mediante indicadores y permitan mostrar que la entidad está mejorando continuamente su SGC.

En la formulación de los objetivos deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los objetivos deben ser coherentes con los compromisos declarados en la Política de Calidad.
- Los objetivos deben ser claros y específicos; es decir que no permitan varias interpretaciones.
- Los objetivos deben ser medibles. Es decir que puedan expresarse a través de metas; por ello es necesario que a cada objetivo se le asocie por lo menos una meta cuantificable y uno o más indicadores para hacer seguimiento al logro de esa meta. Los verbos con que se defina cada objetivo deben facilitar esta medición (incrementar, disminuir, aumentar, etc.). El uso de verbos como “propender por”, “tratar de”, “coadyuvar a”, declaran un propósito pero no facilitan su medición.
- Los objetivos deben ser alcanzables (Que estén dentro de las posibilidades reales para cumplirlos), realizables en unos tiempos determinados y retadores para la entidad, pero dentro de metas que motiven a los funcionarios a lograrlas.

¹⁹ Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP 1000:2004), p.29

Objetivos de Calidad de la ESE Hospital Cumbal.

1. Garantizar permanentemente la satisfacción de nuestros usuarios.
2. Brindar atención integral a nuestros usuarios de manera oportuna.
3. Garantizar la competencia, idoneidad, pertinencia de nuestro personal para una prestación de servicios con calidad.
4. Disponer de recursos necesarios para brindar una atención integral de salud.
5. Garantizar la adherencia y compromiso con el sistema de gestión de la calidad, mediante mecanismos de seguimiento que permita el mejoramiento continuo.

8.5. IDENTIFICAR LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGC

La primera actividad dentro de la fase de diseño bajo NTC-GP 1000:2004 es la identificación de los procesos que se realizan en la ESE Hospital Cumbal y que estarán dentro del SGC. Estos procesos se pueden clasificar en cuatro categorías básicas, aunque es posible que una entidad en particular haga una clasificación más detallada y diferente; en el Gráfico 4, se muestra el esquema de la estructura de procesos de un SGC.

8.5.1. Procesos Estratégicos (o también denominados gerenciales):

Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

8.5.2. Procesos Misionales (o también denominados procesos clave, de prestación del servicio, procesos esenciales):

Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.



Grafica 4: Modelo de procesos de un Sistema de Gestión de Calidad²⁰

8.5.3. Procesos de Apoyo (o también denominados procesos de soporte):

Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de evaluación, análisis y mejora.

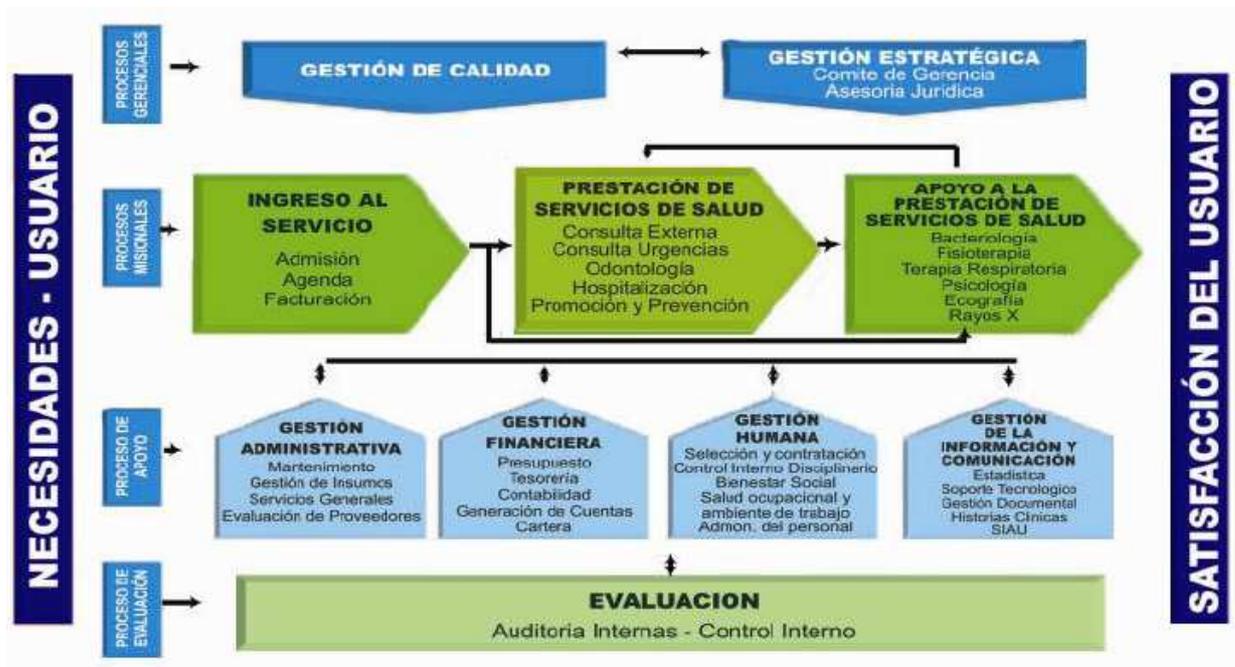
8.5.4. Procesos de evaluación, análisis y mejora:

Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición y seguimiento, auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

8.5.5. Identificación de Procesos de la ESE Hospital Cumbal

Teniendo en cuenta los parámetros para la identificación de los procesos de gestión de la ESE Hospital Cumbal y después de realizar una socialización y un trabajo colectivo con los responsables de proceso se diseño y aprobó el siguiente Mapa de procesos (ver Grafico 5).

²⁰ ICONTEC. Normas Técnicas Colombianas ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario.



8.6. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Una vez que los procesos han sido identificados, se describen mediante una caracterización del proceso. Este documento desagrega cada proceso en sus elementos fundamentales, según se explica a continuación y se presenta en los anexos adjuntos 1,2 y 3.

8.6.1. Nombre del proceso. El nombre del proceso debe presentar de manera breve una identificación de lo que este hace dentro la entidad pública. Atendiendo a la definición de proceso presentada al comienzo (conjunto de actividades), se recomienda que al proceso se le denomine con un verbo en infinitivo (Planificar, Gestionar, Comprar, Administrar) o con el sustantivo correspondiente a ese verbo (Planificación, Gestión, Compras, Administración), ya que el verbo es la forma gramatical que expresa una acción.

Algunos ejemplos de nombres de procesos existentes en las Entidades son: Administrar o administración de rentas; Expedir o expedición de pasaportes, Racionalizar o racionalización de trámites, entre otros.

8.6.2. Objetivo del proceso. Describe de manera más detallada el logro específico que se espera alcanzar en la ejecución del proceso; es decir, los resultados que cumplan con requisitos previamente definidos. Se utiliza un verbo en infinitivo.

Por ejemplo en un proceso de "**Vigilancia y control**" puede tener como objetivo "*Gestionar el cumplimiento de la normatividad vigente*", un proceso de "*Atención de urgencias*" puede tener como objetivo "*Ofrecer la admisión y atención prioritaria a los usuarios del sistema de salud*", entre otros.

8.6.3. Alcance del proceso. Identifica la Actividad inicial y la Actividad final del proceso. La definición del alcance del proceso es muy importante para determinar las interacciones entre los procesos, de manera que no haya traslape de actividades (una actividad que corresponda simultáneamente a dos procesos) o "vacíos" entre los procesos (una actividad que se lleva a cabo pero no está incluida en ningún proceso).

Por ejemplo en un proceso de gestión humana el alcance puede cubrir desde la "*selección de personal*" hasta la "*evaluación del desempeño*".

8.6.4. Responsable o líder del proceso. Identifica el cargo del funcionario bajo cuya responsabilidad está el proceso. No se refiere, necesariamente, a los ejecutores de las actividades, sino al funcionario a quien la entidad identifica como líder o cabeza visible de ese proceso y quien debe asegurar que el mismo se lleve a cabo según se ha establecido en el SGC y que se logren los resultados planificados.

El rol del responsable o líder del proceso es el de velar porque el proceso se ejecute de acuerdo con las actividades planificadas, realizar la divulgación de las novedades que se presenten en el proceso, tales como: actualización de documentación asociada al proceso, ampliación del alcance del proceso y adicionalmente, el seguimiento de indicadores y control de los riesgos propios de cada proceso y se identifiquen las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

8.6.5 Actividades del Proceso. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define la actividad, como "Un conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad". Y a la vez, la tarea la define como "Trabajo que debe hacerse en tiempo limitado".

Es decir que, así como un proceso se compone de varias actividades, una actividad se puede descomponer en varias tareas o trabajos que son necesarios para llevarla a cabo. Sin embargo, no existe una manera específica de determinar para cada entidad a qué se le denomina proceso, actividad y tarea. Lo que en una entidad pequeña puede ser un proceso, en una entidad más grande y compleja puede ser sólo una actividad. Por ejemplo, en una pequeña entidad de servicios públicos la “facturación” puede ser una actividad dentro del proceso de “Atención a los usuarios o comunidad” o “Gestión Comercial”, mientras que en una gran entidad de servicios públicos la facturación puede ser tan compleja que obligue a identificarla como un proceso.

En la definición de las actividades de cada proceso se debe considerar que éstas deben cumplir una secuencia; quiere decir que se realizan o ejecutan de acuerdo al orden en el que se describen y que al final se obtiene el producto o servicio esperado en el proceso.

Así como los procesos, las actividades deben denominarse con un verbo en infinitivo (Solicitar cotización, Evaluar al proveedor), o el sustantivo correspondiente al verbo (Solicitud de cotización, Evaluación del proveedor).

En la caracterización del proceso, se “nomina” la actividad (se coloca el nombre), pero no se describe. Para la descripción de actividades se pueden utilizar los procedimientos documentados o los instructivos, según se explica más adelante en el numeral 5.11 “Documentos Asociados”.

8.6.6. Entradas al proceso. Se refiere a los insumos, materias primas y/o información que se requiere para llevar a cabo el proceso. Pueden incluir productos tangibles, información (documentos) o servicios. Éstos pueden provenir de otros procesos del SGC o de clientes externos (requisitos del cliente, legales o reglamentarios y del producto y/o servicio).

Un ejemplo de un proceso que le provee entradas a otros procesos del SGC puede ser el caso del proceso de “**Vigilancia y control**”, el cual, para su adecuada gestión, requiere que el proceso de **Gestión Administrativa y Financiera** le provea como insumos el Plan de Desarrollo y los planes operativos y que el proceso de **Planeación Estratégica** le provea como insumos las directrices institucionales, la política y los objetivos de calidad.

8.6.7. Proveedores del proceso. Se identifican dos clases de proveedores:

- **Proveedores internos:** Se refiere a los otros procesos del SGC que le entregan sus salidas (resultados) a este proceso. Por ejemplo, el Proceso

de Planificación Estratégica o Direccionamiento de la Calidad es proveedor de todos los procesos porque les entrega como uno de los insumos la Política de Calidad. Los proveedores internos de un proceso son otros procesos, y no dependencias áreas funcionales.

- **Proveedores externos:** Se refiere a las entidades externas (públicas o privadas) o personas que entregan algún insumo o materia prima requerida para el proceso. Para facilitar la documentación de las interacciones entre los procesos, se recomienda que en la Caracterización de procesos, cada “Proveedor” se coloque en frente de la entrada que suministra. Por razones de transparencia no deben incluirse en el ítem proveedores nombres propios de contratistas externos.

8.6.8. Salidas del proceso. Se refiere a los resultados (productos) que se obtienen al ejecutar las actividades del proceso. Como se explicó anteriormente, obtener esos resultados con las características requeridas es el propósito fundamental del respectivo proceso. Los resultados del proceso pueden ser:

Productos *“tangibles”*, como por ejemplo, una cartilla, un acto administrativo, un manual, un documento preliminar, entre otros.

Productos *intangibles “Servicios”*, como por ejemplo, la atención médica en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, o una capacitación en una Institución Educativa.

Cuando la NTC-GP 1000:2004 habla de “Interacción” (4.1.b)), entre los procesos, se refiere precisamente a identificar cuáles son las salidas de un proceso que pueden ser entrada (insumo) para otro proceso.

Continuando con el ejemplo anterior, una de las salidas del proceso de **Planeación Estratégica o direccionamiento** es la política de calidad, esta salida se convierte en entrada para el proceso de **Vigilancia y Control**, ya que el servicio de la Entidad se debe suministrar conforme a los lineamientos establecidos en esta.

8.6.9. Usuarios del proceso. Se identifican dos clases de usuarios.

- **Usuarios internos:** Se refiere a los otros Procesos del SGC, que reciben las salidas (resultados) de un proceso.
- **Usuarios externos:** Se refiere a los usuarios de la prestación del servicio o usuarios receptores del producto de la entidad. Pueden ser ciudadanos, entidades comunitarias, otras entidades del Estado o entidades privadas.

Para facilitar la identificación de las interacciones entre los procesos, se recomienda que en la Caracterización del proceso, cada “Cliente” se coloque en frente de la salida que recibe.

8.6.10. Recursos. La NTC-GP 1000:2004 determina tres categorías de recursos que deben ser identificadas en la caracterización de los procesos del SGC:

- **Talento Humano:** Se deben identificar los cargos que intervienen en el proceso; a estos cargos posteriormente se le debe determinar las competencias considerando las especificaciones dadas en el numeral 6, Gestión de recursos de la norma NTC-GP 1000:2004 y la normatividad vigente que rige la materia. (Por ejemplo, el Decreto 2539 de 2005 reglamentario de la Ley 909 de 2004)
- **Infraestructura:** Se deben considerar los equipos, instalaciones, servicios de apoyo (transporte, sistemas de información, hardware, software) que se requieren para el proceso.
- **Ambiente de trabajo:** Se deben considerar aquellas condiciones ambientales (físicas, ergonómicas, sociales) que puedan afectar la prestación del servicio.

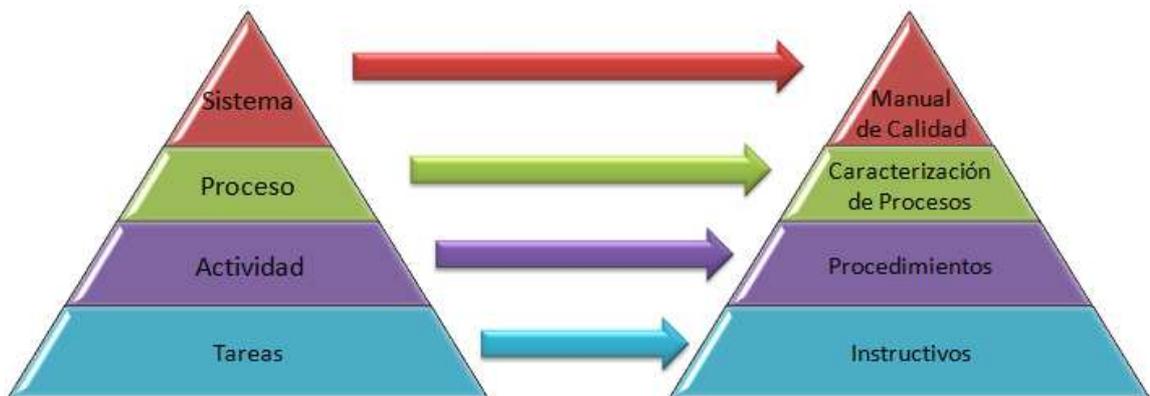
8.6.11. Documentos asociados. Se refiere a los documentos que se requieren para llevar a cabo el proceso. Los documentos asociados pueden incluir:

Documentos internos: Son aquellos documentos que la entidad genera para el normal desempeño de las actividades en cada uno de los procesos. Por ejemplo: El procedimiento para la gestión de Bienes y servicios de la entidad.

El gráfico 6. Documentación de un SGC, ilustra que tipo de documentos pueden estar asociados al sistema, proceso, actividad o tarea.

Documentos externos: Son aquellos documentos que la entidad no genera, pero que utiliza para el normal desempeño de las actividades en cada uno de los procesos, como su nombre lo indica son generados en otras entidades. Por ejemplo: La Guía de Administración del Riesgo emanada del DAFP, utilizada como referencia para la administración de los riesgos en la entidad.

A continuación se ilustra la correspondencia entre un sistema de gestión y los respectivos documentos.



Grafica 6: Documentación de un Sistema de Gestión de Calidad.²¹

8.6.12. Requisitos aplicables. La caracterización del proceso debe incluir una lista de los requisitos asociados a éste. Estos incluyen:

- Especificados por el cliente: Se refiere a los requisitos del cliente, incluidos los relacionados con actividades de entrega y las posteriores a esta y cuando sea conocido, los necesarios para uso especificado o uso previsto.
- Legales y reglamentarios: Se refiere a aquellas disposiciones del Estado que establecen lineamientos para ejecución de un proceso. Por ejemplo: para el proceso de **Gestión del Talento Humano** un requisito legal aplicable debe ser la ley 909 de 2004.
- Organizacionales: Requisitos establecidos por la propia entidad para llevar a cabo el proceso (Ejemplo: Resoluciones, Actos administrativos).
- De la NTC-GP 1000:2004: Se refiere a los requisitos de la norma que tienen relación con el proceso.

8.6.13. Indicadores de gestión. En la caracterización de los procesos se deben enunciar los indicadores a través de los cuales se ha de efectuar el seguimiento y medición al proceso. Estos indicadores incluyen de acuerdo a la norma NTCGP 1000 las categorías de eficiencia, eficacia y efectividad.

La enunciación debe incluir como mínimo el nombre del indicador y la fórmula de cálculo. Este tema se detalla con más claridad en el numeral 8.8.

²¹ ICONTEC. Normas Técnicas Colombianas ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario.

8.6.14. Riesgos asociados al Proceso. En la caracterización de los procesos se deben enunciar los posibles riesgos que impidan el cumplimiento del objetivo del proceso. (En el numeral 3 se desarrolla el tema relacionado con la Administración del Riesgo en un Sistema de Gestión de la Calidad).

La enunciación debe incluir como mínimo el nombre del indicador y la fórmula de cálculo.

8.7. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

8.7.1. Estructura documental. Se denomina “estructura documental” a la forma como se articulan e interrelacionan los documentos del SGC, para formar un sistema coherente, funcional y útil.



Grafica 7: Estructura documental²²

La documentación para el SGC se sustenta mediante cuatro niveles secuenciales: A, B, C, D; tal como se ilustra en el gráfico anterior. Su

²² ICONTEC. Normas Técnicas Colombianas ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario.

desarrollo no es estandarizado; todo depende de la naturaleza, tamaño, nivel de complejidad y madurez de los SGC de cada entidad.

La documentación sirve para:

- Lograr un correcto desempeño del SGC.
- Evaluar el SGC
- Ser punto de referencia y mantenimiento de las mejoras alcanzadas.
- Proporcionar evidencia que se han definido los procesos, procedimientos y registros.
- Lograr la comunicación adecuada dentro de la organización.
- Facilitar las auditorias al SGC.

El tamaño de la documentación es responsabilidad de la ESE Hospital Cumbal de acuerdo con la priorización que dé a sus procesos; en todo caso se deben documentar los procesos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Nota 1: “Cuando se hable de un procedimiento documentado, significa que hay que establecer, documentar, implementar y mantener el procedimiento”.²³

Nota 2: “La Documentación del SGC, debe estar en total coherencia con lo establecido en la Ley General de Archivos. (Ley 554 de 2000, o la que se encuentre vigente en caso de ser modificada).

La documentación típica de un Sistema de gestión de calidad puede contener:

- El manual de Gestión de la Calidad
- Los procedimientos
- Los instructivos y guías
- Los planes de calidad.
- Las especificaciones técnicas (Medicamentos, listados, catálogos, listas de precios, etc.)
- Los documentos externos (Documentos suministrados por el cliente, proveedores o normas nacionales e internacionales, entre otros)
- Los formatos

²³ Gestión de la Calidad en el sector público. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Bogotá, ICONTEC 2004. 37pp. (NTC-GP 1000:2004).

- Los registros

8.7.2. Política y Objetivos de calidad. Aunque en el ítem 6.2 ya se hizo alusión a la definición de la Política y los Objetivos de Calidad, en este apartado se debe señalar que estos dos componentes también se consideran documentos del SGC. Éstos además de ser divulgados de manera general al interior de la Entidad, deben permanecer documentados en el Manual de Gestión de la Calidad, y deben ser actualizados cuando sea pertinente.

8.7.3. Manual de Calidad. El numeral 4.2.2 de la norma NTCGP 1000:2004, determina que las entidades deben establecer y mantener un manual de calidad que incluya:

- a) “El alcance del sistema de gestión de calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- b) Los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de gestión de calidad, o una referencia a los mismos.
- c) Una descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de gestión de calidad”. Según la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 10013: Directrices para elaborar manuales de calidad, es conveniente que un Manual de Calidad “conste o referencie los procedimientos documentados del SGC destinados a planificar o administrar en general las actividades que afecten la calidad dentro de la entidad”. También es pertinente que el manual contenga, o haga referencia, a aquellos procedimientos que no se tratan en la norma pero que son necesarios para el buen desarrollo del SGC.

8.7.3.1. Contenido y documentación del Manual de calidad. La Guía Técnica Colombiana GTC-ISO/TR 10013 contiene unas directrices para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad términos generales, permitiendo que la entidad pueda tener flexibilidad para diseñar el manual de acuerdo con los requisitos de ésta. A continuación se realiza una breve explicación del contenido y se anexa la estructura del manual de calidad (Ver anexo 4).

En términos generales el contenido de un Manual de Calidad puede tener los siguientes elementos:

- Una **breve descripción** de la entidad: Misión, Visión, Estructura.
- El **alcance del SGC**: En este punto debe hacerse referencia al hecho de que el SGC de la Entidad incluye todos sus procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación), los cuales son gestionados para

garantizar la mejora continua en la prestación de sus servicios o en la producción y venta de sus productos (cuando aplique).

- Las **exclusiones** al SGC: La NTC-GP 1000:2004 permite que se excluya de la implementación del SGC el cumplimiento de algunos requisitos del numeral 7, siempre que se justifique por qué, tales requisitos, no aplican y por qué su exclusión “no afecta la capacidad o responsabilidad de la entidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos del cliente y los legales que le son aplicables.” (NTC-GP 1000:2004 Numeral 2.2).
- **Caracterización de procesos:** Son las fichas que muestran los elementos que componen cada proceso y que fueron descritas en el ítem 2.2. Se recomienda que sean documentos breves (1 o 2 páginas) y presentados en forma de tabla o gráfico.
- Los **procedimientos e instructivos** del SGC o referencia a los mismos en la caracterización de los procesos. Se recomienda referenciar los procedimientos e instructivos, en vez de incluirlos, para que el Manual no se haga un documento demasiado extenso.

8.7.4. Manual de Procedimientos. Un procedimiento describe de forma clara e inconfundible los pasos para iniciar, desarrollar y concluir una serie de actividades secuencialmente establecidas en un proceso que da como resultado final un producto o un servicio.

8.7.4.1. Contenido de los procedimientos. Aunque la norma NTC-GP 1000:2004 no establece el formato o contenido mínimo de los procedimientos, a continuación ilustramos, como referencia, el contenido mínimo de un procedimiento:

Encabezado y pie de página. Pueden contener los siguientes controles:

- El nombre y/o logotipo de la entidad.
- Nombre del procedimiento
- Proceso al que corresponde el procedimiento
- La fecha de edición ó elaboración del procedimiento.
- Fechas de publicación y revisión del documento (y cuando sea aplicable las notas de cambio que indican las razones de modificación de la versión anterior)
- El código del procedimiento y el registro numérico de las hojas que contiene el procedimiento.

- El cargo y nombre del autor del documento y de la persona autorizada para aprobar.

Cuerpo del procedimiento

- **El objetivo del procedimiento:** Describe el propósito u objetivo para el cual fue diseñado dicho documento. Ejemplo: *“El propósito de este procedimiento es dar instrucciones para la elaboración y revisión de las licitaciones públicas abiertas por la ESE Hospital Cumbal”*.
- **El alcance del procedimiento:** Es el campo de aplicación del procedimiento. Se indica la delimitación de las actividades cubiertas y descritas en el documento. Ejemplo *“el presente procedimiento aplica para todas las actividades realizadas entre la recepción de hojas de vida hasta la vinculación del funcionario en la ESE Hospital Cumbal”*.
- **Los responsables:** es aquel o aquellos funcionarios que deben garantizar la ejecución total de las actividades descritas en el procedimiento. En este punto se hace referencia tanto a quienes participan en la aplicación del procedimiento y como a quienes son responsables por su mantenimiento e implementación.
- **Las definiciones:** son aquellas palabras o conceptos específicos que serán referenciados en la descripción del procedimiento. Se deben definir aquellos términos cuya interpretación pueda presentar dificultades para quien ejecuta el proceso.

Se recomienda que esta sección del procedimiento sea elaborada al final, cuando ya se han identificado todos los términos que deben ser reseñados. Si la entidad dispone de una norma de vocabulario, diccionario, glosario o tesoro institucional, es posible que las definiciones no se incluyan en cada procedimiento sino que se referencie la existencia de ese documento terminológico. Ejemplo: PST: Plan de Salud Territorial.

- **Documentos de Referencia:** son documentos de soporte o de referencia asociados. Se enuncian los documentos internos y externos. La lista debe indicar la naturaleza de los documentos y su número de referencia.
- **Contenido o desarrollo del procedimiento:** se enumera la secuencia de las actividades a realizar, respondiendo al qué, al cómo, al dónde, al quién, al con qué y al cuándo generalmente. La utilización de diagramas de flujo facilita considerablemente esta labor.
- **Registros:** se hace una relación de los registros que resultan de la ejecución del procedimiento.

Los registros son todos los documentos que se generen como prueba de la aplicación de los procedimientos. Algunas veces se anexan al procedimiento muestras de tales documentos; también se pueden tener separados y hacer la referencia de éstos cuando se requiera.

- **Anexos:** estos se utilizan normalmente para ilustrar los formatos de registro y ampliar la información descrita con flujogramas, planos, ilustraciones, tablas, etc.

En el anexo 5 observaremos el esquema general de un procedimiento de la ESE Hospital Cumbal.

8.7.4.2. Pasos para el desarrollo de un procedimiento

1. Identificación de la necesidad.
2. Autorización de la elaboración de procedimientos, otorgada generalmente por el responsable del área donde se aplicarán dichos procedimientos.
3. Definición del alcance del procedimiento.
4. Recolección y documentación de la información actual
5. Preparación de un borrador del procedimiento.
6. Solicitud de comentarios sobre el borrador del procedimiento e incorporación de cambios
7. Aprobación y distribución formal del procedimiento
8. Publicación del procedimiento para los participantes de su uso.
9. Mantenimiento y revisión del procedimiento
10. Retiro de un procedimiento (cuando sea aplicable).

8.7.4.3. Procedimientos documentados exigidos por la NTC-GP 1000:2004

De acuerdo con NTC-GP 1000:2004, la entidad debe establecer y mantener procedimientos documentados para:

- **4.2.3. Control de documentos:** Definen cuales documentos afectan la calidad del producto
- **4.2.4. Control de los registros de calidad:** Definen las evidencias de los resultados de los procesos.
- **8.2.2. Auditorías internas de la calidad:** Permiten medir el cumplimiento de requisitos de calidad.
- **8.3. Control del producto no conforme:** Implementar registros de calidad para la detección y corrección de defectos.
- **8.5.2. Acciones correctivas:** Lograr la no recurrencia de defectos e iniciar acciones de mejora.

- **8.5.3. Acciones preventivas:** Permiten detectar causas de no conformidades potenciales

Además de los procedimientos exigidos por la norma y presentados en la tabla anterior, la entidad debe elaborar otros procedimientos que considere apropiados y necesarios para la planificación, operación y control eficaz de sus procesos. Por ejemplo, una entidad dedicada a la formación profesional podría establecer un procedimiento documentado para la selección y entrenamiento permanente de su personal docente o instructor, atendiendo a que éste es un proceso crítico de la calidad del servicio de formación.

Es recomendable también la elaboración de un procedimiento para la gestión de los riesgos en la entidad, que incluya como mínimo: políticas en el manejo, identificación, valoración, control, seguimiento y ajustes a los riesgos;

8.7.5. Instructivos. Los instructivos de trabajo describen cómo se realiza una tarea. Se puede extraer lo que se desea realizar del procedimiento. Se apoyan en el manual de calidad.

Es de anotar que un proceso puede requerir la intervención de elementos variados como indicaciones para su realización o utilización. Estas indicaciones son conocidas generalmente con el nombre de instructivos.

Los instructivos, aunque semejantes en la forma a los procedimientos, se diferencian de éstos en su fondo; mientras los procedimientos indican también responsabilidades, los instructivos son interpersonales y se limitan a indicar o clarificar la forma de operar, utilizar o realizar algo. En este sentido es importante recalcar que los instructivos no necesariamente deben ser centralizados; son de utilidad diaria en la realización de algunas actividades o en la prestación del servicio.

Los instructivos de trabajo suelen estar adaptados a equipos, instalaciones y actividades o a procesos específicos que pueden incidir en la calidad del producto o servicio. Generalmente se encuentran en:

- Especificaciones e Instrucciones de los procesos (flujograma).
- Criterios de medición y seguimiento.
- Métodos de embalaje (muestra representativa).
- Instrucciones de calibración.

En oportunidades un procedimiento puede convertirse en un instructivo, y viceversa.

Los instructivos deben ser elaborados por el equipo que opera en el proceso.

Cuando se trata de entidades pequeñas puede ocurrir el traslado entre los procedimientos y los instructivos. Es recomendable que los procedimientos y sus instructivos se presenten en un solo documento.

Un procedimiento puede contener uno o más instructivos. Esto hace necesario que la entidad piense en una forma de racionalizar la información de tal forma que se pueda dar en forma oportuna.

8.7.6. Formatos. Para el SGC , es necesario diferenciar el concepto de formato y registro, donde el formato se convierte en aquellas plantillas, documentos, tablas, entre otros, que nos sirven para registrar la información después de realizar o ejecutar las actividades, es así como el formato se convierte en el instrumento para recolectar las evidencias del SGC.

8.7.7. Registros. Los registros para el SGC se definen como: “Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos”, y las consideraciones que debemos tener frente a estos desde el requisito 4.2.3 de la norma NTC-GP 1000:2004, son:

- Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SGC.
- Deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.
- Debe establecerse un **procedimiento documentado** para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación el tiempo de retención y disposición de los registros.

Entonces la ESE Hospital Cumbal debe establecer y mantener registros documentados de:

Numeral NTC-GP:1000:2004	REGISTRO REQUERIDO
5.6.1	Revisiones efectuadas por la dirección al Sistema de gestión de la calidad.
6.2.2. e)	Educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas.
7.1. d)	Evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.
7.2.2.	Los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones originadas por ésta.
7.3.2.	Elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio para el diseño y desarrollo. (Cuando aplique).
7.3.4.	Resultados de las revisiones del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria. (Cuando aplique).
7.3.5.	Resultados de la verificación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria. (Cuando aplique).
7.3.6.	Resultados de la validación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria. (Cuando aplique).
7.3.7	Resultados de la revisión de los cambios del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria. (Cuando aplique).
7.4.1.	Resultados de las evaluaciones del proveedor y de cualquier acción necesaria derivada de estas.
7.5.2. d)	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.
7.5.3.	La identificación única del producto y/o servicio.
7.5.4.	Cualquier bien que sea propiedad del cliente, que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso, y su estado comunicado al cliente.
7.6. a)	La base utilizada para la calibración o la verificación de los dispositivos de seguimiento y medición. (Cuando aplique).
7.6.	Los resultados de la calibración y la verificación de

	los dispositivos de seguimiento y medición.(cuando aplique)
7.6.	La validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que los equipos no están conformes con los requisitos.
8.2.2.	Resultados de la Auditoría interna y actividades de seguimiento.
8.2.4.	La conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio.
8.3.	La naturaleza de las no conformidades del producto y/o servicio y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido.
8.5.2.	Los resultados de las acciones correctivas tomadas.
8.5.3.	Los resultados de las acciones preventivas tomadas.

Tabla 1: Registros requeridos por la norma NTC-GP 1000:2004

Además de los registros exigidos por la norma y presentados en la tabla anterior, la ESE Hospital Cumbal debe elaborar y mantener los otros registros que considere apropiados y necesarios para garantizar la evidencia, operación y control eficaz de los procesos del SGC, por ejemplo: Un registro de orden de compra o contratación de servicios; puede ser un registro necesario para garantizar la evidencia, operación y control eficaz del proceso de Adquisición de bienes y servicios en la entidad.

8.7.7.1. Importancia de los registros. Los registros de calidad proveen las evidencias necesarias para demostrar el cumplimiento de los requisitos del SGC y las mejoras de los procesos, productos o servicios. De igual forma, son necesarios para realizar la trazabilidad²⁴ de los productos, los procesos y los servicios. Los registros pueden ser almacenados en cualquier soporte de datos.

²⁴ TRAZABILIDAD: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración. Al considerar un producto y/o servicio, la trazabilidad puede estar relacionada con: el origen de los materiales y las partes, la historia del procesamiento, la distribución y localización del producto después de su entrega. Gestión de la Calidad en el sector público. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Bogotá, ICONTEC 2004. 34pp, numeral 3.50. (NTC-GP 1000:2004).

8.7.7.2. Fundamentación y uso de los registros. Los registros se fundamentan en la veracidad de la información que soporta; por esta razón es necesario que quienes los diligencien, tengan pleno conocimiento del proceso que los origina.

Su utilidad es dada para:

- Revisar y mejorar el servicio
- Analizar tendencias
- Planear acciones correctivas y preventivas
- Evaluar el desempeño de proveedores
- Planear acciones de entrenamiento hacia las mejoras potenciales
- Determinar mediciones de fiabilidad
- Renegociar componentes o formas de mejoramiento

8.7.8. Lanzamiento, aprobación, distribución, revisiones y modificaciones de los documentos

8.7.8.1. Lanzamiento. Una vez realizado el proceso de documentación es necesario establecer una fase de lanzamiento para consulta de todo el personal de la ESE Hospital Cumbal. Esta actividad pretende obtener del personal involucrado en la actividad, sugerencias precisas que permitan mejorar el contenido de los documentos del SGC.

La fase de lanzamiento termina con la redacción definitiva.

8.7.8.2. Aprobación. Antes de la distribución de la documentación se procede a la aprobación de la misma por parte de la alta dirección, el comité de calidad o del funcionario delegado con responsabilidad del manejo y mantenimiento del SGC. Una vez aprobados los documentos, se procede a ejecutar el procedimiento de control de documentos el cual sugiere regularmente diligenciar el formato de listado maestro; de esta forma se asegura que siempre se mantienen vigentes los procedimientos documentados.

8.7.8.3. Distribución. La documentación, después de ser aprobada y registrada en el listado maestro, pasa a una fase de distribución. Participa el personal implicado en el proceso.

Para efectuar las actividades de control de la entrega de la documentación se recurre a establecer un registro de dicha distribución (listado de distribución). Este listado de distribución podría estar incorporado como una columna del listado maestro o ser un documento independiente. Se registran todos los cargos de los funcionarios que tengan documentos. Este listado debe estar

almacenado bajo la protección de la persona responsable de la distribución de los documentos o del responsable del manejo y mantenimiento del SGC (representante de la Dirección). Así se garantiza que en los lugares donde se necesita el procedimiento, éste se encuentra disponible y que se actualiza (retirando la versión anterior) en el caso de que ocurra algún cambio.

8.7.8.4. Revisiones y modificaciones de documentos. Las revisiones y modificaciones de la documentación pueden ser dadas por:

- Una nueva disposición en los procesos misionales del SGC.
- Cambios generados por actividades de grandes reparaciones en equipos o el reemplazo de la tecnología obsoleta.
- Cambios y rotación de personal de la entidad y que estén involucrados en algunas actividades de los procesos del SGC.
- Cambios de la ubicación geográfica a un lugar que implica modificaciones del ambiente de trabajo.
- Innovación de procesos o servicios de la entidad.
- Revisiones solicitadas por el cliente.
- Revisiones generadas por novedades de auditoría, sobre todo actividades que implican algún nuevo elemento en la cadena de valor de los procesos.
- Nuevos requisitos legales o reglamentarios aplicables al servicio de la entidad.

Los documentos obsoletos, es decir, aquellos que pierden vigencia con el cambio o la introducción de un nuevo documento, deben ser identificados o dispuestos de tal forma que no generen confusión ni se presten a malas interpretaciones, y se evite que sean usados por error. Para ello, se destruyen las copias de los documentos y el original se identifica con un sello de "OBSOLETO" y se almacena separado a los documentos vigentes, cuando se desea conservar. En caso de que no se quiera conservar, simplemente se destruyen todas las copias y el original del documento.

8.7.8.5. Documentación Externa al SGC. Dado que el SGC es necesario verlo bajo un concepto holístico²⁵, se requiere determinar cuáles son los documentos externos que inciden en los procesos y que deben ser consultados. Estos documentos forman parte integral de la documentación del SGC y normalmente están con:

²⁵ Es el estudio del todo, relacionándolo con sus partes pero sin separarlo del todo. Es la filosofía de la totalidad. [http:// www.psicopedagogia.com/definicion/holistico](http://www.psicopedagogia.com/definicion/holistico).

- Normas nacionales de productos y/o servicios.
- Guías de referencia, libros y otros documentos impresos requeridos según la caracterización del producto o servicio.
- Manuales de especificaciones suministradas por el cliente o por los proveedores.
- Referencias de Ley y/o normas del nivel nacional, departamental o regional.

8.7.9 Paralelo entre requisitos de la norma y los documentos requeridos en el Sistema de Gestión de la Calidad. Con el objetivo de facilitar a la ESE Hospital Cumbal se presenta una relación y una identificación adecuada de los documentos (procedimientos, instructivos, guías, etc.), requeridos en el SGC y entendiendo las múltiples diferencias entre los requisitos de la Norma NTC GP 1000:2004 y la realidad de la Entidad, a continuación presentamos un esquema que permite evidenciar una serie de documentos, obligatorios y/o recomendados para responder adecuadamente a esta estructura de implementación de SGC:

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	
4.1 Requisitos Generales	
a. Identificar los procesos que le permitan cumplir la misión que le ha asignado.	Mapa de procesos (Manual de Gestión de la Calidad)
b. Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.	
c. Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes.	Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad)

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
d. Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.	Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad) Ficha de indicadores
e. Realizar el seguimiento, la medición y análisis de estos procesos	Ficha de indicadores
f. Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.	Procedimiento para la toma de Acciones correctivas, preventivas y de mejora.
g. Identificar y diseñar los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.	Procedimiento para la gestión de riesgos Mapa de riesgos, política de riesgos y plan de control de los riesgos.
4.2. Gestión documental	
4.2.1. Generalidades	
a. Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.	Política y objetivos de la calidad
b. Un manual de la calidad.	Manual de Gestión de la Calidad

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
c. Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma.	Procedimientos para: <ul style="list-style-type: none"> • Control de los documentos (4,2,3) • Control de los registros (4,2,4) • Auditorías internas (8,2,2) • Control del producto y/o servicio no conforme (8,3) • Acciones correctivas, preventivas y de mejora (8.5.)
d. Los documentos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	Según necesidades específicas de cada organización
e. Los registros requeridos por esta Norma	Ver Numeral 7.7.
4.2.2. Manual de la Calidad	(Manual de Gestión de la Calidad)
4.2.3. Control de documentos	Procedimiento para el control de los documentos
4.2.4. Control de los registros	Procedimiento para el control de los registros
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1. Compromiso de la Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Guía para el comité de la calidad y/o de mejoramiento • Política y objetivos de calidad (Manual de Gestión de la Calidad) • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad.

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
5.2. Enfoque hacia el cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el manejo de solicitudes, quejas, reclamos y sugerencias. • Necesidades específicas de cada organización.
5.3. Política de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Política de calidad (Manual de Gestión de la Calidad)
5.4. Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la elaboración del plan de desarrollo • Procedimiento para la elaboración de los planes de acción • Procedimiento para la gestión de programas y proyectos • Objetivos de la calidad (Manual de Gestión de la Calidad) • Despliegue de los objetivos de la calidad.
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Organigrama de la entidad y Matriz de responsabilidades y autoridades frente al SGC (Manual de Gestión de la Calidad) • Matriz o plan de comunicaciones
Revisión por la Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Programa de reuniones de revisión por la Dirección • Actas de revisión del Sistema de gestión de la calidad • Plan de mejora del Sistema de Gestión de la calidad, como resultado de la revisión por la Dirección.

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	
6.1. Provisión de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento elaboración y seguimiento del Plan de acción • Procedimiento elaboración y seguimiento del Plan de inversiones • Procedimiento elaboración, ajustes y aprobación del Presupuesto • Procedimiento para la elaboración del plan financiero
6.2. Talento humano	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la gestión del talento humano en la entidad (Selección, Contratación, Vinculación, Formación y Evaluación) • Guía o Manual de competencias y/o funciones y responsabilidades.
6.2. Talento humano	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la capacitación o formación de los funcionarios de la entidad. • Plan de capacitación para los funcionarios de la entidad. • Evaluación de la eficacia de la capacitación brindada a los funcionarios. • Hoja de vida de los funcionarios actualizadas y con los soportes de educación, formación, habilidades y experiencia, necesarios de acuerdo a lo establecido por la entidad.
6.3. Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento Mantenimiento de la infraestructura de la entidad. • Plan de mantenimiento de la infraestructura. • Hoja de vida de equipos.

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
6.4. Ambiente de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad)
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento(s) para la prestación del servicio (el número y los procedimientos depende de los servicios que preste la entidad y de lo que requiera documentación) • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales.
7.2. Procesos relacionados con el cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para solicitudes, quejas, reclamos y sugerencias • Matriz o plan de comunicaciones
7.3. Diseño y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para diseño y desarrollo de servicios, programas y proyectos. (Si se requiere)
7.4. Adquisición de bienes y servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la adquisición de bienes y servicios. • Procedimiento para la selección, evaluación, seguimiento y reevaluación de proveedores.

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
7.5. Producción y prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento(s) para la prestación de servicio (el número y los procedimientos depende de los servicios que preste la entidad y de lo que requiera documentación) • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales.
7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y de medición	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento Mantenimiento de la infraestructura de la entidad. • Plan de mantenimiento de la infraestructura. • Plan de calibración de equipos. • Hoja de vida de equipos. • Caracterización de los procesos.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	
8.1. Generalidades	
8.2. Seguimiento y medición	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente. • Procedimiento para la gestión de las auditorias internas • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales. • Fichas de indicadores • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
8.3. Control del producto y/o servicio no conforme	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el control del producto o servicio no conforme
8.4. Análisis de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua.
8.5. Mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua. • Procedimiento para la toma de Acciones correctivas, preventivas y de mejora

8.8. INDICADORES DE GESTIÓN

Es importante contar con un manual de indicadores si no se establece el manual la enunciación de los indicadores es esencial en la caracterización de procesos, debe incluir como mínimo el nombre del indicador y la fórmula de cálculo.

El término «Indicador» en el lenguaje común, se refiere a datos esencialmente cuantitativos, que permiten saber cómo se encuentran las cosas en relación con algún aspecto de la realidad que interesa conocer. Los indicadores pueden ser: medidas, números, hechos, opiniones o percepciones que señalen condiciones o situaciones específicas.²⁶

Existen elementos determinantes para configurar los indicadores como: nombre, objetivo que apoya, unidad de medida, frecuencia de medida, procedimiento de cálculo (índice), Sentido (mas (+) o menos (-), Meta (desde ____ hasta____), Capacidad (estado actual), Potencialidad (Lo mejor posible), Fuentes de información / Responsable, entre otros.²⁶

²⁶ BLANCO RIVERO, Luis Ernesto. Cómo construir indicadores de gestión.

Después de la caracterización de los procesos de la entidad, cada uno de sus responsables y su equipo de trabajo deben identificar los datos resultantes de la medición en las diferentes actividades del proceso y deben analizarlos de tal forma que les permita establecer información para evaluar la gestión y el impacto del proceso en la entidad o fuera de ella como es el caso de los procesos misionales.

Es importante recordar que los procesos arrojan información cualitativa o cuantitativa que de una u otra manera es posible registrarla para el seguimiento de los procesos, tales como:

- Número de usuarios atendidos o despachos realizados.
- Actividades realizadas en un período de tiempo o cantidad producida.
- Consumo de materiales o insumos.
- Tiempos para la realización de actividades.
- Tiempos muertos u ociosos.
- Gastos en mantenimiento.
- Número de operarios utilizados.
- Tiempos de uso de las máquinas o equipos.
- Calidad del trabajo.
- Entre otros.

A continuación se realiza una breve explicación de los diferentes Indicadores de gestión que se puede implementar en el sistema y se anexan algunos ejemplos de indicadores de gestión. (Ver anexo 6).

8.8.1. Definición de indicadores. Los indicadores no se construyen con una lluvia de ideas sino que se definen bajo el pensamiento estratégico de la entidad, el cual debe orientar el quehacer de cada uno de sus procesos y responsables de la gestión.²⁷

Para la definición de indicadores, los procesos deben ser vistos con el enfoque de efectividad total, de tal forma que sean identificados sus insumos, resultados y clientes, y así poder determinar las mediciones de la gestión de los mismos procesos, así:²⁷

²⁷ BLANCO RIVERO, Luis Ernesto. Cómo construir indicadores de gestión.

EFICIENCIA (RECURSOS)	EFICACIA (ATRIBUTOS)	EFFECTIVIDAD (IMPACTO)
• Mano de Obra	• Calidad	• Rendimiento
• Materia Prima	• Oportunidad	• Productividad
• Máquinas y Equipos	• Amabilidad	• Cobertura
• Tiempos	• Confiabilidad	• Participación
• Gastos		

Por lo tanto, y siendo la medición el aspecto clave para la intervención de los procesos, ésta debe reunir los atributos de pertinencia, precisión, oportunidad, confiabilidad y economía de forma tal que sea entendible para quienes hace uso de ella, así.²⁸

- Pertinencia para la toma de decisiones.
- Precisión en las mediciones repetitivas.
- Oportunidad en el tiempo para la ejecución de acciones.
- Confiabilidad en la realización de nuevas mediciones para su comparación.
- Economía en la obtención de las mediciones y el cálculo de indicadores según la relación costo-beneficio.

8.8.1.1. Indicadores de Eficiencia. Estos indicadores les deben permitir a los responsables de los procesos evaluar su gestión frente a la optimización de los recursos.

Cada que se estructure un indicador de eficiencia, éste debe relacionar un recurso versus el número de unidades o actividades realizadas con el fin de poder evaluar los consumos de dicho recurso. La formulación del indicador depende del lenguaje que se quiera tener en la entidad. Por ejemplo:²⁸

CASO1:	CASO2:
Horas-Hombre Laboradas Usuarios Atendidos	Usuarios Atendidos Horas-Hombre Laboradas
Interpretación:	Interpretación:
Tiempo invertido para atender a un usuario	Número de usuarios atendidos en hora

²⁸ BLANCO RIVERO, Luis Ernesto. Cómo construir indicadores de gestión.

8.8.1.2. Indicadores de Eficacia. Estos indicadores les deben permitir a los responsables de los procesos evaluar la calidad de su gestión en términos de los atributos propios de sus resultados.

Cada vez que se formulen estos indicadores se pretenderá evaluar un atributo de los resultados del proceso, así:

CASO1:	CASO2:
$\frac{\text{No. de instrumentos desarrollados}}{\text{No. de instrumentos proyectados}} \times 100$ <p>Interpretación: Porcentaje de cumplimiento</p>	$\frac{\text{No. de conceptos técnicos emitidos}}{\text{No. de solicitudes radicadas}} \times 100$ <p>Interpretación: Porcentaje de cumplimiento</p>
$\frac{\text{No. Actividades Realizadas}}{\text{No. Actividades Programadas}} \times 100$ <p>Interpretación: Porcentaje de cumplimiento</p>	$\frac{\text{No. Trámites racionalizados}}{\text{No. Trámites a racionalizar}} \times 100$ <p>Interpretación: Porcentaje de cumplimiento</p>

8.8.1.3. Indicadores de Efectividad

Estos indicadores permiten a los responsables evaluar el cumplimiento del propósito del sistema en estudio; es decir el impacto que se ha logrado acorde con los objetivos propuestos; por ejemplo, si un propósito es disminuir la tasa de mortalidad infantil por desnutrición a través de un proyecto que tiene como objetivo asegurar que en las escuelas de barrios marginales, haya un esquema de prestación de salud subsidiada por el Estado y se toma como prueba piloto un barrio y partiendo de una línea base se logra demostrar que efectivamente se disminuyó la mortalidad infantil, ahí se genera un impacto que es medible.

Este impacto se mide en términos de rendimiento frente a lo programado, la productividad según su capacidad instalada, cobertura y participación, entre otros aspectos, así:

Ejemplo: (Productividad)	Ejemplo: (Cobertura)
$\frac{\text{No. de entidades con MECI implementado}}{\text{No. de entidades asesoradas en MECI}}$	$\frac{\text{Total Población Beneficiada}}{\text{Total Población Objetivo}}$

8.8.2. Otros Indicadores.

Con el fin de controlar la gestión de los procesos desde otras perspectivas distintas a la eficiencia, eficacia y efectividad, se han planificado otras mediciones que dan cuenta de la gestión de los procesos como son algunas expresiones cuantitativas que se orientan a la razón de ser del proceso, así:

8.8.2.1. Gestión Ambiental.

Las normas ISO14004 e ISO14030 establecen la necesidad de implementar y mantener un sistema de indicadores de desempeño ambiental de la entidad y del propio desempeño del Sistema de Gestión Ambiental. A ese respecto, la eficacia en el logro de los objetivos del Programa de Gestión Ambiental puede evaluarse de la siguiente manera:

Cantidad de Material Reciclado	Contenido de Contaminantes
, y Unidades Producidas	Unidades de Desecho Generadas

8.8.2.2. Gestión del Talento Humano

Cada vez más adquiere mayor importancia la medición relativa al talento humano de las organizaciones en cuanto a que el mismo se considera parte fundamental del capital empresarial y activo básico para lograr el mejoramiento de los procesos de la entidad. Procesos, tales como; Selección e Ingreso de Personal, Capacitación, Evaluación de Desempeño, Pago de Salarios y Prestaciones, requieren del uso de indicadores que permitan conocer la evolución de la gestión del talento humano de la entidad, así:

% de Retiro	% de Ausentismo
$\frac{\text{No. Personas Retiradas}}{\text{No. Personas Vinculadas}}$	$\frac{\text{No. Horas de Ausentismo}}{\text{No. Horas Contratadas}}$

% Prestaciones	% de Accidentes de Trabajo
$\frac{\text{Valor Prestaciones Sociales}}{\text{Valor Total Salarios}}$	$\frac{\text{No. Accidentes de Trabajo}}{\text{No. Personas Trabajando}}$

8.9. ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

8.9.1. Seguimiento y medición

Cuando se habla de medición, se busca en términos generales comparar una unidad con respecto a otra; en un sistema de gestión, se mide lo que se está realizando, con el fin de conocer en un momento dado los avances frente a una Meta o los resultados obtenidos frente a lo que se planeó.

En el sistema de gestión de la calidad, se confrontan los resultados obtenidos, frente a los criterios definidos para los indicadores, requisitos legales, de los usuarios, reglamentarios, la adecuación, eficacia y conveniencia de los procesos y del sistema.

Se debe considerar qué se va a medir, cómo se va a medir, cuándo se va a medir, con qué se va a medir, realizar registro, dejar evidencia mediante documentos que muestren además de los resultados, el análisis de los mismos.

Para el análisis, se recomienda hacer uso de las herramientas estadísticas aplicables.

Los datos de las mediciones son importantes para la toma de decisiones basadas en hechos; la alta dirección debe asegurarse de la eficaz y eficiente medición, recopilación y validación de datos para asegurar el desempeño de la organización y la satisfacción de las partes interesadas.

Los resultados del análisis de datos de las actividades de mejora, se convierten en uno de los elementos de entrada de la revisión por la dirección, con el fin de proporcionar información para mejorar el desempeño de la organización.

8.9.1.1. Requisitos de los Clientes, Usuarios o Beneficiarios

En este aspecto, es necesario tener en cuenta que los requisitos de calidad, están directamente relacionados con el cumplimiento de las necesidades y expectativas establecidas por los clientes, usuarios o beneficiarios; también

hay requisitos de orden legal o los que se consideran implícitos por práctica común para la entidad, sus clientes o partes interesadas.

Es así como, los requisitos para el producto y/o servicio, pueden estar contenidos en, por ejemplo: especificaciones técnicas, normas de producto/servicio, normas de proceso, normas reglamentarias de la entidad, acuerdos contractuales y requisitos legales, entre otros, pero es finalmente el cliente quien determina las condiciones bajo las cuales el producto y/o servicio, cumple sus expectativas.

Es por eso que la evaluación de la satisfacción del cliente, debe tener una secuencia metodológica, como la que a continuación se sugiere:

Planificación de métodos de recolección de información: Es necesario definir aspectos fundamentales, tales como la accesibilidad de ésta con relación a los servicios que presta la entidad, definir el uso de los datos recolectados, definir recursos para la recolección de la información tanto interna como externa y los medios a través de los cuales se va a procesar la información.

Establecer estándares: Los define la propia entidad, a partir de la línea base determinada, producto de la información recolectada, ya sea a través de encuestas, consejos comunales, líneas de atención, entre otros.

Fuentes de información: Existen diferentes fuentes de información que pueden emplearse fácilmente, con el objeto de medir la satisfacción de los clientes, como por ejemplo, las quejas, los informes de medios de comunicación, los foros, las asambleas comunitarias, entre otros; la entidad debe definir sus fuentes.

Análisis de la información recolectada: Cada entidad, de acuerdo con sus objetivos define lo que pretende medir en relación con variables como oportunidad, accesibilidad, trato humanizado, información oportuna, cobertura, nivel de satisfacción, etc., y bajo este criterio analiza la información recolectada y determina el grado de cumplimiento que se debe confrontar con el estándar establecido.

Establecer el nivel de satisfacción de acuerdo con los estándares establecidos: Una vez establecido el grado de satisfacción, viene la implementación de acciones que sean necesarias para cerrar la brecha entre lo encontrado y el estándar establecido y en el caso que el nivel encontrado supera la línea base inicial, automáticamente este nivel de satisfacción, encontrado, se convierte en la línea base de la siguiente medición.

De todas maneras, la entidad debe mantener registros que evidencien un adecuado control en los siguientes aspectos:

- Planificación del producto y/o servicio.
- Cumplimiento de requisitos de productos y/o servicios.
- Actividades de verificación y validación en relación con la prestación de servicios.
- Actividades de comunicación con los clientes y partes interesadas.
- Tratamiento de las quejas y reclamos.

En los anexos presentamos un modelo general de encuesta de satisfacción de los usuarios con el producto/servicio recibido. (Ver Anexo 7)

8.9.1.2. Medición y Seguimiento a los Procesos

En esta instancia se verifica la efectividad de la medición de los procesos del SGC., para que alcancen los resultados planificados, de manera que cuando estos no se cumplan, se implementen correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.

En la medición de los procesos, debe tenerse en cuenta su caracterización con el fin de establecer el objetivo de este y el producto esperado por el cliente, usuario o beneficiario, porque lo que realmente se busca es que los procesos cumplan el objetivo para el cual se están llevando a cabo y además que agreguen valor.

Para la medición y seguimiento de los procesos, se recomienda seguir el ciclo de mejoramiento continuo (PHVA), aplicando la misma noción de proceso, es decir que hay unas entradas, unas actividades de análisis y unas salidas.

En el Planear, se debe establecer claramente un método de evaluación que puede ser el que la entidad tenga definido para este fin, como por ejemplo, el tablero de control, matriz de indicadores, entre otros; además debe utilizarse el sistema de información implementado, con el fin de determinar qué información es indispensable para la medición y las fuentes donde se pueda consultar; por último se debe planificar frecuencia de medición y las actividades de retroalimentación. Los métodos de evaluación empleados, deben ser revisados periódicamente y verificar la confiabilidad de los datos.

En el Hacer, se realizan todas aquellas actividades que tienen que ver con la recolección de datos, provenientes de las evaluaciones que efectúan los dueños de los procesos a través de la metodología adoptada por la entidad, con el fin de analizarlos y confrontarlos con los patrones definidos para

obtener un resultado del cual se debe dejar evidencia mediante los registros correspondientes.

Las actividades de Verificar y Actuar toman la información resultante de la confrontación efectuada en la etapa anterior, con el fin de realizar las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

En los anexos se presenta una propuesta de Ficha Técnica de Indicador; en la cual las entidades públicas podrán establecer la información necesaria para su cálculo y análisis (Ver anexo 6).

8.9.1.3. Medición y Seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad

Evaluar la implementación del sistema de gestión de la calidad, significa proporcionar evidencias objetivas sobre la eficacia y mejora continua de este; por lo tanto se debe verificar:

- Evidencia de la existencia de la política y de los objetivos de la calidad.
- Que el Manual de la calidad, incluya, entre otros aspectos: el alcance y la justificación de las exclusiones cuando aplique, los procedimientos documentados establecidos para el SGC o una referencia a los mismos y la interacción entre los procesos.
- Los procedimientos documentados y
- Control de los documentos.

Pueden utilizarse los siguientes métodos para identificar oportunidades de mejora del desempeño del sistema de gestión de la calidad: Encuestas de satisfacción del cliente, auditorías internas, informes de gestión presentados a antes de control, autoevaluación, entre otros.

En los anexos se presenta una plantilla de Programa de Auditorías, en la cual se garantiza que durante un ciclo de auditorías se evalúen todos los procesos de la entidad, al igual que se verifique el cumplimiento de los diferentes requisitos aplicables de la NTCGP 1000:2004. (Ver Anexo 8)

8.9.1.4. Medición y Seguimiento del producto y/o servicio

Se debe llevar un registro permanente de la verificación y evaluación de los productos/ servicios a través de los mecanismos implementados por la entidad; por lo tanto, la evaluación debe concentrarse en las evidencias resultantes de la generación del producto o prestación del servicio con el fin de compararlas con los estándares definidos y determinar las correcciones y/o acciones pertinentes.

Al igual que en la medición y seguimiento de los procesos, la del producto y/o servicio, se recomienda seguir el ciclo de mejoramiento continuo (PHVA),

aplicando la misma noción de proceso, es decir que hay unas entradas (características definidas, solicitudes de los clientes), unas actividades (etapas de planificación y realización del producto/ servicio) y unas salidas (evaluación de si el producto/servicio resultante cumplió con lo planificado).

En los anexos presentamos un cuadro de control de producto/servicio no conforme, en el cual la ESE Hospital Cumbal podrá asegurarse de que se han considerado los modos de falla potenciales en los productos/servicios ofrecidos y que se establezcan las acciones (tratamientos, correcciones) requeridas en caso de que se presenten. (Ver Anexo 7)

8.9.1.5. Auditorías Internas

Una vez implementado el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad, la Oficina de Control Interno de la entidad debe verificar que se mantiene y mejora de forma continua, con el fin de asegurar la calidad en los servicios que presta.

Por lo anterior se hace especial énfasis en el papel que la auditoría interna debe cumplir en este tema, en especial en lo referente a la necesidad de medir y evaluar de manera objetiva, el grado de implementación del Sistema, bajo la NTCGP 1000 2004, con el fin de identificar posibles desviaciones, lo que permitiría aplicar las acciones necesarias.

Se recomienda que a través de las oficinas de control interno, se coordine la auditoría independiente del Sistema de Gestión de la Calidad, para lo cual debe tenerse en cuenta la Circular 06 de junio de 2006, que con relación a la implementación de los sistemas de gestión de la calidad y de control interno, emitió el Departamento Administrativo de la Función Pública y que en los numerales 2 y 3 indica: ...“para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Gestión de la Calidad, será necesario que se habiliten auditores internos dentro de la entidad, los cuales deberán ser coordinados por la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces”...; quiere esto decir que esta dependencia, asumiendo su rol de evaluador independiente, ...” deberá realizar evaluaciones, seguimiento y monitoreo permanente al grado de avance y desarrollo de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme al plan previamente establecido por la misma”.

El objetivo de la mejora continua del SGC es aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de calidad buscando en forma permanente la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. La información proveniente de los clientes y otras partes interesadas, las auditorías, y la revisión del SGC pueden utilizarse para identificar oportunidades de mejora.

Las siguientes acciones pueden desarrollarse para contribuir a este propósito:

- Analizar y evaluar situaciones que permitan identificar oportunidad de mejora,
- Establecer objetivos para la mejora,
- Identificar, evaluar e implementar posibles soluciones para la mejora.

Si los resultados se revisan, de acuerdo con una periodicidad definida, para determinar nuevas oportunidades, la mejora será una actividad continua.

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de:

Las no conformidades detectadas u otras situaciones indeseables, con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir, y de las no conformidades potenciales u otras situaciones potencialmente indeseables, para prevenir su ocurrencia.

Las primeras se denominan acciones correctivas y deben ser apropiadas a las causas de las no conformidades. Las segundas, acciones preventivas, deben ser apropiadas a los problemas potenciales.

Las acciones correctivas tratan de evitar que una causa de no conformidad vuelva a producirse. Las acciones preventivas tratan de evitar que algún hecho suceda.

En los anexos presentamos un manual de auditorías, el cual cumple con los requisitos exigidos por la norma ISO 19011:2002. (Ver Anexo 8)

8.9.2. Control del producto no conforme

En términos generales, un producto no conforme se considera, cuando éste no cumple con los requisitos establecidos; mas allá de si la no conformidad, corresponde a un producto o a un servicio, la entidad debe ejecutar acciones respecto a sus efectos.

La entidad, debe evidenciar el desarrollo de procedimientos que permitan asegurar que los productos y/o servicios que no sean conformes con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifiquen y controlen para prevenir su uso no intencional.

La evaluación de este aspecto debe desarrollarse de manera sistemática, verificando:

- La existencia de un procedimiento para el control de producto no conforme.
- La existencia de puntos de control en los procesos del SCG.

- Los registros del producto no conforme y las correcciones y/o acciones tomadas.

En los anexos presentamos una plantilla en la que la ESE Hospital Cumbal podrán llevar un registro de las no conformidades en el producto/servicio, las acciones tomadas y los responsables y fechas de su solución. (Ver Anexo 10)

8.9.3. Análisis de datos

La mejora continua del sistema de gestión de la calidad, exige que se evidencie la existencia de un sistema de información que permita recolectar y analizar datos apropiados; por lo tanto la evaluación de este aspecto, debe incluir variables tales como:

- Métodos de análisis.
- Técnicas estadísticas.
- Informes de resultados, basados en análisis objetivo, en equilibrio con la experiencia, que permitan la toma de decisiones gerenciales.

Los datos analizados, de acuerdo con la NTCGP 1000:2004, deben proporcionar información sobre la conformidad con los requisitos legales, reglamentarios y los exigidos por el cliente, las tendencias de los procesos, en relación con su eficiencia y eficacia y por último, la contribución de los proveedores al logro de los objetivos de la entidad.

5.4. Acciones de mejora

Es necesario que la entidad determine los procedimientos para el control de las no conformidades y la toma de las acciones correctivas y preventivas; en esta fase de evaluación, se debe verificar que se tenga evidencia de:

- El informe de las no conformidades.
- La corrección de las de las no conformidades.
- El informe de las acciones tomadas y el
- Seguimiento y cierre de las acciones.

El siguiente Gráfico 8 ilustra la diferencia que hay entre una Corrección y una Acción Correctiva; mientras la primera apunta a subsanar el problema, la segunda apunta a eliminar la causa del mismo.



Grafica 8: Acción Correctiva y Preventiva²⁹

8.9.4.1. Acciones Correctivas

Las acciones correctivas están directamente relacionadas con el mejoramiento continuo que plantea la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004, con el fin de conservar la calidad, tanto en el producto como en el servicio que presta la entidad.

Por lo tanto, se deben evaluar los registros o evidencias que demuestren la existencia de aplicaciones que permitan optimizar los procesos, desde el hallazgo de una “No conformidad”, hasta que se realicen las acciones de prevención y correctivas que aseguren su eliminación; con esto se busca el mantenimiento del Sistema de Calidad.

En los anexos presentamos la propuesta de un formato en el cual la entidad podrá llevar un control sobre las no conformidades reales identificadas y las acciones correctivas tomadas. (Ver Anexo 9)

8.9.4.2. Acciones Preventivas

Las acciones preventivas son un tipo especial de acción que está enfocada hacia la prevención, introduciendo modificaciones en los métodos y criterios en aquellas partes del sistema que pueden constituir fuentes de no conformidades en el futuro.

Las acciones preventivas, tienen relación directa con los mapas de riesgos, donde se determinan acciones a seguir, una vez estos han sido identificados, analizados y valorados; por lo tanto se debe evaluar:

²⁹ NTC-ISO 10005 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para los Planes de la Calidad.

- Si la entidad ha analizado las causas de las no conformidades potenciales; para esto puede utilizar diferentes herramientas, como por ejemplo, el diagrama de causa – efecto, espina de pescado o cualquier herramienta de calidad que se defina por la entidad.
- La existencia de acciones que busquen prevenir la ocurrencia de estas “No conformidades” y su implementación oportuna en cada uno de los procesos que se desarrollan.
- Si hay asignación de responsabilidades para la identificación, evaluación, aplicación y revisión de acciones preventivas.
- La existencia de registros de las acciones tomadas.
- La evidencia del control y seguimiento de las acciones tomadas, para verificar si éstas fueron eficaces, si hay necesidad de mantenerlas, si deben cambiarse o si es necesario planificar nuevas acciones.

En los anexos presentamos la propuesta de un formato en el cual la entidad podrá llevar un control sobre las no conformidades potenciales identificadas y las acciones preventivas tomadas. (Ver Anexo 11)

8.9.4.3 Mejora Continua

Hablar de mejora continúa, implica entender y trabajar sobre la cadena de valor.

La ESE Hospital Cumbal debe tener una visión sistémica de sus procesos, controlarlos y mejorarlos constantemente, sobre la base del:

- Establecimiento de objetivos.
- Establecimiento de mecanismos de medición.
- Verificación de resultados.
- Aplicación de medidas correctivas o preventivas, de acuerdo con los resultados obtenidos.
- Compromiso de mejora constante.

La mejora de los procesos, significa optimizar la eficacia y la eficiencia, revisando permanentemente los controles, reforzando los procedimientos internos para responder a las contingencias y las demandas de los clientes, usuarios o beneficiarios.

Por lo anterior debe evaluarse la Mejora Continua de los procesos, para lo cual se recomienda la siguiente secuencia de acciones:

- Definir posibles desviaciones sobre el resultado esperado, de acuerdo con los objetivos del proceso.
- Establecer el procedimiento de análisis de la desviación encontrada y que genera el problema.
- Identificar las causas del problema, estableciendo posibles soluciones con el fin de analizar aquella que más convenga en términos de eficiencia para su solución.
- Establecer los planes de acción, e implementar la mejora.
- Controlar la mejora continua del proceso, efectuando los ajustes necesarios, por medio de un monitoreo permanente.

La Mejora Continua, significa mejorar los estándares; por lo tanto se debe evaluar la existencia de soportes de control de los procesos y los estándares establecidos, los cuales deben tener a la vez un seguimiento riguroso, teniendo en cuenta que éstos no son estáticos ya que la mejora continua, conlleva a las revisiones y ajustes periódicos de estos.

8.10. REVISIÓN GERENCIAL

Las revisiones del sistema por la Dirección son el mejor alimento para la mejora continua. Representan las oportunidades en las que la Alta Dirección toma conciencia del nivel de calidad que proporciona y de la calidad que perciben los clientes.

También es la oportunidad de comprobar la eficiencia del sistema, entendiendo como tal el avance en tres frentes:

- Idoneidad: ¿sigue siendo acorde con su finalidad?
- Adecuación: ¿sigue siendo suficiente?
- Eficacia: ¿sigue logrando los resultados deseados?

Por ello, se aconseja que la revisión del sistema por la Dirección se aparte de los problemas puntuales globales para adoptar una perspectiva general del SGC.

La Dirección tiene que analizar las tendencias importantes y decidir sobre ellas. Se aconseja no perder el tiempo durante la revisión del SGC discutiendo una y otra vez sobre problemas relativamente insignificantes.

La revisión del sistema será más útil si se analiza su evolución para obtener una visión general del conjunto, en vez de limitarse a revisar una lista de pequeños detalles.

A intervalos planificados, la Dirección debe revisar el SGC, para asegurarse de su conveniencia, adecuación eficacia, eficiencia y efectividad continuas, incluyendo el logro de los objetivos de la política de la calidad.

La información para la revisión debe incluir:

- Los resultados de auditorías,
- La retroalimentación del cliente,
- El funcionamiento de los procesos y conformidad del servicio,
- Estados de las acciones correctivas y preventivas,
- Acciones de seguimiento de anteriores revisiones por la Dirección,
- Cambios que podrían afectar al SGC,
- Recomendaciones para la mejora.
- Riesgos actualizados e identificados, entre otras.

Así mismo se aconseja analizar en la revisión por la Dirección otros elementos como podrían ser los requeridos en el punto 8.4 de la norma, referente al análisis de datos, como por ejemplo:

- Necesidades de formación
- Problemas de proveedores
- Necesidades y mantenimiento de equipos
- Ambiente de trabajo y la gestión de la infraestructura.

Las revisiones del sistema por la Dirección constituyen, en definitiva, el marco ideal para abrir acciones de cara a la mejora del servicio. En los resultados de la revisión, se deben identificar y analizar las disfunciones y tendencias, establecer planes de acción y asignar responsables. Por ello, se recomienda elaborar y presentar la información en forma de gráficos, diagramas o tablas, estructurada de manera que se observen las tendencias.

8.10.1. Modelos para Implementar la Mejora Continua en la Gestión

La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora (considerando la información directa de los principales clientes, los resultados de estudios de mercado, el análisis de la competencia,...) y la necesidad de efectuar cambios en el SGC (incluyendo la política y los objetivos de la calidad).

Deben mantenerse registros de las revisiones por la Dirección. Los resultados de la revisión deben incluir todas las decisiones y acciones adoptadas en relación con la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y sus procesos, la mejora del producto/servicio en relación con los requisitos del cliente, y las necesidades de recursos.

La revisión del sistema marca la pauta en cuanto a las necesidades de cambio y mejoras a promover (en la reunión se habrá examinado y valorado toda la información vertida por el SGC).

Por ello es necesario que se redacte un documento en el que se presenten los avances o los retrocesos en todas las actividades que afectan a la calidad del servicio y, en consecuencia, se marquen las acciones a emprender con la finalidad de proporcionar un mejor servicio. El acta de revisión del sistema deberá hacerse llegar a los Líderes de Procesos y personas adecuadas para que inicien las acciones oportunas.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIONES

Mediante el desarrollo del diagnóstico estratégico con una muestra representativa, se lograron identificar las necesidades de los clientes (internos y externos) de la ESE Hospital Cumbal, lo cual se tomó como base para el desarrollo de la estructura del sistema de gestión de calidad.

Con base en el diagnóstico estratégico se estableció que la ESE Hospital Cumbal, tiene en la actualidad algunas deficiencias en sus procesos y por ende en la satisfacción del cliente; lo cual puede ser solucionado con la implementación de un sistema de gestión de Calidad con base en la Norma NTC GP1000: 2004.

Con base en el diagnóstico estratégico realizado, se plantearon mejoras a los procesos para que estas fueran evaluadas por los responsables de las Áreas y la Gerencia, con el fin de ser presentados ante la junta directiva para su aprobación final.

Los indicadores de gestión constituyen una herramienta muy importante en la medición de los resultados alcanzados y del desarrollo de los objetivos de la calidad. Para la definición de los Indicadores de ESE Hospital Cumbal, se tomaron como base las necesidades de los clientes encontradas en el diagnóstico estratégico y los indicadores de monitorización bajo la Resolución 1446 de 2006. Se definieron indicadores de gestión para toda la entidad que permiten medir el cumplimiento de los objetivos de calidad y la gestión de los procesos.

Debido a la naturaleza de la actividad de ESE Hospital Cumbal, un sistema de gestión de la calidad con base en la Norma NTC GP1000:2004, va a permitir que la entidad realice una gestión transparente, eficaz y efectiva, lo que se traducirá en un crecimiento económico y un desarrollo importante para la región del sur de Nariño.

La estructura del manual de calidad y de procedimientos se desarrollaron con el fin de generar una herramienta útil y de fácil manejo para estandarizar las políticas y los lineamientos de la entidad en el desarrollo de las actividades diarias de la ESE Hospital Cumbal.

9.2. RECOMENDACIONES

Para obtener el certificado de la NTC GP1000:2004 se requiere la evaluación del sistema de calidad y su instrumentación por parte de auditores externos de calidad, por lo tanto la ESE Hospital Cumbal debe seleccionar un asesor o auditor de Calidad Certificado con experiencia en el sector de servicios de la salud, para identificar las debilidades potenciales del sistema y brindar una interpretación adecuada de la norma.

Se debe capacitar al equipo líder de Calidad para que dirijan la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y para la realización de las auditorías internas.

La ESE Hospital Cumbal debe implementar la estructura del Sistema de Gestión de Calidad en cada una de las áreas de la entidad, durante un periodo de tiempo antes de la evaluación externa y con base en los procesos y procedimientos establecidos. Este proceso será dirigido y controlado por el equipo líder de calidad.

La ESE Hospital Cumbal debe revisar los resultados de la evaluación, para emprender las acciones correctivas necesarias.

La ESE Hospital Cumbal debe obtener la certificación en el menor lapso de tiempo posible. Cuando obtenga la certificación debe divulgar el logro alcanzado por la entidad para aprovechar al máximo sus beneficios.

La ESE Hospital Cumbal y el Organismo certificador deben realizar el seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad periódicamente, para establecer las mejoras en el desempeño del sistema.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ICONTEC. Normas Técnicas Colombianas ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad, Fundamentos y Vocabulario. p.2.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. Sistemas de Gestión de la Calidad: Requisitos ISO 9000. Bogotá: ICONTEC, 2000.
- NTC-ISO 10002 Gestión de la Calidad. Satisfacción del Cliente. Directrices para el Tratamiento de las Quejas en las Organizaciones.
- NTC-ISO 10005 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para los Planes de la Calidad.
- NTC-ISO 9004 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la Mejora del Desempeño.
- Luis Fernando Aguádelo T., Gestan por procesos, Icontec, 2007.
- Grupo Regional ISO de la Universidad de Antioquia, Gestión y Auditoría de la Calidad para Organizaciones Públicas, Editorial Universidad de Antioquia. 2005.
- ICONTEC. Normas Técnicas Colombianas GP1000:2004 Sistemas de Gestión de la Calidad para el sector publico.
- NTC-ISO 19011:2002 Directrices para la Auditoria de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental.
- ARANGO BARRIENTOS, Fernando. El estudio del mercado para la justificación del proyecto. Bogotá, 2004. p. 16
- BAHAMON, Carolina, CAMACHO, Sandra. Anteproyecto de grado. Bogotá: 2001 p.22.
- BLANCO RIVERO, Luis Ernesto. Cómo construir indicadores de gestión. En: Revista Escuela Colombiana de Ingeniería. Bogotá. Número 48; Octubre- Diciembre 2002; p.27-28.
- PACHECO, Juan Carlos, CASTAÑEDA, Widberto, CAICEDO, Carlos Hernán. Indicadores Integrales de Gestión. Colombia: Mc. Graw Hill, 2002. p.40.
- TABLA, Guillermo. Guía para Implantar la norma ISO9001: Para empresas de todos tipos y tamaños. México; Mc Graw Hill, 1999. p.317.

Páginas de Internet

[http://www.buscarportal.com/articulos/iso 9001 2000 gestión calidad.html](http://www.buscarportal.com/articulos/iso%209001%202000%20gesti%C3%B3n%20calidad.html)

<http://www.lacaixa.infomail.es>

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

Anexo 1
CARACTERIZACION DEL PROCESO ESTRATEGICO

				
<p align="center">CARACTERIZACION DEL MACROPROCESO DE GESTION ESTRATEGICA</p>				
CÓDIGO: C-GED01		VERSION: 01		FECHA: 22-02-10
NOMBRE PROCESO: COMITÉ DE GERENCIA				RESPONSABLE: Gerencia, Grupo Directivo.
OBJETIVOS: Gestionar el óptimo desarrollo de los planes, programas, proyectos, estructuras organizacionales y operacionales mediante el seguimiento y control al cumplimiento de objetivos y metas establecidas en concordancia con la plataforma estratégica de la entidad, garantizando la rentabilidad social y sostenibilidad económica.				ALCANCE: Todos los funcionarios
REQUISITOS NORMATIVOS: Descritos en Normograma				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	MEDIDAS DE CONTROL	SALIDAS
Documento con formalización de las auditorías externas (Entes regulatorios y control) Planeación institucional y Gestión de Políticas Públicas	Informes de Entes regulatorios y de control Planes, Programas, Proyectos institucionales. Gestión de Políticas Públicas	Control y Seguimiento a Planes, Programas, Proyectos y Gestión de Políticas Públicas. Desarrollar proceso de análisis, verificación y evaluación al cumplimiento de los objetivos institucionales, metas, actividades formuladas en los planes, programas y proyectos, realizando la óptima y oportuna toma de	Acta de Comité	Resultado de evaluación y definición de estrategias o ajuste de metas.

Profesionales que cumplan con la normatividad contemplada en el Manual de Funciones.	Plan de Desarrollo Institucional aprobado por acuerdo de la Junta directiva Plan Estratégico Plan Operativo	decisiones.		Habilitación de acuerdo a especialidad y servicio	Según normatividad vigente en Salud y Seguridad Ocupacional
EQUIPOS	Computador, impresora				
REGISTROS	Acta de comités, Formato de Seguimiento a cumplimiento de metas de comités.	plimiento de objetivos y		INDICADORES	Manual de Indicadores
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	ANEXOS MEDIDAS DE CONTROL	SI NO	N°
Planeación institucional y Gestión de Políticas Públicas	Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de Gestión Ambiental. Sistema de Gestión Administrativo. Otros Sistemas de Gestión	Control y Seguimiento a Sistemas de Gestión Efectuar acciones de seguimiento y control al cumplimiento de los lineamientos estratégicos, operacionales y de medidas de mejoramiento establecidas para la optimización en el desarrollo de los Sistemas de Gestión.	Acta de Comité	SALIDAS	
IDENTIFICACION DE LOS RECURSOS	CRITICOS PARA LA EJECUCION DEL PROCESO				
COMPETENCIAS	DOCUMENTOS			INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE

Anexo 2
CARACTERIZACION DEL PROCESO MISIONAL



CARACTERIZACION DEL MACROPROCESO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO: C-PSSH01

VERSION: 01

FECHA: 22-02-10

NOMBRE PROCESO : HOSPITALIZACION

RESPONSABLE: Subgerencia Servicios de Salud, Profesionales médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros.

OBJETIVOS: Brindar atención integral en el servicio de hospitalización que contribuya a mejorar la calidad del estado de salud-enfermedad del usuario.

ALCANCE : Todas las especialidades

REQUISITOS NORMATIVOS: Descritos en Normograma

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	MEDIDAS DE CONTROL	SALIDAS
Atención al Usuario, Apoyo Técnico y de Gestión Gestión de Ingresos. Gestión Comercial Atención en Consulta Externa. Atención en Urgencias. Atención Sala de Partos y Qx	Admisión a los servicios. Autorización Contrato de Prestación de Servicios. Orden de Hospitalización	Atención Clínica en Hospitalización. Efectuar una atención cálida y humanizada que brinde el cuidado que requiere el paciente a nivel técnico, satisfaciendo las necesidades en el	Registros en historia clínica. Aplicación Guía de Manejo de Enfermería y Guía de Manejo Médica; registro de eventos	Valoración y Definición de conducta

		proceso salud- enfermedad facilitando su recuperación física, mental y emocional.	adversos.	
IDENTIFICACION DE LOS RECURSOS CRITICOS PARA LA EJECUCION DEL PROCESO				
COMPETENCIAS	DOCUMENTOS	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE	
Profesionales, técnicos y auxiliares que cumplan con la normatividad contemplada en Resolución 1443/05 Manual de Habilitación	Registros Clínicos. Registro diario de oportunidad en consulta. Registro de productividad. Informe de costos. Informes de Productividad. Programación de turnos. Factura de Venta.	Habilitación de acuerdo a especialidad y servicio	Normatividad vigente en Seguridad y Salud Ocupacional	
EQUIPOS	Equipos habilitación de acuerdo a servicio y nivel.			
REGISTROS	Formato No AC - F002 Evolución.		EXAMENES DE	

	<p>Formato No AC - F003 Orden de Hospitalización. Formato No AC - F004 de ordenes médicas. Formato No AC - F005 Solicitud de Cita Médica. Formato No AC - F006 Solicitud exámenes de laboratorio. Formato No AC - F007 Solicitud exámenes de Imagenología. Formato No AC - F008 Solicitud de Patología. Formato No AC - F009 Referencia y Contrarreferencia. Formato No AC - F011 Solicitud de interconsulta. Formato No AC - F012 certificado de defunción. Formato No AC - F013 enmienda certificado de defunción. Formato No AC - F014 Solicitud de exámenes y procedimientos. Formato No AC - F015 Solicitud de reserva de hemoderivado.</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>LABORATORIO POR EGRESO EXAMENES DE IMÁGENES POR EGRESO MORTALIDAD < DE 48 HORAS MORTALIDAD > DE 48 HORAS MORTALIDAD TOTAL TASA DE REINGRESO DE PACIENTES PROPORCION DE</p>
--	--	---------------------------	---

<p style="text-align: center;">REGISTROS</p>	<p>Formato No AC - F018 Epicrisis. Formato No AC - F019 Registros de Enfermería. Formato No AC - F020 Notas de Enfermería. Formato No AC - F021 Registros de Enfermería Unidad de Salud Mental. Formato No AC - F022 Hoja de Tratamientos. Formato No AC - F023 Oxígeno domiciliario. Formato No AC - F024 Memorando. Formato No AC - F025 Tarjeta de Medicamentos. Formato No AC - F026 Control diario raciones Pediatría. Formato No AC - F027 Solicitud de Ambulancia. Formato No AC - F028 Control de Transfusión. Formato No AC - F029 Reporte de reacción de transfusión. Formato No AC - F030 Procedimientos menores. Formato No AC - F031 Solicitud de Dieta. Formato No AC - F032 Solicitud de Dieta Pediatría. Formato No AC - F033 Control diario de raciones. Formato No AC - F034 Consentimiento informado. Formato No AC - F035 Kardex. Formato No AC - F036 Tarjeta de líquidos. Formato No AC - F037 Recomendaciones de egreso. Formato No AC - F038 Control mensual de raciones. Formato No AC - F039</p>	<p style="text-align: center;">INDICADORES</p>	<p>MORTALIDAD MATERNA MORTALIDAD PERINATAL CONSULTA POR EGRESO PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA POR DIA PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS VARIACION DE EGRESOS HOSPITALARIO VARIACION DE LA EQUIVALENCIA DE PACIENTES DIA PORCENTAJE DE OCUPACION PROMEDIO DE ESTANCIA GIRO CAMA SESIONES DE TERAPIAS POR EGRESO INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR EGRESO</p>
---	--	---	--

	Procedimientos de Enfermería. Formato No AC - F040 Solicitud de sala de cirugía.				PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA POR EGRESO
--	--	--	--	--	--

ANEXOS SI NO N°

Anexo 3
CARACTERIZACION DEL PROCESO APOYO

		CARACTERIZACION DEL MACROPROCESO GESTION DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES			
<p>Atención y cuidados en la prestación de servicios de salud.</p> <p>Gestión de Recursos físicos.</p> <p>Gestión Financiera.</p> <p>Gestión de Talento Humano.</p> <p>Gestión Jurídica.</p> <p>Evaluación y Control Institucional.</p> <p>Mejoramiento institucional</p>		CÓDIGO: C-PSSH01	VERSION: 01		FECHA: 22-02-10
		<p>OBJETIVO: SOPORTE TECNOLÓGICO</p> <p>Documentos de recepción de procesos de archivo y de comunicaciones generados</p>	<p>DESCRIPCIÓN: Gestión Documental</p> <p>Realizar actividades de manejo y organización de los documentos recepcionados y generados logrando consolidar la memoria documental de la entidad en función de su gestión.</p>	<p>DESCRIPCIÓN: Base de datos. Aplicación de gestión y central</p>	<p>RESPONSABLE: Jefe Oficina Asesora de Planeación, Coordinador Oficina de Sistemas.</p> <p>ALCANCE: Todas las áreas que hacen uso de equipos informáticos.</p> <p>Documento de gestión. Documento de archivo central. Documento archivo histórico.</p>
		ENTRADAS	ACTIVIDADES	MEDIDAS DE CONTROL	SALIDAS
			<p>Administración de Hardware y Software.</p>	<p>Formatos de solicitud de soporte, memorandos.</p>	
IDENTIFICACION DE LOS RECURSOS CRITICOS PARA LA EJECUCION DEL PROCESO					
COMPETENCIAS	DOCUMENTOS			INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE
<p>Gestión de Recursos Profesionales, especialistas y técnicos en Sistemas.</p>	<p>Ingreso Manuales de almacenamiento, procesamiento y salida de datos, computo, guía de almacenamiento y custodia de equipos de cómputo, servidores, impresoras, y medios de almacenamiento, software de aplicación.</p>	<p>recursos de software y hardware del Hospital La Victoria, brindando soporte a políticas para utilización de equipos de cómputo, nivel de mantenimiento de equipos de cómputo, servidores, impresoras, y medios de almacenamiento, software de aplicación.</p>	<p>Software, actualización de sistemas de almacenamiento de datos, de ejecución de soporte técnico.</p>	<p>Oficinas, Centro de Cómputo, Centro de Cableado y equipos de cómputo.</p>	<p>Según necesidad normatividad planteada vigente en salud</p>
EQUIPOS	Equipos de Compuo, equipos activos de comunicación, servidores, impresoras, y medios de almacenamiento, software de aplicación.				
REGISTROS	<p>Formato No SI - F006 Solicitud de soporte técnico.</p> <p>Formato No SI - F009 Bitácora seguimiento sistema de aplicativos específicos.</p> <p>Formato No SI - F013 Identificación de archivos.</p>	<p>Formato No SI - F014 Traslado de</p>		INDICADORES	Manual de Indicadores

	documentos.		
--	-------------	--	--

Anexo 4
ESTRUCTURA DEL MANUAL DE CALIDAD DE LA ESE HOSPITAL
CUMBAL.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

MANUAL DE CALIDAD

**ESE HOSPITAL CUMBAL
2010**

Elaboró: "Nombre" "Cargo"	Revisó: "Nombre" "Cargo"	Aprobó: "Nombre" "Cargo"
Fecha de Aprobación:	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Firma:	Firma:	Firma:

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Generalidades
 - 3.1. Exclusiones y justificaciones
 - 3.2. Responsabilidad
4. Información institucional
 - 4.1. Reseña histórica
 - 4.1.1. Servicios que presta la ESE Hospital Cumbal.
 - 4.2. Misión
 - 4.3. Visión
 - 4.4. Valores Corporativos
 - 4.5. Principios Éticos
 - 4.6. Política de Calidad
 - 4.7. Objetivos de la Calidad
 - 4.7.1. Tabla de interrelación
5. Definiciones
6. Contenido
 - 6.1. Organigrama: anexo No. 1.
 - 6.2. Mapa de Procesos: anexo No. 2
 - 6.3. Caracterizaciones de los Procesos: anexo No. 3
 - Proceso de Direccionamiento
 - Proceso de Control y Mejora
 - Proceso de Ingreso
 - Proceso de Promoción y Prevención
 - Proceso de Atención Ambulatoria
 - Proceso de Atención Hospitalaria
 - Proceso de Apoyo Diagnostico
 - Proceso de Gestión de Talento Humano
 - Proceso de Gestión del Ambiente Físico
 - Proceso de Gestión Financiera
 - Proceso de Gestión de Bienes y Servicios
 - Proceso de Gestión Jurídica



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

1. Objetivo

El presente Manual busca representar de forma clara y coherente los procesos de la ESE Hospital Cumbal como un sistema de gestión basado en los lineamientos de calidad, que aseguren la prestación de todos los servicios de salud, y que de alguna forma apoyan las actividades que interactúan con los procesos.

El sistema de gestión de calidad de la ESE Hospital Cumbal, se encuentra estructurado conforme a los requisitos planteados en la norma NTC-GP1000:2004.

El manual de calidad se encuentra a disposición de todo nuestro personal, como una guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y propósito de la Administración.

2. Alcance

Este manual es de aplicación para todos los procesos misionales, gerenciales, apoyo y de evaluación, identificados en el sistema de gestión de la calidad de la organización y contenidos en el mapa de su mismo nombre.

De igual manera, es empleado por el personal asistencial y administrativo de los servicios institucionales para la prestación de los servicios de urgencias, atención ambulatoria, atención hospitalaria, apoyo diagnóstico para el nivel de complejidad I.

3. Generalidades

3.1. Exclusiones y justificaciones

Diseño y desarrollo (7.3): El servicio de salud se presta de acuerdo a estándares internacionales, en ninguna de las etapas, se requiere el diseñar o crear algo nuevo, para asegurar que el servicio cumple con los requisitos legales del cliente y, de la organización. Adicionalmente la ausencia en su aplicación no compromete la calidad del servicio.

3.2. Responsabilidad

Es responsabilidad del Gerente General, con el acompañamiento de la Dirección de Calidad, difundir y sensibilizar en lo que refiere a la competencia de cada proceso, servicio o área, el contenido del manual. Igualmente su actualización cuando sea requerida.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

4. Información institucional

4.1. Reseña histórica

La Empresa Social del Estado “E.S.E Hospital Cumbal”, cuenta con el REGISTRO DE HABILITACIÓN HOSPITALARIA N° 522270032 1 expedido el 20 de octubre de 2006. Por lo cual presta servicios de baja complejidad en atención en salud denominados así por la Ley 1122 de 2007, antes llamados (servicios de primer nivel).

La E.S.E. Hospital Cumbal, está localizada en el Municipio de Cumbal Departamento de Nariño, cuya población está concentrada en el área rural. Sus fuentes de actividad económica son la agricultura y la ganadería. El resto esta diversificado en servicios del gobierno, transporte y comercio.

El principal órgano de administración de la E.S.E. Hospital Cumbal es la Junta Directiva, conformada por seis miembros: El Alcalde, Director Local de Salud del Municipio, un representante del personal asistencial de nomina del Hospital, un representante del área de la salud de la zona de influencia, un representante de la liga de usuarios en nombre de la comunidad y un representante de los gremios de producción, en caso de existir cámara de comercio en el municipio se realizará elección de un representante de los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria), los representantes de la Junta Directiva se eligen por periodos de tres años y los empleados públicos los cuales conformen esta junta de acuerdo a sus funciones, lo harán mientras ejerzan dicho cargo.

A nivel del municipio las entidades que prestan el servicio de salud son; I.P.S. INDÍGENA GRAN CUMBAL con sede en el casco urbano, IPS INDÍGENA DE CHILES con sede en el corregimiento de Chiles, E.S.E. HOSPITAL CUMBAL la cual cuenta con su sede principal en el casco urbano, 5 Centros de Salud y 6 Puestos atención en salud (satélites) que conforman la red hospitalaria. Y la I.P.S. CUMBE SALUD la cual presta servicios de terapia ocupacional y fisioterapia.

La población, según las dos fuentes de información con las que cuenta el Municipio de Cumbal son, DANE 2005, 30.996 y Censo del Cabildo 2005, 35.035 habitantes, de los cuales 2.353 se encuentran sin ningún tipo de aseguramiento en salud, por tanto deben ser atendidos a través del régimen de población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda según la Ley 1122 del 2007 antes llamados (vinculados). El Gobierno Municipal tiene la autorización para manejar directamente los recursos del Sistema General de Participaciones (S.G.P.) de salud, destinados a cubrir el régimen de

población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda en lo referente a los Servicios de Seguridad Social de Baja Complejidad (S.S.B.C).

Por otro lado, el resto de la población se encuentra asegurada bajo el régimen subsidiado (RS) y régimen contributivo (RC). El Gobierno Municipal recibe recaudos del SGP para atender sus competencias entre las cuales están, contratar las Empresas Promotoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) que se encargan de afiliar a la población (Sisben 1 y 2) y contratar los servicios de salud con las I.P.S. y la E.S.E de acuerdo a los servicios habilitados por cada una de ellas.

El Municipio de Cumbal a nivel de aseguramiento se encuentra así: población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda 2.353, Contributivo 1.018, Especiales 426, Subsidiados 31.238 de los cuales Mallamas E.P.S-I cuenta con 26. 431 afiliados, Asmet tiene 2.783 afiliados y Emssanar con 2.018 afiliados.

La E.S.E. Hospital Cumbal presta servicios de baja complejidad en atención en salud, entre los que encontramos consulta externa, urgencias, hospitalización, atención y apoyo a programas de salud pública, odontología, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, servicio farmacéutico, programas de prevención y promoción, traslado asistencial básico (ambulancias), fototerapia, monitorización fetal, Sala de Enfermedad Respiratoria Aguda, Sala de Yesos, Sala de Procedimientos, Sala de Reanimación, Sala de Sépticos, se destaca los programas de atención materna y del recién nacido, por lo cual la institución logro en el 2004-2005 la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), e implementando las estrategias de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

La E.S.E. Hospital Cumbal está presente a nivel de todo el Municipio de Cumbal, cuenta con 12 unidades de atención entre el hospital, centros y puestos de salud: el Hospital en el casco urbano, cinco centros de salud y seis puestos de salud, los cuales se encuentran habilitados e identificados con el sello de habilitación, sin embargo la nueva construcción en el Hospital la cual está por terminar, hace que la atención sea en un solo lugar, para que el centro de salud de Cumbal se traslade a las instalaciones del Hospital.

Las unidades de atención en salud ubicadas así:

- Hospital Cumbal; ubicado en el casco urbano del Municipio

- Centro de salud de Servicios Ambulatorios; ubicado en el casco urbano del Municipio
- Centro de Salud Chiles; ubicado en el polideportivo central del corregimiento de Chiles.
- Centro de Salud Panan; ubicado en la calle principal, vereda Palmar, corregimiento de Panan.
- Centro de Salud Tiuquer etc etc etc
- Centro de Salud Mayasquer.
- Puesto de Salud Laurel.
- Puesto de Salud Cuetial.
- Puesto de Salud Tallambi.
- Puesto de Salud Miraflores.
- Puesto de Salud La Union.
- Puesto de Salud San Martin.

La fuente de ingresos de la E.S.E. Hospital Cumbal es la prestación de los servicios de salud a través de contratos con las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo (EPS), con quienes se realizan contratos por la modalidad de evento. Las instituciones con las que contrata en el régimen subsidiado son, la Entidad Promotora de Salud Indígena "MALLAMAS EPS-I", ASMET SALUD EPS y EMSSANAR EPS, en el régimen contributivo SOS, SALUDCOOP y COOMEVA, con regímenes especiales EJÉRCITO NACIONAL y la POLICÍA NACIONAL y la POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO POR SUBSIDIOS A LA DEMANDA cuya cuenta se maneja a través del giro del FOSYGA (Fondo de solidaridad y garantía) al Municipio de Cumbal.

4.1.1. Servicios que presta la ESE Hospital Cumbal.

CONSULTA MEDICA GENERAL:

Consulta medica general.

Consulta medica de programas de P y P con el equipo extramural.

Consulta medica de control de enfermedades de interés en salud pública.

Consulta medica de control general.

CONSULTA DE ENFERMERÍA.

Consulta medica de enfermería.

Atención domiciliaria de acuerdo con la guía de atención integral.

Controles de promoción y prevención.

Atención grupal por enfermería.

Los programas de promoción y prevención son de carácter específico y atención temprana, como:

Control de crecimiento y desarrollo menor de 10 años.
Control del joven de 10 a 29 años.
Control del adulto mayor de 45 años.
Detención temprana de cuello uterino.
Detención temprana de alteraciones de agudeza visual.
Demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública.

CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL.

Acciones de promoción y prevención en salud oral: educación, control de placa, detartraje, aplicación de sellantes, aplicación de flúor, profilaxis final.
Examen clínico odontológico con realización de historia clínica, examen físico, diagnóstico y tratamiento odontológico.
En caso de ser necesario toma de radiografía periapicales para confirmar diagnósticos presuntivos.

La consulta odontológica general incluye las siguientes modalidades:

Realización de historia clínica.
Obturaciones en resina de fotocurado.
Obturaciones en amalgama.
Exodoncia simple.
Tratamiento de conductos.
Remisión a las especialidades de odontológica.

CONSULTA DE TRABAJO PSICOSOCIAL.

Consulta individual por trabajo psicosocial: individual, grupal o familiar.
Visita domiciliaria: comprende diagnóstico y clasificación sociofamiliar.

SERVICIO DE FARMACIA.

El servicio de farmacia se ofrece tanto en la IPS Indígena en el centro como en la zona rural cuando se necesite, el usuario encontrara un completo depósito de medicamentos.

ATENCIÓN Y APOYO A PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA.

Enfermedad diarreica aguda.
Infección respiratoria aguda.
Hipertensión arterial.
Enfermedades de trasmisión sexual.

Diabetes mellitus.
Control de menor de un año.

MEDICINA TRADICIONAL.

En consideración a que el Municipio de Cumbal tiene gran cantidad de comunidad indígena pertenecientes a la Etnia de los Pastos se presta el servicio de medicina tradicional.

ATENCIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO.

Atención en la toma y lectura de las muestras de acuerdo a unas ordenes emitidas por el personal médico y de enfermería de la institución.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

Cuenta con equipo extramural.

Tarifas de contratos vigentes.

Las tarifas utilizadas en el proceso de facturación son tarifas SOAT vigentes mediante un proceso de capitación con la EPS-I Mallamas.

Las tarifas utilizadas en el proceso de facturación son tarifas SOAT vigentes mediante un proceso de evento con EMSSANAR EPS-I.

4.2 Misión

La ESE Hospital Cumbal, como institución prestadora de servicio de salud, encargada de ofrecer un nuevo modelo de de salud más humano con calidad eficiencia y oportunidad. Utilizando adecuadamente el potencial humano y sus recursos comprometidos con el mejoramiento continuo de la comunidad.

4.3 Visión

Constituirse como la ESE. líder en el sur occidente Colombiano mediante la ejecución del modelo de prestación de servicios integral con calidad y eficiencia que satisfaga plenamente al usuario, sirviendo honesta y oportunamente, contando con un talento humano profesional y a la vez fomentando la competencia leal a nivel institucional.

4.4 Valores Corporativos

Los valores corporativos que inspiran y soportan la gestión de los funcionarios de la La ESE Hospital Cumbal son:

Respeto: El servidor público de la ESE debe brindar a todos los usuarios y grupos de interés un trato digno, cordial y tolerante. Está obligado a

reconocer y considerar en todo momento los derechos, libertades y calidades inherentes a la condición humana.

Igualdad: En el desempeño del cargo, la totalidad de funcionarios de la ESE brindarán a los usuarios un trato justo y equitativo a todos aquellos que tengan derecho sin distingos de sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política.

Transparencia: Los funcionarios mantendrán total pulcritud en el manejo de los recursos, además de facilitar el acceso a la información, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad establecidos por la normatividad vigente.

Participación: Se garantizará la participación de los grupos organizados y su articulación en los procesos de control y fiscalización de la gestión.

Autocontrol: Cada uno de los funcionarios tendrá la responsabilidad para asumir sus propias decisiones y autorregular su conducta, evaluando su trabajo, detectando desviaciones y efectuando correctivos que le garanticen el buen ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz.

Credibilidad: El servidor público de la ESE debe actuar atendiendo siempre a la verdad, fomentando la credibilidad de la sociedad en las instituciones públicas, que conduzca a generar una cultura de confianza y de apego a la verdad.

4.5 Principios Éticos

- Para la ESE Hospital Cumbal, el principal capital lo constituye su talento humano.
- Todos nuestros usuarios y las personas que hacen parte de los grupos de interés son iguales frente al ejercicio de nuestras funciones y responsabilidades.
- Todas las actuaciones de cada uno de nuestros funcionarios se enmarcan en el bien común y el interés general.
- El desempeño de las responsabilidades asignadas a cada cargo, debe cumplirse con probidad y dignidad.

4.6 Política de Calidad

La ESE Hospital Cumbal, dedicada a la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención garantiza a los usuarios de manera oportuna con un modelo de atención integral de calidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, teniendo como base la tecnología adecuada y personal competente, respetando el marco legal vigente.

4.7 Objetivos de la calidad

1. Garantizar permanentemente la satisfacción de nuestros usuarios.
2. Brindar atención integral a nuestros usuarios de manera oportuna.
3. Garantizar la competencia, idoneidad, pertinencia de nuestro personal para una prestación de servicios con calidad.
4. Disponer de recursos necesarios para brindar una atención integral de salud.
5. Garantizar la adherencia y compromiso con el sistema de gestión de la calidad, mediante mecanismos de seguimiento que permita el mejoramiento continuo.

4.7.1. Tabla de interrelación.

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	
4.1 Requisitos Generales	
a. Identificar los procesos que le permitan cumplir la misión que le ha asignado.	Mapa de procesos (Manual de Gestión de la Calidad)
b. Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.	

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
c. Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes.	Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad)
d. Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.	Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad) Ficha de indicadores
e. Realizar el seguimiento, la medición y análisis de estos procesos	Ficha de indicadores
f. Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.	Procedimiento para la toma de Acciones correctivas, preventivas y de mejora.
g. Identificar y diseñar los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.	Procedimiento para la gestión de riesgos Mapa de riesgos, política de riesgos y plan de control de los riesgos.
4.2. Gestión documental	
4.2.1. Generalidades	
a. Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.	Política y objetivos de la calidad

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
b. Un manual de la calidad.	Manual de Gestión de la Calidad
c. Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma.	Procedimientos para: <ul style="list-style-type: none"> • Control de los documentos (4,2,3) • Control de los registros (4,2,4) • Auditorías internas (8,2,2) • Control del producto y/o servicio no conforme (8,3) • Acciones correctivas, preventivas y de mejora (8.5.)
d. Los documentos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	Según necesidades específicas de cada organización
e. Los registros requeridos por esta Norma	Ver Numeral 7.7.
4.2.2. Manual de la Calidad	(Manual de Gestión de la Calidad)
4.2.3. Control de documentos	Procedimiento para el control de los documentos
4.2.4. Control de los registro	Procedimiento para el control de los registros

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1. Compromiso de la Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Guía para el comité de la calidad y/o de mejoramiento • Política y objetivos de calidad (Manual de Gestión de la Calidad) • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad.
5.2. Enfoque hacia el cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el manejo de solicitudes, quejas, reclamos y sugerencias. • Necesidades específicas de cada organización.
5.3. Política de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Política de calidad (Manual de Gestión de la Calidad)
5.4. Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la elaboración del plan de desarrollo • Procedimiento para la elaboración de los planes de acción • Procedimiento para la gestión de programas y proyectos • Objetivos de la calidad (Manual de Gestión de la Calidad) • Despliegue de los objetivos de la calidad.
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Organigrama de la entidad y Matriz de responsabilidades y autoridades frente al SGC (Manual de Gestión de la Calidad) • Matriz o plan de comunicaciones

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
<p>Revisión por la Dirección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Programa de reuniones de revisión por la Dirección • Actas de revisión del Sistema de gestión de la calidad • Plan de mejora del Sistema de Gestión de la calidad, como resultado de la revisión por la Dirección.
<p>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</p>	
<p>6.1. Provisión de recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento elaboración y seguimiento del Plan de acción • Procedimiento elaboración y seguimiento del Plan de inversiones • Procedimiento elaboración, ajustes y aprobación del Presupuesto • Procedimiento para la elaboración del plan financiero
<p>6.2. Talento humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la gestión del talento humano en la entidad (Selección, Contratación, Vinculación, Formación y Evaluación) • Guía o Manual de competencias y/o funciones y responsabilidades.

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
<p>6.2. Talento humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la capacitación o formación de los funcionarios de la entidad. • Plan de capacitación para los funcionarios de la entidad. • Evaluación de la eficacia de la capacitación brindada a los funcionarios. • Hoja de vida de los funcionarios actualizadas y con los soportes de educación, formación, habilidades y experiencia, necesarios de acuerdo a lo establecido por la entidad.
<p>6.3. Infraestructura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento Mantenimiento de la infraestructura de la entidad. • Plan de mantenimiento de la infraestructura. • Hoja de vida de equipos.
<p>6.4. Ambiente de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de los procesos (Manual de Gestión de la Calidad)
<p>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p>	

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
<p>7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento(s) para la prestación del servicio (el número y los procedimientos depende de los servicios que preste la entidad y de lo que requiera documentación) • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales.
<p>7.2. Procesos relacionados con el cliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para solicitudes, quejas, reclamos y sugerencias • Matriz o plan de comunicaciones
<p>7.4. Adquisición de bienes y servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la adquisición de bienes y servicios. • Procedimiento para la selección, evaluación, seguimiento y reevaluación de proveedores.

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
<p>7.5. Producción y prestación del servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento(s) para la prestación de servicio (el número y los procedimientos depende de los servicios que preste la entidad y de lo que requiera documentación) • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales.
<p>7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y de medición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento Mantenimiento de la infraestructura de la entidad. • Plan de mantenimiento de la infraestructura. • Plan de calibración de equipos. • Hoja de vida de equipos. • Caracterización de los procesos.
<p>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</p>	
<p>8.1. Generalidades</p>	

MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: M-GED01

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

REQUISITO DE LA NORMA NTC GP 1000:2004	DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O RECOMENDADOS
<p>8.2. Seguimiento y medición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente. • Procedimiento para la gestión de las auditorias internas • Plan de calidad de los procesos misionales cuando lo considere necesario de acuerdo a los programas y proyectos especiales. • Fichas de indicadores • Procedimiento para la revisión del Sistema de gestión de la calidad
<p>8.3. Control del producto y/o servicio no conforme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el control del producto o servicio no conforme
<p>8.4. Análisis de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua.
<p>8.5. Mejora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para revisión del Sistema de gestión de la calidad. • Procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua. • Procedimiento para la toma de Acciones correctivas, preventivas y de mejora

5. Definiciones

- Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
- Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir requisitos.
- Política de calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad, tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- Sistema de gestión de la calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- Mapa de procesos: Representación gráfica que identifica los procesos misionales, de apoyo y gerenciales de la organización.
- Organigrama: Gráfico de la estructura de la organización, que representa al mismo tiempo los diversos elementos del grupo y sus relaciones respectivas. Fija la acción y responsabilidad de cada servicio.

6. Contenido

- 6.1. Organigrama (ver anexo No. 1)
- 6.2. Mapa de procesos (ver anexo No. 2)
- 6.3. Caracterizaciones de los procesos (ver anexo No. 3)

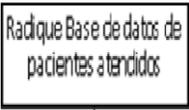
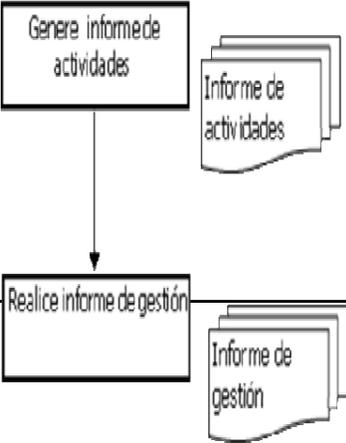
Anexo 5
ESQUEMA GENERAL DE UN PROCEDIMIENTO

	MACROPROCESO: ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	PROCEDIMIENTO	CODIGO AC - P003 - PX001	CLASE DE COPIA	ORIGINAL
				COPIA No	1
8. CONTROL DE REGISTROS Y PREVENCIÓN	PROCESO: PROMOCION Y PREVENCIÓN	PROMOCION DE LA SALUD	Pagina 1 de 3	ESTADO DOCUMENTAL	ARCHIVO DE GESTION
8.1. TO - F002 Formato de Control de Asistencia 8.2. TO - F003 Formato de Encuesta de Evaluación					
1. REFERENCIAL APROBACIÓN					
JERARQUIA	NOMBRE	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL		
ELABORO	Ana medina	Jefe de enfermeras	Consulta Externa		
VALIDO	Viviana Aprez	Subgerente científica	Gerencia		
APROBO	Alex Arteaga	Subgerente financiero y administrativo	Gerencia		
2. OBJETIVO					
Gestionar mensualmente el desarrollo de programas de salud pública realizando alianzas estratégicas con instituciones de primer nivel para promoción de la salud y aplicando estrategias de demanda inducida.					
3. DEFINICIONES: Promoción de la salud: Conjunto de acciones dirigidas a generar, desarrollar y conservar aquellas manifestaciones del proceso vital consideradas por el grupo, desde su escala de valores, como eventos ideales a conseguir. Salud Pública					
4. ALCANCE: Involucra a todos los usuarios que demandan el servicio.					
5. NORMATIVAS VIGENTES APLICABLES AL PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO: Descritos en Normograma.					
6. ACTIVIDADES RELACIONADAS					
6.1. Gestión Comercial. 6.2. Atención al Usuario Apoyo Técnico y de Gestión.					
7. DESCRIPCIÓN GENERAL					
Organizar, coordinar y garantizar las actividades de promoción de la salud					

	MACROPROCESO: ATENCION Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	PROCEDIMIENTO	CODIGO AC - P003 - PX001	CLASE DE COPIA	ORIGINAL
	PROCESO: PROMOCION Y PREVENCION	PROMOCION DE LA SALUD	Pagina 2 de 3	COPIA No	1
				ESTADO DOCUMENTAL	ARCHIVO DE GESTION

No	QUE DEBE HACER	FLUJO/ RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
9,1	Revisar normatividad vigente en prevención de la enfermedad (Resolución 412/00) y organizar actividades.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Revise normatividad vigente Res 412 /00 y organice actividades</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Planee, organice y programe actividades</div>	Enfermera Jefe Promoción y Prevención	De acuerdo a esquema normativo vigente - Resolución 412 /00 , verifique actividades a desarrollar. Establezca programas de prevención según lineamientos normativos (Resolución 412/00).	Anualmente
9,2	Planear, organizar y programar actividades a desarrollar en prevención de la enfermedad.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Informe actividades</div>	Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Planee , organice con grupo multidisciplinario actividades a desarrollar en prevención de la enfermedad según resolución 412/00.	Anualmente
9,3	Informar a la Subgerencia de Servicios de Salud y Oficina de Desarrollo Institucional existencia del programa.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Recepcione , capture usuarios y atienda según programa</div>	Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Efectúe oficio informativo de los programas de prevención de la enfermedad que funcionan en el Hospital y describa la forma de direccionarlo al programa.	Anualmente

	MACROPROCESO: ATENCION Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	PROCEDIMIENTO	CODIGO AC - P003 - PX001	CLASE DE COPIA	ORIGINAL
	PROCESO: PROMOCION Y PREVENCIÓN	PROMOCION DE LA SALUD	Página 2 de 3	COPIA No	1
				ESTADO DOCUMENTAL	ARCHIVO DE GESTION

9,4	Recepcionar y/o capturar usuarios que cumplen requisitos según programa.		Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Reciba al usuario o captúrelo a través de los servicios del Hospital y aplique guías respectivas AC - PyP - G001 Guía de Manejo Plan Canguro. AC - PyP - G002 Guía de Manejo Cáncer de Seno. AC - PyP - G003 Guía de Manejo Parto Humanizado.	Periódicamente
9,5	Finalizada la atención mensual remita a oficina de facturación para la respectiva liquidación.		Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Ingrese a base de datos del programa ampliado de inmunización o base de datos de programas , los datos requeridos de población atendida por programa	Mensualmente
9,6	Analizar información y emitir informe.		Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Ingrese a la base de datos del programa respectivo y genere informe en formato AC - PyP - F011 al final de mes. Radique en el en área de facturación el día 25 de cada mes de en medio físico y magnético acuerdo	Mensualmente

	MACROPROCESO: ATENCION Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	PROCEDIMIENTO	CODIGO AC - P003 - PX001	CLASE DE COPIA	ORIGINAL
	PROCESO: PROMOCION Y PREVENCION	PROMOCION DE LA SALUD	Pagina 2 de 3	COPIA No	1
				ESTADO DOCUMENTAL	ARCHIVO DE GESTION

				a procedimiento de gestión documental.	
9,7	Analizar información y emitir informe.		Enfermera Jefe Promoción y Prevención	Revise, analice actividades y emita informe de actividades AC - PyP - F011, informe de colposcopias AC - PyP - F010, informe de vacunación AC - PyP - F009 y radique en la Subgerencia de Servicios de Salud y oficina de planeación siguiendo procedimiento de gestión documental.	Mensualmente

Anexo 6
FICHA TECNICA DE INDICADORES

FICHA TECNICA DE INDICADORES

CÓDIGO: M-GED02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

• PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Proporcion de pacientes con Hipertension arterial Controlada
Justificación	La hipertensión arterial no controlada puede conducir a graves complicaciones, los pacientes hipertensos representan un segmento importante de utilización de servicios de salud y son potencialmente vertiente de incremento del alto costo en el sistema.
Dominio	Efectividad
Nivel de desagregación	Ninguna

DEFINICION OPERACIONAL

Variable Uno	Numero total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la guía practica clínica basada en evidencia
Variable Dos	Numero total de pacientes diagnosticados hipertensos por 100.
Unidad de medición	Porcentual.
Formula de calculo	La Variable Uno se divide con la Variable Dos luego se multiplica por 100
Estándar	Historico

VARIABLE

	Variable Uno	Variable Dos
Origen de a información	Informe de gestión promoción y prevención Formato AC - PyP - F011.	Archivos RIPS
Responsable	Jefe de Promoción y Prevención	Tecnico de Rips
Periodicidad del indicador	Mensual	



FICHA TECNICA DE INDICADORES

CÓDIGO: M-GED02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Destinatario	Cliente Interno y Externo.
Observaciones	Ninguna.

FICHA TECNICA DE INDICADORES

CÓDIGO: M-GED02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

- **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS ESPECIALES.**

ASPECTOS GENERALES

Nombre	Porcentaje de Cumplimiento de Programación de programas especiales
Justificación	Este indicador buscar establecer el cumplimiento de la programación realizada iniciada la vigencia evaluada, al mismo tiempo que evalúa indirectamente la capacidad instalada.
Dominio	Eficacia
Nivel de desagregación	Colposcopias - Pacientes controlados - pacientes en crisis - Bebe Canguro - Parto Humanizado - Niveles Sericos -EECG

DEFINICION OPERACIONAL

Variable Uno	Número de actividades programadas de prog. especiales que se realizan en el periodo evaluado.
Variable Dos	Numero total de actividades de programas especiales programados en el periodo evaluado.
Unidad de medición	Porcentual
Formula de calculo	La variable uno se divide sobre la variable dos y se multiplica por 100.
Estándar	Un valor optimo dato entre 90% - 100%.

VARIABLE

	Variable Uno	Variable Dos
Origen de a información	Base de datos de programa	Plan operativo
Responsable	Estadística	
Periodicidad del indicador	Mensual	
Destinatario	Cliente Interno y Externo.	

Anexo 7
MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION



ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO

CÓDIGO: M-GED02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Ciudad y fecha

IPS _____

Género M___ F___

1. Proceso de admisión y egreso

	E	B	R	M	Observaciones
Amabilidad					
Claridad y oportunidad de la información					
Agilidad en el proceso					

2. Atención médica

	E	B	R	M	Observaciones
Amabilidad					
Dedicación de tiempo necesario					
Claridad de la información					
Respuesta a inquietudes					

4. Atención de enfermería

	E	B	R	M	Observaciones
Amabilidad					
Habilidad y destreza					
Explicación de los procedimientos realizados					
Atención oportuna a los llamados					
Traslado a otras áreas					

5. Servicios de alimentación y aseo

	E	B	R	M	Observaciones
Amabilidad del personal					
Preparación y presentación					
Dieta adecuada					
Confortabilidad de las instalaciones					
Limpieza de las instalaciones					

Observaciones

Anexo 8
MANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS

	MANUAL DE AUDITORIAS		
	CÓDIGO: M-GED05	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-02-10

1. OBJETIVO:

Establecer los criterios para la administración y ejecución de las auditorías internas de la calidad, con el propósito de garantizar el seguimiento y el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad.

2. ALCANCE:

Este procedimiento aplica desde la solicitud de auditorías internas de la calidad, hasta la evaluación de la efectividad de las acciones correctivas propuestas como consecuencia de las no conformidades encontradas en el desarrollo de las Auditorías Internas de la calidad (A.I.C) de los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Hospital Cumbal.

3. DEFINICIONES:

- 3.1. AUDITORÍA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.³⁰
- 3.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA:** conjunto de una o más Auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.³¹
- 3.3. CRITERIOS DE AUDITORÍA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencias.³²
- 3.4. EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de la AUDITORÍA y que son verificables.

³⁰ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.1.

³¹ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.2.

³² NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.3.

	MANUAL DE AUDITORIAS		
	CÓDIGO: M-GED05	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-02-10

Nota: La evidencia de la AUDITORÍA puede ser cualitativa o cuantitativa.³³

3.5. HALLAZGO DE AUDITORÍA: Resultados de la evidencia de auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Nota: los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría u oportunidades de mejora.³⁴

3.6. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.³⁵

3.7. CLIENTE DE LA AUDITORÍA: Organización o persona que solicita una auditoría.³⁶

3.8. AUDITADO: Organización que es auditada.³⁷

3.9. AUDITOR: persona con la competencia para llevar a cabo una AUDITORÍA.³⁸

3.10. EQUIPO AUDITOR: Uno o más auditores que llevan a cabo una AUDITORÍA.

Nota N° 1: Un auditor del equipo auditor se designa generalmente como auditor jefe del equipo.

Nota N° 2: El equipo auditor puede incluir auditores en formación y, cuando sea preciso, expertos técnicos.

³³ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.4.

³⁴ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.5.

³⁵ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.6.

³⁶ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.7.

³⁷ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.8.

³⁸ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.9.

	MANUAL DE AUDITORIAS		
	CÓDIGO: M-GED05	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-02-10

Nota N° 3: los observadores pueden acompañar al equipo auditor pero no actúan como parte del mismo.³⁹

3.11. EXPERTO TÉCNICO: persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.

Nota N° 1: La experiencia o conocimientos técnicos incluyen conocimiento o experiencia en la organización, proceso o actividad a ser auditada, así como orientaciones lingüísticas o culturales.

Nota N° 2: Un experto técnico no actúa como auditor en el equipo auditor.⁴⁰

3.12. ALCANCE DE LA AUDITORÍA: extensión y límites de una AUDITORÍA. El alcance incluye típicamente una descripción de los emplazamientos físicos, unidades organizativas, actividades y procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

3.13. VERIFICACIÓN: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.⁴¹

3.14. NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.⁴²

3.15. TRAZABILIDAD: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.⁴³

3.16. AUDITORIA DE SEGUIMIENTO: Auditoría para verificar y registrar la implementación y eficacia de las acciones correctivas establecidas en los Planes de Mejoramiento.

3.17. PRODUCTO O SERVICIO: Sistema de Gestión de la Calidad revisado

³⁹ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.10.

⁴⁰ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y Vocabulario.2000-12-15 Numeral 3.9.11.

⁴¹ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario.2000-12-15. numeral 3.8.4.

⁴² NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario.2000-12-15. numeral 3.6.2.

⁴³ NTC-ISO-9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario.2000-12-15. numeral 3.5.4.

frente a los requisitos establecidos. Informe de cierre de las no conformidades detectadas en la Auditorías Internas de Calidad.

4. NORMATIVIDAD

4.1. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000:2000, Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

4.2. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2000, Sistemas de Gestión de la Calidad.

4.3. Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública NTC-GP 1000:2004, Sistemas de Gestión de la Calidad.

4.4. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO-19011, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental.

5. RECURSOS:

5.1. INFRAESTRUCTURA

5.1.1. TECNOLÓGICOS: Equipo de ofimática, Equipos de Comunicación

5.1.2. LOGÍSTICOS: Papelería y útiles de oficina

5.1.3. AREAS DE TRABAJO: Área de archivo y zona de oficina.

5.2. HUMANOS:

Funcionario responsable del Programa de Auditorías Internas de la calidad.
Auditores Internos de la calidad calificados.

Los requisitos que debe cumplir un auditor interno de la calidad de la ESE Hospital Cumbal son los siguientes:

MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Auditor Interno de la Calidad en NTC GP 1000:2004

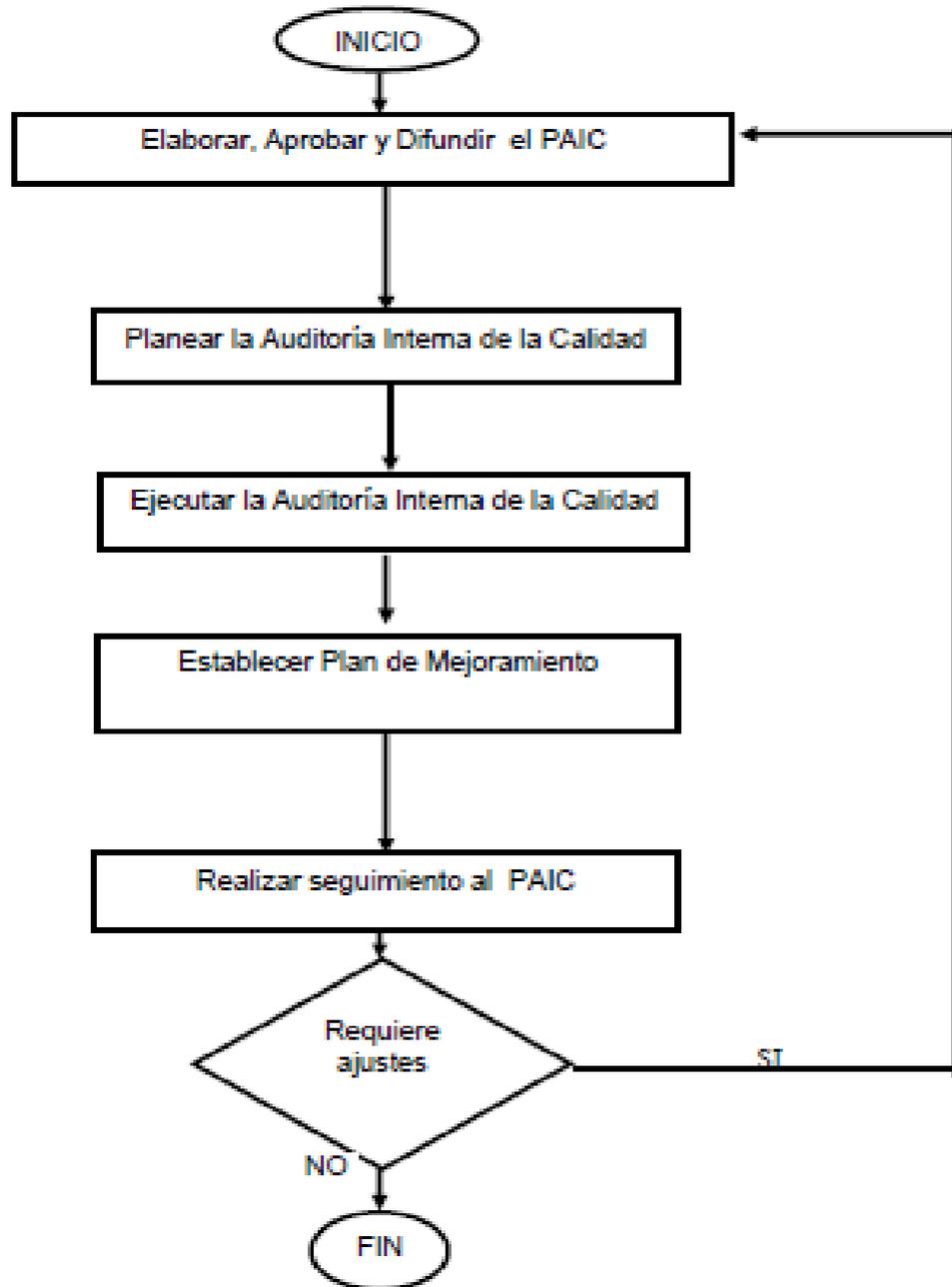
REQUISITOS PARA:	EDUCACION	FORMACION	HABILIDADES	EXPERIENCIA	VERIFICACION DE LA COMPETENCIA
Auditor en formación	Título profesional técnico	Curso NTC 1000 en GP en técnicas de Auditoría.	Redacción de informes, Capacidad de síntesis, Observador, manejo de situaciones difíciles, perceptivo, diplomático	Mínimo un año de experiencia laboral en la ESE. Mínimo seis meses de trabajo en SGC bajo la NTC-GP 1000. No requiere experiencia en	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de vida
Auditor NTC GP 1000	Título Profesional técnico	Curso NTC 1000 en GP en técnicas de Auditoría.	Redacción de informes, Capacidad de síntesis, Observador, manejo de situaciones difíciles, perceptivo, diplomático	Mínimo un año de experiencia en la ESE. Mínimo doce meses de trabajo en SGC bajo la NTC-GP 1000. Participación como auditor en formación (mínimo 16	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de auditores internos, • Hoja de vida.
Auditor Líder NTC GP 1000	Título profesional técnico	Curso NTC 1000 en GP en técnicas de Auditoría.	Redacción de informes, Capacidad de síntesis, Observador, manejo de situaciones difíciles, perceptivo, diplomático	Mínimo dos años de experiencia laboral en la ESE. Mínimo dieciocho meses de trabajo en SGC bajo la NTC GP 1000. Participación como auditor	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de auditores internos • Hoja de vida, • Registro de evaluación de auditores

	MANUAL DE AUDITORIAS	
	CÓDIGO: M-GED05	VERSIÓN: 01

Nota: Todos los auditores internos deben participar en los programas de actualización del sistema. En todos los casos se realizara anualmente un examen de calificación de auditores internos en los que se debe demostrar el conocimiento no solo de las normas vigentes sino de las actualizaciones, mejoras e integración de los sistemas de gestión. Ver Anexo H.

5.3. METODOLÓGICOS: Norma Técnica Colombiana NTC-ISO-19011, Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión de la calidad y/o ambiental.

6. DESARROLLO: DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
6.1. DIAGRAMA DE FLUJO



6.2. CUADRO DE ACTIVIDADES

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ÁREA RESPONSABLE	CARGO DEL RESPONSABLE	REGISTRO
1	Elaborar, Aprobar y difundir el PAIC.	Oficina de Control interno	Jefe de la Oficina de Control interno	Programa de Auditoría Interna de la calidad, código DG-C-P-06-F02.
2	Planear la Auditoría Interna de la calidad.	Área de la que dependa el auditor líder	Auditor líder.	Plan de Auditoría Interna de la calidad, código DG-C-P-06-F04.
3	Ejecutar la Auditoría Interna de la calidad.	Área de la que dependa el auditor líder	Auditor líder.	Informe de Auditoría Interna de la calidad, código DG-C-P-06-F06.
4	Establecer el Plan de Mejoramiento	Área responsable del proceso auditado.	Jefe de Unidad Organizacional responsable del proceso auditado.	Plan de Mejoramiento, código DG-C-P-06-F07.
5	Realizar seguimiento al Programa de Auditorías Internas de la Calidad	Área responsable del PAIC	Funcionario responsable de la administración del PAIC	Informe de seguimiento

	MANUAL DE AUDITORIAS		
	CÓDIGO: M-GED05	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-02-10

6.3. CUADRO DE TAREAS

6.3.1. SELECCION DE LOS AUDITORES

Paso	Descripción de la Actividad	Responsable
01	Elaboran un listado de los Servidores Públicos de la Institución que han participado en auditorias internas de calidad - MECI y demás Servidores que han recibido algún tipo de capacitación en calidad, auditorias de calidad - MECI y todos aquellos que muestren interés de participar en las mismas.	Representante de la Dirección y Jefe de la Oficina de Control interno
02	<p>Con base en el perfil definido para el auditor interno, revisan las competencias de los servidores públicos listados en el paso anterior:</p> <p>a. Si el Servidor Público cumple con los parámetros básicos de competencia establecidos, lo incluye en la lista de elegibles para auditores internos de calidad.</p> <p>b. Si el Servidor Público no cumple con los parámetros básicos de competencia establecidos, no se incluye en el listado de elegibles para auditores internos de calidad - MECI del periodo y se coordina con el proceso de Gestión de Talento Humano la complementación de los conocimientos del Servidor Público si su interés persiste.</p> <p>Nota: Si el Servidor Público ya había participado en anteriores procesos de auditorias internas de calidad - MECI, se verifica además los resultados de su evaluación en el ciclo anterior.</p> <p>El listado de candidatos se somete a consideración del Comité Técnico para aprobación.</p>	Representante de la Dirección y Jefe de la Oficina de Control interno
03	Coordinan con el área de Talento Humano la realización de la formación requerida, si aplica. El docente escogido para esta actividad debe realizar evaluación teórica al finalizar el evento, ya que esta prueba hace parte de la evaluación de competencia del auditor.	Representante de la Dirección y Jefe de la Oficina de Control interno



MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Paso	Descripción de la Actividad	Responsable
04	a. Analizan los resultados de las evaluaciones. En caso de auditores nuevos que no pasaron la prueba teórica se programan como auditores observadores en el ciclo y se realiza una nueva evaluación al finalizar las auditorias. b. Elaboran la lista de auditores internos disponibles para el ciclo.	Representante de la Dirección y Jefe de la Oficina de Control interno

6.3.2. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

Paso	Descripción	Responsable
01	Para el desarrollo de la programación anual de las auditorias internas de calidad - MECI, procede así: a. Define los objetivos y el alcance del programa, teniendo en cuenta el estado del SGC- MECI, los resultados de auditorias anteriores y del seguimiento de los procesos y el criterio de realizar un ciclo completo cada año. b. Selecciona el Equipo Auditor (Auditor Líder y Auditores Internos de Calidad - MECI) del listado de elegibles. c. Establece fechas propuestas para la realización de auditorias, en términos de semanas, ya que la fecha exacta debe ser acordada por el equipo auditor con el responsable del proceso a auditar, teniendo en cuenta que la auditoria no afecte o se cruce con la programación de sus actividades. d. Con la información anterior elabora el programa de Auditoria interna de calidad, formato DG-C-P-06-F02 y lo envía a la Dirección para su aprobación.	Jefe de la Oficina de Control interno
02	Analiza la propuesta de programación del ciclo anual de auditorias internas de calidad, hace las observaciones y ajustes pertinentes y una vez se aprueba: a. Oficializa a los Subdirectores y Jefes de Oficina en reunión del Comité Técnico la programación anual del ciclo de auditorias internas de calidad. b. Envía oficio al Jefe de la Oficina de Control interno, donde aprueba la programación del ciclo anual de auditorias internas de calidad, para que este	Director

MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Paso	Descripción	Responsable
	proceda a informar a los auditores designados.	
03	<p>Recibe la aprobación enviada por el Director, y:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Guarda registro del mismo. b. Envía a los Subdirectores, Jefes de Oficina y Equipo Auditor la programación del ciclo anual de calidad, como mínimo con ocho (8) días de anticipación a su inicio. 	Jefe de la Oficina de Control interno
04	<p>Recibe la programación de auditorias internas de calidad y la conformación del Equipo Auditor, consulta la documentación del proceso a auditar en la Intranet y si es necesario coordina con el representante de la Dirección el suministro de copias impresas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Se reúne con el equipo auditor b. Realiza el plan de auditorías, en el formato DG-C-P-06-F04 Plan de Auditorías Internas de Calidad. c. Acuerda oportunamente (mínimo con tres (3) días de anticipación) la fecha para la realización de la auditoria con el responsable del proceso a auditar y la registra en el plan de auditorías, el cual se envía al responsable del proceso y al jefe de Control interno, para su conocimiento. 	Auditor Líder
05	<p>Convoca al Equipo Auditor para la preparación de la auditoria. Para ello estudian la documentación del SGC, los requisitos aplicables (de la norma, del Instituto, legales y reglamentarios) y toda información requerida para lograr un buen conocimiento del proceso a auditar. Como resultado de lo anterior preparan lista de verificación para Auditorias Internas de Calidad y definen los roles de cada miembro del equipo durante la auditoria.</p> <p>Nota: Si se considera que es necesario obtener mayor información u otra documentación no suministrada inicialmente, se solicita al responsable del proceso a auditar.</p>	Auditor Líder

6.3.3. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA

MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Paso	Descripción	Responsable
01	<p>Una vez notificada la auditoria, realiza la reunión de apertura con el responsable del proceso , los participantes en este y el Equipo Auditor, para tratar los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación del Equipo Auditor. ➤ Explicación de la metodología de trabajo. ➤ Objetivo de la auditoria. ➤ Horario. ➤ Disponibilidad de recursos. ➤ Aclaración de inquietudes. ➤ Acuerdo sobre fecha y hora de reunión de cierre. 	Auditor Líder
02	<p>a. Ejecuta el trabajo de campo, de acuerdo con el Plan de Auditoria, recolectando evidencias acerca de l funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C) de Área auditada.</p> <p>b. Entrevista a los Servidores Públicos de Área auditada, con base en la Lista de Verificación para Auditorias Internas de Calidad.</p> <p>c. Confronta la entrevista con otras técnicas según la naturaleza de las actividades, por ejemplo observación, trazabilidad, entrevista a usuarios o clientes del proceso.</p>	Equipo Auditor
03	<p>Terminada la ejecución de la auditoria, se reúne con el Equipo Auditor, discuten los hallazgos y definen cuales son catalogados como evidencias objetivas de No Conformidades. Elaboran borrador del informe de auditoría interna, utilizando el formato DG-C-P-06-F06. Informe de auditoria interna de calidad</p>	Auditor Líder
04	<p>Realiza la reunión de cierre con las mismas personas que participaron en la reunión de apertura para informar sobre los resultados de la auditoria, leyendo el borrador del informe para obtener consenso sobre este, especialmente la calificación de los hallazgos. Si los auditados tienen criterios diferentes y adecuadamente sustentados se ajusta el informe y se envía posteriormente para firma por parte del responsable del proceso.</p> <p>Copia del informe firmado se entrega al jefe de la</p>	Equipo Auditor

MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Paso	Descripción	Responsable
	Oficina de Control interno para su conocimiento, junto con las listas de verificación diligenciadas.	
05	Para la implementación de los planes de acción para la solución de los hallazgos: a. Sigue el procedimiento de Mejora continua, diligenciando los registros correspondientes. b. Envía al Auditor Líder y al jefe de la Oficina de Control interno para su conocimiento, los Planes de Acción diligenciados, máximo 5 días hábiles después de la reunión de cierre.	Responsable del proceso
06	Hace seguimiento al estado de implementación de los planes de acción, para coordinar la realización de los seguimientos con el equipo auditor.	Jefe de la Oficina de Control interno
07	Acuerda con el responsable del proceso auditado la fecha para realizar el seguimiento a las acciones y a su eficacia, y procede así: a. Verifica la ejecución y eficacia de las acciones emprendidas, de acuerdo a las metas establecidas en el plan de acción. b. Registra los resultados del seguimiento en las casillas correspondientes del plan de acción y envía al jefe de la Oficina de Control interno para su conocimiento. Nota: La auditoria sólo se cierra una vez se hayan cerrado la totalidad de los hallazgos.	Equipo Auditor
08	Realizan la evaluación de desempeño de los auditores, utilizando el formato DG-C-P-06-F08 Evaluación de desempeño de auditores, el cual tiene en cuenta el concepto del auditado y del coordinador de auditorias .Los resultados de la evaluación se analizan con los auditores y se definen aspectos a mejorar.	Jefe de Control interno y Representante de la Dirección
09	Con los informes de auditoria y los planes de acción implementados elabora el informe final de auditorías para el análisis en la Revisión Gerencial del SGC. En este informe se hace un resumen de los resultados, con los datos más relevantes tales como : ➤ Cumplimiento del programa de auditoria ➤ Hallazgos por auditoria	Jefe de Control interno y Representante de la Dirección



MANUAL DE AUDITORIAS

CÓDIGO: M-GED05

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Paso	Descripción	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hallazgos más relevantes ➤ Resultados de desempeño de auditores ➤ Conclusiones generales del ciclo ➤ Necesidades de mejora y recursos para las auditorias. 	

7. RESPONSABLES:

Son responsables de implementar este procedimiento el Director General, los Directores Regionales, la Oficina de Control Interno, los Jefes de las Unidades Organizacionales del Instituto y los Auditores Internos de la Calidad.

8. BIBLIOGRAFIA.

No Aplica

9. ANEXOS:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
ANEXO A	Programa de Auditoría Interna de la calidad.	DG-C-P06-F02
ANEXO B	Registro de auditores internos de la calidad.	DG-C-P06-F03
ANEXO C	Preparación del Plan de Auditoría Interna de la calidad.	DG-C-P06-F04
ANEXO D	Hoja de Verificación de Auditoría Interna de la calidad.	DG-C-P06-F05
ANEXO E	Informe de Auditoría Interna de la calidad.	DG-C-P06-F06
ANEXO F	Plan de Mejoramiento.	DG-C-P06-F07



PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS

CÓDIGO: DG-C-P06-F02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

OBJETIVO:	
ALCANCE:	
FECHA :	

No. De auditoria	Macroproceso	Proceso	Equipo auditor	Responsables	Documentos

Elaboro	Reviso	Aprobó

LISTADO DE REGISTROS DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: DG-C-P06-F03

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

ÍTEM	NOMBRE DEL AUDITOR	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE	NÚMERO DE AUDITORÍAS EN LAS QUE HA PARTICIPADO				AUDITORÍAS EN LAS QUE HA PARTICIPADO	OBSERVACIONES
			AL	AF	AA	TOTAL		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								

NOTA 1: AUDITOR LÍDER (AL), AUDITOR EN FORMACIÓN (AF), AUDITOR DE APOYO (AA), EXPERTO TÉCNICO (ET)

NOTA 2: Los registros están basados en los informes de auditoría y no en el Programa Anual de Auditoría Interna de Calidad



INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

CÓDIGO: DG-C-P06-F06

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

AUDITORES

Auditor Jefe:

Auditor (es):

AREA (S) AUDITADA (S):

PROCESO:	RESPONSABLE:	PROCEDIMIENTOS AUDITADOS:	Cod.

DETALLE DE NO CONFORMIDADES

ÁREA	Nº	NO CONFORMIDAD	GRADO		
			C	M	M

ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS

ÁREA	ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA	FECHA TÉRMINO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DEL AUDITOR JEFE

FIRMA AUDITOR

FIRMA AUDITADO



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

CÓDIGO: DG-C-P06-F04

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Auditoria No. _____

Tipo
auditoria: _____

de _____

Ciclo: _____

Año: _____

Objetivo de la auditoria	
Alcance de la auditoria	
Proceso(s) a evaluar	
Referencial (requisitos de normas y documentación proceso)	
Equipo Auditor	
Personas que atenderán la auditoria (cargo y nombre)	
Fecha, lugar y hora de la auditoria	
Duración prevista	
Personas a quien entregar el informe (cargo y nombre)	

Nombre Auditor Líder:	Firma Auditor Líder:
Nombre del Auditado:	Firma del Auditado:



PLAN DE MEJORAMIENTO

CÓDIGO: DG-C-P06-F07

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

Tipo del Plan	Correctivo		Preventivo		Mejora	
Descripción del Problema:						
Identificación de Causas:						
Si es una No Conformidad Descríbala:						
Meta del Plan:						

No de Acción	Acciones	Responsables	Fecha de ejecución	Seguimiento
Nombre del Responsable del seguimiento:				
Firma:				

Anexo 9
MODELO REGISTRO DE NO CONFORMES



REGISTRO DE NO CONFORMES

CÓDIGO: DG-C-P06-F10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-02-10

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

Detectada por:

Fecha:

TRATAMIENTO

CIERRE (COMPROBACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA).

Realizado por:

Fecha:

¿Es necesaria acción correctiva? Si

AC: