

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA EN EL MUNICIPIO DE
TÚQUERRES. NORMA NTCGP 1000:2009**

**ELIANA MARCELA CHAUCANÉS RUANO
MARITZA JOHANA NARVÁEZ GAVILANES**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
DIPLOMADO EN IMPLEMENTACION DE SGC. NORMA ISO 9001:2008
SAN JUAN DE PASTO
2013**

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA EN EL MUNICIPIO DE
TÚQUERRES. NORMA NTCGP 1000:2009**

**ELIANA MARCELA CHAUCANÉS RUANO
MARITZA JOHANA NARVÁEZ GAVILANES**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el título de Administrador
de Empresas**

Asesor:

Esp. Víctor William Pantoja Bastidas

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
DIPLOMADO EN IMPLEMENTACION DE SGC. NORMA ISO 9001:2008
SAN JUAN DE PASTO
2013**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo de grado, son responsabilidad exclusiva de las autoras”

Artículo 1 del acuerdo N° 324 de octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN:

Asesor

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo del 2013.

RESUMEN

En el presente trabajo se realizará un informe con el cual se pueda establecer una propuesta para la implementación del Sistema De Gestión De La Calidad, tomando como referencia la Norma Técnica De Calidad En La Gestión Pública NTCGP 1000:2009 para la IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA, puesto que esta norma es una herramienta que le permite a la Institución identificar cuáles son las necesidades de los usuarios y asegurarse de que estas sean satisfechas, al mismo tiempo esto le permite a la entidad mejorar continuamente cada uno de los procesos que se llevan a cabo.

En este trabajo se realizó un diagnóstico previo a la implementación del sistema en base a la norma NTCGP 1000:2009, y un diagnóstico estratégico con los cuales se obtendrá un análisis completo de la situación actual de la IPS, a partir de esto se procede a realizar el respectivo direccionamiento estratégico para la Institución.

Finalmente se hará la caracterización de los procesos misionales de la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA, y se establecerá el plan y el programa de auditoria interna para la institución.

ABSTRACT

In this work will be a report with which to establish a proposal for the implementation of System Quality Management, with reference to the Technical Standard Of Quality In Public Management NTCGP 1000:2009 for IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA, since this rule is a tool that allows the institution to identify what the needs of users and ensure that these are met, while this allows the company to continuously improve each of the processes carried out.

In this work, a diagnosis was made prior to the implementation of the system based on NTCGP 1000:2009, and a strategic diagnosis with which to get a complete analysis of the current status of the IPS, from this we proceed to made by the respective strategic direction for the institution.

Finally, we will characterize the mission of the processes of the IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA, and establish the plan and the internal audit program for the institution.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	11
1. GENERALIDADES.	12
1.1 TEMA OBJETO DE ESTUDIO	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.	13
1.3 OBJETIVOS DEL INFORME	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.5 METODOLOGÍA.....	15
1.5.1 Tipo de investigación.	15
1.5.2 Fuentes y técnicas de procesamiento de la información	15
2. DIAGNOSTICO ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.....	16
2.1 ANÁLISIS Y EVALUACION DE LOS FACTORES INTERNOS.....	17
2.1.1 FORTALEZAS	17
2.1.2. DEBILIDADES	19
2.2 ANÁLISIS Y EVALUACION DE LOS FACTORES EXTERNOS.....	22
2.2.1 OPORTUNIDADES.....	22
2.2.2 AMENAZAS	23
2.3 MATRIZ DOFA PARA LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA	26
3. DIAGNÓSTICO PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA CON BASE A LA NORMA NTCGP 1000:2009	29
3.1 Numeral 4. Sistema de Gestión de la Calidad	29
3.2 Numeral 5. Responsabilidad De La Dirección	30

3.3 Numeral 6. Gestión De Recursos:.....	31
3.4 Numeral 7: Realización del producto o la prestación del Servicio	31
3.5 Numeral 8. Medición, análisis y mejora.....	32
4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA SEGÚN LA NORMA NTCGP 1000:2009	34
4.1 MISIÓN.....	34
4.2 VISIÓN	34
4.3 POLÍTICA DE CALIDAD	34
4.4 OBJETIVOS DE CALIDAD:	34
4.5 VALORES CORPORATIVOS	35
4.6 PRINCIPIOS CORPORATIVOS	35
4.7 MAPA DE PROCESOS	36
4.8 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS MISIONALES DE LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.....	37
4.9 PLAN DE AUDITORIA Y PROGRAMA DE AUDITORÍA	38
4.9.1 PROGRAMA DE AUDITORÍA.....	38
4.9.2 PLAN DE AUDITORÍA	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
NETGRAFÍA.....	42
ANEXOS	43

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1.	PERFIL DE LA CAPACIDAD INTERNA (PCI) DE LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.	20
Cuadro 2.	Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) para la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.	21
Cuadro 3.	PERFIL DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DEL MEDIO (POAM) EN LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA	25
Cuadro 4.	Matriz de Evaluación de Factores externos (MEFE) para la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.	26

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1 Lista de Chequeo.....	44
Anexo 2 Ficha de caracterización de procesos: Consulta Externa.....	57
Anexo 3 Ficha de caracterización de procedimientos: Generación de Agenda.....	59
Anexo 4 Ficha de caracterización de procedimientos: Atención en enfermería u odontología.....	60
Anexo 5 Ficha de caracterización de procedimientos: Atención clínica en Consulta externa	62
Anexo 6 Ficha de caracterización Proceso Promoción y prevención de Salud	64
ANEXO 7. Ficha de caracterización de procedimientos: Atención al Joven	66
ANEXO 8. Ficha de caracterización de procedimientos: Vacunación	67
ANEXO 9. Ficha de caracterización de procedimientos: Planificación Familiar.....	70
ANEXO 10. Ficha de caracterización de procedimientos: Detección Temprana del Cérvix	73
ANEXO 11. Ficha de caracterización Proceso: Atención al Usuario	77
ANEXO 12. Ficha de caracterización de procedimientos: Trámite de peticiones quejas y reclamos.....	79
ANEXO 13. Ficha de caracterización de procedimientos: Medición de La satisfacción.....	81
ANEXO 14. Ficha de caracterización de procedimientos: Asignación de citas.....	83
ANEXO 15. Programa de Auditoría	85
ANEXO 16. Plan de Auditoría	86

INTRODUCCIÓN

El tema de calidad hoy en día a tomado gran importancia en todos los sectores a nivel empresarial, pues el hecho de que una institución tenga implementado un sistema de gestión de la calidad hace que cuente con una de las mejores estrategias, para sobrevivir en el mundo tan competitivo en el que vivimos, ya que esta es una herramienta con la que se pueden establecer las diferentes necesidades y requerimientos de los usuarios, y así mismo le permite a la entidad mejorar continuamente.

Para el presente trabajo se ha tomado como referencia la norma NTCGP 1000 2009, la cual está dirigida a todas las entidades de carácter público, y se ha planteado con el fin de que las instituciones mejoren su desempeño y capacidad de proporcionar servicios que respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios, además cabe resaltar que esta es una alternativa que le permite a la entidad generar una ventaja competitiva y darse a conocer a nivel regional, nacional y porque no a nivel internacional.

Para esto es necesario que la IPS se enfoque en el liderazgo, la participación del personal, el enfoque basado en los procesos, el mejoramiento continuo, la toma de decisiones basadas en hechos y la relación mutuamente beneficiosa con el proveedor, para poder cumplir con las exigencias de los usuarios, ya que estos se convierten en puntos de partida para buscar la calidad y el mejoramiento continuo.

La necesidad de implementar un sistema de gestión de la calidad en la IPS Indígena Julián Carlosama del Municipio de Túquerres, surge a partir de la búsqueda de mejora en cada uno de los procesos que se desarrollan dentro de la institución, con el fin de brindar a la comunidad un servicio de calidad y que cumpla con los requisitos y requerimientos de los mismos, llevando a cabo un trabajo eficiente, eficaz y efectivo, puesto que por ser una institución prestadora de servicios de salud tiene mayores compromisos con los usuarios de brindarles un servicio que este enfocado a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Por lo tanto este trabajo pretende presentar un informe que sirva de guía para la construcción del direccionamiento estratégico en base a la calidad, con un servicio de excelencia y enfocado en la atención oportuna, todo con el fin de alcanzar mejores resultados, posicionamiento y satisfacción de los usuarios de la IPS.

1. GENERALIDADES.

1.1 TEMA OBJETO DE ESTUDIO

El presente proyecto, se centra en la temática de:

Realizar un informe para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad que considere los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009 la cual hace referencia a entidades públicas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. Hoy en día las organizaciones requieren mejorar cada vez más los procesos que llevan a cabo, con el fin de satisfacer de la mejor manera los requerimientos de sus clientes, para lograr un mayor reconocimiento y calidad en cada proceso, por tal razón al implementar un SGC se pretende contar con mayores herramientas que permitan brindar productos y servicios acorde a las necesidades del consumidor, logrando así ventaja competitiva y generar valor agregado para las organizaciones, ya que tienen un gran compromiso y este es conseguir que funcionen eficientemente obteniendo resultados que contribuyan al desarrollo propio, para eso, es necesario que las instituciones presten servicios que permitan satisfacer a la comunidad en general.

En la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA no se cuenta con un sistema de gestión de la calidad razón por la cual no se ha logrado satisfacer la totalidad de los requerimientos de las personas afiliadas, lo que se refleja en las PQRS presentadas por estos, por eso es de vital importancia tener en cuenta al usuario que es la razón de ser de la institución y pensar en la implementación de dicho sistema para mejorar y mantener calidad en la prestación del servicio.

Debido a la carencia de un modelo basado en un sistema de gestión de calidad para la prestación del servicio de salud en la IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA se realiza un informe de la implementación de dicho sistema para mejorar cada proceso y prestar un servicio acorde los requisitos del usuario.

1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo diseñar una propuesta para la implementación de un sistema de gestión de la calidad en la IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA?

1.2.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.

- ¿Cómo describir la situación actual de la entidad prestadora de servicios de salud de acuerdo a norma NTCGP 1000:2009?
- ¿Cómo describir la situación actual de la entidad prestadora de servicios de salud?
- ¿Cuál es el direccionamiento estratégico en calidad de la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA?
- ¿Cómo caracterizar los procesos misionales en la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA?
- ¿Cómo estructurar un plan y un programa de auditoria interna para la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA?

1.3 OBJETIVOS DEL INFORME

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Diseñar una propuesta para la implementación de un sistema de gestión de la calidad en la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✚ Diagnosticar la situación actual de la entidad prestadora de servicios de salud teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la norma NTCGP 1000:2009.
- ✚ Diagnosticar la situación actual de la IPS JULIAN CARLOSAMA.
- ✚ Plantear el direccionamiento estratégico en la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.
- ✚ Determinar la caracterización de los procesos misionales de la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.
- ✚ Establecer el plan y el programa de auditoria interna en la institución.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El sector salud no se queda atrás en relación a la implementación de sistemas de gestión de calidad. Es de suma importancia que dicha área cuente de manera objetiva y decidida estándares internacionales de calidad y certificación; la implementación del SGC en el sector salud, apoya y complementa la normatividad ya existente, la cual es una de las más complejas y estrictas entre los diferentes ramos.

“A nivel internacional se publicó en enero del 2001 en la ISO (Organización Internacional para la Estandarización) un acuerdo internacional de trabajo en materia de la salud, basado en la norma ISO-9004:2000 llamado "Principios para la Implantación de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad para las Organizaciones que presten Servicios de Salud" ¹

A nivel nacional los Servicios de Salud con Calidad se presta siguiendo la normatividad vigente es decir basándose en lo estipulado en la ley 100 de 1993 específicamente en el “ART.152 LEY 100/93 Principios - Garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. ART.153 LEY 100/93 Nación - Evalúa la calidad de los servicios.” ²

A nivel regional se puede decir que el tema de calidad no se tiene muy en cuenta, ya que en las pequeñas y medianas empresas del departamento de Nariño, no le dan la importancia que merece, olvidando que los sistemas de gestión de calidad son una herramienta fundamental a la hora de satisfacer las necesidades de los clientes, puesto que estas contribuyen de manera positiva en el desarrollo de las organizaciones y del personal que labora en las mismas.

Al proponer la implementación de un sistema de gestión de la calidad para la IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA se puede obtener “beneficios internos y externos” ³; en relación a los primeros se obtendrá mejora en la eficiencia, mejora en documentos, incremento de la conciencia sobre acciones correctivas y preventivas, concientización por la calidad, reforzamiento de la comunicación interna, incremento en la motivación del personal, mejora de la calidad en la prestación del servicio, y en relación a los segundos se obtendrá: mantenimiento en el mercado, incrementar la satisfacción del cliente y a la vez lograr su fidelización, captación de nuevos usuarios,

¹ <http://www.liderempresarial.com/num102/13.php>

² <http://www.normas9000.com/importancia-gestion-calidad.ht>

³ <http://www.normas9000.com/importancia-gestion-calidad.ht>

reducción de auditorías realizadas por los clientes, mayor calidad percibida y ventaja competitiva, así como también reducción de PQRS, y mejores relaciones con los proveedores.

1.5 METODOLOGÍA

1.5.1 Tipo de investigación. el presente informe es de carácter descriptivo ya que se detalla la situación actual de la empresa prestadora de servicios de salud, y se presenta una propuesta para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma NTCGP 1000:2009; además se aplica un método analítico el cual permite conocer más a fondo todos los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en la institución para realizar el direccionamiento estratégico y la caracterización de los procesos misionales de la misma.

1.5.2 Fuentes y técnicas de procesamiento de la información. Para el desarrollo del presente informe se utilizan fuentes de información primaria y secundaria, la primera hace referencia a la información brindada por el personal que labora en la institución, y la segunda a textos relacionados con el tema.

Las técnicas que se emplearan para el procesamiento de la información son primarias puesto que se utilizara el cuestionario para realizar preguntas al personal y obtener datos de la institución, así como también se realizara una entrevista a la gerente general de la IPS para obtener información para la realización del presente informe.

Además se utilizara técnicas secundarias tales como: normas de calidad, normas de salud, archivos web.

2. DIAGNOSTICO ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

La IPS Indígena Julián Carlosama es una Institución Indígena Prestadora de Servicios en Salud ubicada en la calle 27 No. 13 B-70 barrio las Lajas en la ciudad de Túquerres- Nariño. El Resguardo del cabildo Indígena de Túquerres presenta a su consideración La IPS Indígena Julián Carlosama, propiedad de la comunidad indígena, fruto del trabajo comunitario.

Fue creada por resolución 002 el 15 de Febrero del 2000 como una Institución de naturaleza pública de acuerdo con los requerimientos técnicos del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Su representante legal actualmente es Silvio Antonio Lagos Tovar.

FINALIDAD.

El propósito de la IPS es brindar servicios de salud a la población indígena y no indígena de acuerdo con los usos y costumbres de nuestros afiliados, brindando una atención oportuna, personalizada y cumpliendo las normas de calidad que exige el Sistema de Seguridad Social en salud para los pueblos indígenas.

La IPS Indígena Julián Carlosama, que lleva el nombre de uno de nuestros grandes héroes del pueblo indígena quien luchó por el respeto, la autodeterminación de los pueblos indígenas de la etnia de los Pastos, contiene todos los servicios habilitados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, con infraestructura propia y alta calidad del recurso humano.

IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO.

A partir de esto se pueden identificar los siguientes servicios que la institución presta:

Consulta Externa:

- Medicina general
- Odontología
- Laboratorio Clínico

Programas de Protección Y Protección:

- Crecimiento y Desarrollo
- Tamizaje visual
- Control prenatal
- Salud oral
- Vacunación

- Planificación familiar

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

El servicio que presta la IPS Indígena Julián Carlosama se enfoca principalmente en atender aquella población más vulnerable, población indígena, dicho servicio cuenta con los elementos necesarios para poder llevar a cabo los diferentes procesos que se desarrollan en la Empresa.

Además cabe resaltar que la IPS cuenta con algunos servicios adicionales como control prenatal, vacunación, crecimiento y desarrollo, Planificación familiar, agudeza visual, Atención Integrada a niños menores de 2 años, Salas EDA-IRA, los cuales sirven para brindar un mejor servicio a la comunidad, y lo más importante realizar detección temprana a enfermedades crónicas, que resultan ser de gran interés para los usuarios.

2.1 ANÁLISIS Y EVALUACION DE LOS FACTORES INTERNOS.

2.1.1 FORTALEZAS

CAPACIDAD DIRECTIVA.

Estructura organizacional: En la institución se cuenta con una estructura organizativa que está dada a nivel general, en la cual se puede identificar el nivel de autoridad que se maneja, pero la IPS como tal no presenta una estructura. Fortaleza media.

Planes de acción: En IPS JULIAN CARLOSAMA se realizan planes de acción de forma permanente, lo que permite una debida organización de las actividades que se realizan para prestar el servicio de salud. Fortaleza alta.

Liderazgo: En la institución el liderazgo se presenta en todas las áreas, lo que facilita en muchas ocasiones manejar correctamente cualquier situación que se presente para tomar las medidas correspondientes. Fortaleza media.

Control: en la institución se llevan a cabo adecuadamente diferentes controles para cada proceso. Fortaleza alta.

CAPACIDAD COMPETITIVA

Ubicación estratégica en el municipio. La IPS está localizada estratégicamente en el municipio de Túquerres, lo que facilita el acceso de los usuarios al servicio. Fortaleza alta.

Imagen, posicionamiento y prestigio La institución prestadora de servicios de salud subsidiada posee una imagen corporativa y prestigio en el municipio de Túquerres por su amplia cobertura y por ser una entidad de fácil acceso para los usuarios. Fortaleza media.

Pronta entrega de resultados. En esta institución los resultados de diferentes análisis algunas veces son entregadas al usuario de manera oportuna, pero en repetidas ocasiones, es decir cuando se requiere de servicios especializados tarda mucho la entrega. Fortaleza baja.

Accesibilidad a recursos financieros. Por ser una institución de carácter público la empresa obtiene los recursos pecuniarios para prestar el servicio a sus usuarios del ministerio de salud principalmente, de las diferentes alianzas que realiza con otras entidades y por brindar atención a personas particulares. Fortaleza alta.

Sistema presupuestal: Gracias a la aplicación de este sistema la IPS JULIAN CARLOSAMA sabe distribuir adecuadamente los recursos para prestar un buen servicio de salud, y ejercer un estricto control de gastos. Fortaleza alta.

Convenios con otras entidades. La institución ha realizado convenios con empresas como MALLAMAS y COMFAMILAR, lo que le ha permitido obtener recursos para llevar a cabo sus actividades normalmente. Fortaleza media.

CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO

Capacitación del personal. La IPS brinda a sus colaboradores programas de capacitación para que puedan atender adecuadamente a los usuarios y mejorar cada vez más el servicio que se ofrece. Fortaleza media

Estructura y planta física para la prestación del servicio. La infraestructura con la que cuenta la IPS es pequeña y existe una inadecuada distribución de planta, lo que impide la eficiencia en la prestación del servicio de salud a los usuarios. Fortaleza media.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA

Plataforma tecnológica para el manejo de historias clínicas sistematizada. En la IPS se hace uso de un software que permite llevar adecuadamente la información de cada paciente. Fortaleza alta.

Tecnología biomédica para la prestación de servicios. La institución cuenta con algunos equipos adecuados para llevar a cabo la prestación del servicio, pero carece de equipos para prestar servicios especializados. Fortaleza baja.

2.1.2. DEBILIDADES

CAPACIDAD DIRECTIVA

Procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación: al momento de contratar el personal no se lleva a cabo un debido proceso de selección, y una vez contratado tampoco se le brinda una inducción, por tal razón no se tiene en cuenta las verdaderas capacidades del personal y los nuevos talentos no tienen total conocimiento de la institución, además si se lleva a cabo el proceso de entrenamiento y formación del personal pero no de forma permanente. Debilidad alta.

Avance en la implementación de sistemas integrados de gestión con eficacia en la acreditación: En la IPS JULIAN CARLOSAMA no se ha implementado un sistema de gestión de la calidad que permita mejorar continuamente la prestación del servicio y lograr la satisfacción total del usuario. Debilidad alta.

Articulación de procesos entre las áreas. En la institución se manejan diferentes procesos en cada área, pero solo algunos se encuentran articulados, porque no se tiene en cuenta el enfoque basado en procesos. Debilidad media.

Diagnostico local de las necesidades en salud de la población: En la IPS JULIAN CARLOSAMA si se tienen en cuenta las necesidades de los usuarios pero no se realiza un diagnostico permanente que permita identificar las diferentes falencias en cuanto a la prestación del servicio. Debilidad media.

CAPACIDAD COMPETITIVA

Satisfacción de los usuarios por la eficiente prestación del servicio: Algunos usuarios de la IPS INDIGÈNA JULIAN CARLOSAMA no se sienten satisfechos con la prestación del servicio, porque muchas veces solicitan la cita y no les es asignada, lo cual genera insatisfacción y por tal motivo los usuarios buscan otras empresas que le brinden un mejor servicio. Debilidad alta.

Suficiente oferta de algunos servicios acorde con la demanda: en la institución se ofrecen muchos servicios pero no los suficientes, un gran ejemplo es la carencia de servicios especializados, lo que genera el desplazamiento de los usuarios a otros sitios para acceder a dichos servicios. Debilidad alta.

CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO

Motivación de personal: en la IPS se realizan algunos programas de estimulación que aportan de manera positiva en el desempeño del colaborador. Debilidad media

Clima organizacional: En la institución no se maneja un buen ambiente laboral ya que no todos sus miembros se relacionan entre sí, esto se debe a la carencia de programas de bienestar social para el personal. Debilidad alta.

Talento humano especializado y sub-especializado para la prestación de servicios de salud. La IPS JULIAN CARLOSAMA cuenta con algún personal idóneo para prestar el servicio, pero no en su totalidad debido a la carencia de los lineamientos de gestión de talento humano como lo son el reclutamiento y la selección de personal. Debilidad media.

Pago oportuno al talento humano: En la institución en algunas ocasiones se presentan demoras en los pagos, debido a la falta de agilidad en la firma de los respectivos soportes de pago. Debilidad media.

Cuadro 1. PERFIL DE LA CAPACIDAD INTERNA (PCI) DE LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.

OBJETIVO: Identificar los factores internos de la IPS JULIAN CARLOSAMA del Municipio de Túquerres, a través de un análisis estratégico que proporcione información para establecer la capacidad actual de la institución prestadora de servicios de salud.									
FACTORES INTERNOS	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
CAPACIDAD DIRECTIVA									
Estructura Organizacional		X						X	
Planes de Acción	X						X		
Liderazgo		X					X		
Control	X							X	
Procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación.				X			X		
Avance en la implementación de sistemas integrados de gestión con eficacia en la acreditación.				X			X		
Articulación de procesos entre las áreas.					X			X	
Diagnostico local de las necesidades en salud de la población.					X		X		
CAPACIDAD COMPETITIVA									

Satisfacción de los usuarios por la eficiente prestación del servicio.				X			X		
Suficiente oferta de algunos servicios acorde con la demanda.				X			X		
Ubicación estratégica en el municipio.		X						X	
Estructura y planta física para la prestación del servicio.		X					X		
Imagen, posicionamiento y prestigio.		X					X		
Pronta entrega de resultados.			X					X	
CAPACIDAD FINANCIERA									
Accesibilidad a recursos financieros.	X						X		
Sistema Presupuestal	X							X	
Convenios con otras entidades.		X						X	
CAPACIDAD EN TALENTO HUMANO									
Capacitación del personal.		X					X		
Motivación del personal.					X		X		
Clima Organizacional.				X			X		
Talento humano especializado y sub-especializado para la prestación de servicios de salud.					X		X		
Pago oportuno al talento humano					X			X	
CAPACIDAD TECNOLÓGICA									
Plataforma tecnológica para el manejo de historias clínicas automatizada.	X						X		
Tecnología biomédica para la prestación de servicios.			X				X		

Fuente: Este estudio

Cuadro 2. Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) para la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.

FACTOR INTERNO CLAVE	PONDERACION	CALIFICACION	RESULTADO
1. Planes de acción	0.09	4	0.36
2. Control	0.08	3	0.24
3. Procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación.	0.15	1	0.15
4. Avance en la implementación de sistemas integrados de gestión con eficacia en la acreditación.	0.2	1	0.2
5. Satisfacción de los usuarios por la eficiente prestación del servicio.	0.09	2	0.18

6. Suficiente oferta de algunos servicios acorde con la demanda.	0.08	2	0.16
7. Accesibilidad a recursos financieros.	0.1	4	0.4
8. Sistema Presupuestal	0.07	3	0.21
9. Clima Organizacional.	0.08	2	0.16
10. Plataforma tecnológica para el manejo de historias clínicas automatizada.	0.06	3	0.18
TOTAL	1		2.24

Fuente: Este estudio

Conclusión: El resultado obtenido es inferior al promedio (2.5) ya que la calificación obtenida es de 2.24, lo que indica que la IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA tiene muchos puntos débiles a nivel interno. Es aconsejable analizar los siguientes falencias: el Avance en la implementación de sistemas integrados de gestión con eficacia en la acreditación, la Satisfacción de los usuarios por la eficiente prestación del servicio, la Suficiente oferta de algunos servicios acorde con la demanda, el Clima Organizacional y los Procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación del personal, con el fin de reforzarlas y aplicar sistemas de gestión de la calidad que permitan en el futuro brindar un servicio eficiente y con calidad.

2.2 ANÁLISIS Y EVALUACION DE LOS FACTORES EXTERNOS.

2.2.1 OPORTUNIDADES

ENTORNO ECONÓMICO

Acceso a fuentes de financiación para la realización de proyectos. Esta sería una oportunidad para la institución ya que de esta manera podría desarrollar proyectos encaminados a la mejora y fortalecimiento de la prestación del servicio. Oportunidad alta.

ENTORNO TECNOLÓGICO

Acceso a la Nueva Tecnología. La IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA al contar con equipos de punta podría prestar servicios especializados y ampliar su portafolio de servicio, logrando así la satisfacción los usuarios. Oportunidad alta.

Inversión en tecnología: Por medio de una adecuada distribución de los recursos la IPS JULIAN CARLOSAMA puede acceder a tecnologías para ampliar su infraestructura mejorar los procesos y prestar un mejor servicio. Oportunidad media.

ENTORNO COMPETITIVO

Poder de negociación con otras entidades. La IPS JULIAN CARLOSAMA para obtener algunos recursos y cubrir sus necesidades ha establecido alianzas con otras entidades para prestar el servicio de salud, además realiza una selección minuciosa de proveedores para que le suministren diferentes productos a bajo precio y de calidad. Oportunidad alta.

ENTORNO AMBIENTAL

Manejo de residuos sólidos. En la INDIGENA JULIAN CARLOSAMA si se cumplen las políticas y normas establecidas para las entidades prestadoras de servicios de salud y se realiza un adecuado manejo de residuos sólidos. Oportunidad alta

Manejo de residuos tóxicos. La institución hace un adecuado manejo de estos residuos a través de la empresa SALVI quien es la encargada de recogerlos, por tal razón así se evita alguna sanción. Oportunidad alta

ENTORNO SOCIAL

Sensibilización en la población sobre la importancia de la salud y los cuidados preventivos. Al ser una entidad prestadora de servicios de salud, se tiene la facilidad de llegar a todos los rincones del municipio con el fin de dar a conocer los diferentes programas de promoción y prevención que se manejan en la institución para brindar apoyo a los sectores que más lo necesitan y de esta manera lograr posicionamiento en la mente del usuario. Oportunidad media.

Incremento del número de habitantes en el municipio y sus alrededores. Esto es una oportunidad para la institución ya que al crecer la población, ellos son usuarios que en el futuro pueden constituir la demanda potencial del servicio de salud en el municipio de Túquerres. Oportunidad alta

2.2.2 AMENAZAS

ENTORNO ECONÓMICO

Políticas estatales para privatización de entidades públicas. La IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA al ser una entidad pública prestadora de servicios de salud puede desaparecer si el gobierno nacional aplica políticas de privatización. Amenaza alta.

ENTORNO TECNOLÓGICO

Ciclos de vida cortos de los equipos de diagnóstico y veloz modernización y actualización de los equipos en el mercado. En la IPS muchas veces se adquieren equipos que al poco tiempo son obsoletos o se dañan fácilmente lo cual genera un sobre costo para la institución. Amenaza alta.

ENTORNO COMPETITIVO

Usuarios cada vez más exigentes en relación a la calidad del servicio y la atención recibida. Esto es una amenaza para la institución ya que en muchas ocasiones se carece de herramientas que permiten satisfacer las diferentes necesidades de los usuarios y además no se cuenta con sistemas de calidad que permiten agilizar los procesos para mejorar continuamente y brindar un servicio eficiente y de calidad. Amenaza alta.

Competencia directa por mejor infraestructura física. La institución no cuenta con una infraestructura física adecuada para prestar el servicio de salud a todos los usuarios que a ella acuden, lo que genera la búsqueda de otras entidades que puedan prestar un mejor servicio. Amenaza alta.

ENTORNO SOCIAL

Violencia e inseguridad. En el municipio de Túquerres cada día el índice de violencia e inseguridad incrementa, lo cual se convierte en una amenaza para la institución ya que las diferentes bandas criminales pueden atentar contra la vida de los usuarios y la institución por ser de primer nivel no puede prestar un buen servicio en este caso y además se corre el riesgo de que se hurten los diferentes equipos con los que se cuenta para la prestación del servicio de salud. Amenaza alta.

Cuadro 3. PERFIL DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DEL MEDIO (POAM) EN LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA

OBJETIVO: Identificar los factores externos más relevantes de la IPS JULIAN CARLOSAMA en el municipio de Túquerres, a través de un análisis estratégico que proporcione información para establecer la capacidad actual de la institución.									
FACTORES EXTERNOS	OPORTUNIDAD			AMENAZA			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
ENTORNO ECONÓMICO									
Políticas estatales para privatización de entidades públicas.				X			X		
Acceso a fuentes de financiación para la realización de proyectos.	X						X		
ENTORNO TECNOLÓGICO									
Acceso a la Nueva Tecnología.	X						X		
Inversión en tecnología.	X							X	
Ciclos de vida cortos de los equipos de diagnóstico y veloz modernización y actualización de los equipos en el mercado.				X			X		
ENTORNO COMPETITIVO									
Usuarios cada vez más exigentes en relación a la calidad del servicio y la atención recibida.				X			X		
Poder de negociación con otras entidades.	X							X	
Competencia directa por mejor infraestructura física.				X				X	
ENTORNO AMBIENTAL									
Manejo de residuos sólidos.	X							X	
Manejo de residuos tóxicos.	X							X	
ENTORNO SOCIAL									
Sensibilización en la población sobre la importancia de la salud y los cuidados preventivos.		X						X	
Incremento del número de habitantes en el municipio y sus alrededores.	X						X		
Violencia e inseguridad.				X			X		

Fuente: Este estudio

Cuadro 4. Matriz de Evaluación de Factores externos (MEFE) para la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.

FACTOR EXTERNO CLAVE	PONDERACION	CALIFICACION	RESULTADO
1. Políticas estatales para privatización de entidades públicas	0.07	1	0.07
2. Acceso a fuentes de financiación para la realización de proyectos.	0.13	3	0.39
3. Acceso a la Nueva Tecnología.	0.14	4	0.56
4. Inversión en tecnología.	0.11	4	0.44
5. Ciclos de vida cortos de los equipos de diagnóstico y veloz modernización y actualización de los equipos en el mercado.	0.06	1	0.06
6. Usuarios cada vez más exigentes en relación a la calidad del servicio y la atención recibida.	0.08	1	0.08
7. Poder de negociación con otras entidades.	0.14	3	0.42
8. Competencia directa por mejor infraestructura física.	0.09	2	0.18
9. Incremento del número de habitantes en el municipio y sus alrededores.	0.11	3	0.33
10. Violencia e inseguridad.	0.08	1	0.08
TOTAL	1		2.61

Fuente: Este estudio

Conclusión: El resultado obtenido es superior al promedio (2.5) ya que la calificación obtenida es de 2,61 lo que indica que la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA tiene muchas oportunidades a nivel externo entre las cuales se encuentran: la inversión en tecnología, el acceso a nueva tecnología, el acceso a fuentes de financiación, para la realización de proyectos, el poder de negociación con otras entidades y el incremento del número de habitantes en el municipio y sus alrededores, es aconsejable tener en cuenta estas oportunidades y aprovecharlas de la mejor manera con el fin de lograr mayor posicionamiento, satisfacción en los usuarios, adecuado uso y distribución de los recursos y mejorar continuamente.

2.3 MATRIZ DOFA PARA LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA

El análisis DOFA está diseñado para ayudar a la dirección a encontrar el mejor acoplamiento ante las tendencias del medio y las capacidades internas de la institución, para formular estrategias que permiten aprovechar las fortalezas, prevenir el efecto de las debilidades, utilizar a tiempo las oportunidades y anticiparse al efecto de las amenazas.

IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA		OPORTUNIDADES	AMENAZAS
		O1 Acceso a fuentes de financiación para la realización de proyectos.	A1 Políticas estatales para privatización de entidades públicas.
		O2 Acceso a la Nueva Tecnología	A2 Ciclos de vida cortos de los equipos de diagnóstico y veloz modernización y actualización de los equipos en el mercado.
		O3 Inversión en tecnología.	A3 Usuarios cada vez más exigentes en relación a la calidad del servicio y la atención recibida.
		O4 Poder de negociación con otras entidades.	A4 Competencia directa por mejor infraestructura física.
		O5 Incremento del número de habitantes en el municipio y sus alrededores.	A5 Violencia e inseguridad.
FORTALEZAS		ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA
F1	Planes de acción	F3, F4, O1, O4: Aumentar la suficiencia financiera y optimizar recursos que permita el desarrollo de nuevos nichos de mercado y ser competitivos.	F3, A3, A4: Innovar servicios con elementos diferenciadores que permita la fidelización de usuarios y la captación de nuevos nichos de mercado.
F2	Control		
F3	Accesibilidad a recursos financieros.		
F4	Sistema Presupuestal	F5, O2, O3: Utilizar softwares mejorados que permitan agilizar procesos para prestar un buen servicio y mejor atención al usuario.	F1, A1: Generar alianzas estratégicas que permitan flexibilidad ante los cambios normativos.
F5	Plataforma tecnológica para el manejo de historias clínicas automatizada.		F5, A2, A3: Optimizar los registros automatizados de la historia clínica para el diseño de servicios que respondan al perfil epidemiológico de los usuarios.
DEBILIDADES		ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS DA
D1	Procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación.	D1, D2, D5, O1: Diseñar e implementar un presupuesto anual para desarrollar programas de gestión de talento humano, planes de sensibilización de S.G.C e implementar un sistema de gestión de la calidad que permita elevar los niveles de eficiencia del personal para cumplir los requisitos de los usuarios.	D4, A4: Ampliar la infraestructura de la institución para brindar un mejor servicio a los usuarios y generar alianzas estratégicas con otras empresas del sector salud.
D2	Avance en la implementación de sistemas integrados de gestión con eficacia en la acreditación.		
D3	Satisfacción de los usuarios por la eficiente prestación del servicio.	D3, D4, O3, O4: diseñar alianzas estratégicas con otras entidades del municipio de Túquerres y acceder a tecnología con el fin de ampliar el portafolio de servicios para	D1, D2, A3: Lograr la articulación y estandarización de los procesos administrativos y asistenciales que permitan minimizar los costos de no calidad y desarrollar estrategias de entrenamiento permanente en
D4	Suficiente oferta de algunos servicios		

	acorde con la demanda.	cubrir la demanda de la sociedad y evitar el desplazamiento de los usuarios a otras ciudades.	servicio al usuario para satisfacer de la mejor manera sus necesidades y alcanzar su fidelización.
D5	Clima Organizacional.		

Fuente: Este estudio

3. DIAGNÓSTICO PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA CON BASE A LA NORMA NTCGP 1000:2009

El presente diagnóstico se realizó con base en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, llevando a cabo un análisis objetivo del estado actual de la Institución, utilizando como herramienta principal para ello la lista de chequeo del Sistema de Gestión de la Calidad.

Es importante recordar que para la implementación de un sistema lo primero que se debe tener en cuenta es la situación actual de la Institución puesto que así se va a tener mayor conocimiento de las principales necesidades por las cuales se debe implementar un sistema, al mismo tiempo se va a obtener información de los requisitos de la norma con los que la Entidad está cumpliendo, puesto que por ser una Institución prestadora de servicios de salud está obligada a brindar un servicio de calidad a los usuarios con el fin de satisfacer sus necesidades, enfocándose siempre al mejoramiento continuo.

Ver anexo 1: Lista de chequeo del sistema de gestión de calidad

A continuación se presenta los hallazgos encontrados según los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009

3.1 Numeral 4. Sistema de Gestión de la Calidad: La Institución no ha establecido, no ha documentado ni ha implementado un sistema de Gestión de la Calidad, lo cual impide mejorar continuamente su eficiencia, eficacia y efectividad; existen procesos definidos pero no tienen una secuencia ni se les hace un debido seguimiento que permita el aseguramiento de la disponibilidad de recursos y además no se tiene la suficiente información para apoyar dichos procesos.

Por otra parte cabe resaltar que la IPS cuenta con una política de calidad, y unos objetivos de calidad, no cuenta con un manual de calidad pero si tiene un manual de procesos y procedimientos documentado; los documentos que aquí se manejan para registrar las actividades realizadas son revisados y aprobados por el gerente general, pero cabe destacar que solo se manejan registros de algunos procesos.

Además cada documento necesario para la prestación del servicio es aprobado, revisado y actualizado, pero no se tiene en cuenta la vigencia de los documentos y se utilizan solo algunos, los cuales son exigencia de la normatividad vigente, por consiguiente estos permanecen legibles y se identifican fácilmente.

La entidad no ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación almacenamiento, protección,

recuperación, tiempo de retención, y disposición de los registros, pero si permanecen legibles e identificables.

3.2 Numeral 5. Responsabilidad De La Dirección: Al no contar con un Sistema de Gestión de la Calidad no se evidencia el compromiso de la alta dirección con el desarrollo del mismo, pero se observa interés por parte de la dirección para implementar un sistema que permita eficiencia, eficacia y efectividad en la prestación del servicio.

La organización está pendiente de manera regular de las necesidades de los usuarios y de la importancia de satisfacer los requisitos de los mismos, atendiendo siempre a sus sugerencias con el fin de mejorar el servicio.

La IPS cuenta con toda la reglamentación legal, se encuentra habilitada ante todos los entes interesados en el tema de salud, cuenta con Registro especial de prestadores de servicios de salud expedida por el IDSN, y con el formulario de novedades de prestadoras de servicios de salud ante el Ministerio de la Protección Social.

La alta dirección comunica al personal de la entidad la importancia de satisfacer los requisitos de los usuarios, sin embargo no se da cumplimiento con algunos de los requisitos de las personas que acceden a este servicio, pero si existe una buena comunicación interna para dar a conocer el desarrollo de los planes de mejoramiento que se pueden aplicar para contrarrestar las falencias que se identifican.

La gerente general asegura que la política de la calidad en la institución se la realiza por cumplir el artículo siete de la resolución No 005 del 20 de septiembre del año 2012, la cual es adecuada al objeto de la entidad, incluye el compromiso de cumplir con los requisitos de los usuarios pero no ha sido comunicada al personal que labora en ella.

En cuanto a la planificación, la entidad no cuenta con un sistema de gestión de la calidad. Por lo tanto no se han elaborado los objetivos de calidad.

En la institución están definidas las responsabilidades y autoridades para cada proceso, pero no hay una persona responsable de la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad, por lo tanto no se presenta ningún informe del desempeño del sistema de gestión de la calidad, pero el gerente si promueve la toma de conciencia de los requisitos de los usuarios en todos los niveles de la entidad.

No existe comunicación con énfasis en la retroalimentación del SGC, puesto que este no se encuentra implementado ni documentado, por lo tanto no se

les puede brindar ningún tipo de información al personal que labora en la institución acerca de la gestión de la calidad de la misma.

La alta dirección no se encarga de revisar el sistema de gestión de la calidad porque no cuenta con la implementación de dicho sistema.

3.3 Numeral 6. Gestión De Recursos: La alta dirección no asigna recursos para el sistema de gestión de calidad, porque carece de dicho sistema, pero si asigna los recursos necesarios para la prestación del servicio de salud; dichos recursos son: talento humano, equipos biomédicos, sistemas de información y comunicación, una infraestructura que no es apropiada para la prestación del servicio ya que no existe el espacio suficiente para cada dependencia, además cuenta con algunos recursos financieros con los cuales no se puede acceder a nuevas tecnologías que permitan ampliar el portafolio de Servicios y se maneja un ambiente de trabajo desfavorable.

3.4 Numeral 7: Realización del producto o la prestación del Servicio: La planificación se realiza mediante el seguimiento de la normatividad vigente y acatando lo establecido por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y el Ministerio Nacional de Salud; para identificar los requisitos de los usuarios la institución lo realiza mediante la aplicación de encuestas, además se cuenta con buzones de sugerencias para atender los procesos relacionados con el usuario y determinar una comunicación eficaz.

En cuanto al Diseño y Desarrollo de la prestación del Servicio de Salud está delimitado por los requisitos legales que determinan el Ministerio de Salud Nacional y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, pero no se manejan registros de la revisión de cualquier cambio ni de las acciones necesarias tomadas para el diseño y desarrollo de la prestación del servicio.

En cuanto al proceso de compras la entidad lo realiza teniendo en cuenta que los productos que se adquieren sean de calidad y cumplan con los requisitos y exigencias de los usuarios, pero dicho proceso no se encuentra documentado.

Así mismo si se establece un control y seguimiento a los proveedores que distribuyen los insumos a la Institución, pero tampoco se cuenta con un documento que compruebe que se realiza dicho proceso, en cuanto se realiza la recepción de los insumos en la institución se procede a su respectiva inspección y verificación del tipo de los productos que se adquirieren a los diferentes proveedores, para asegurarse de que estos sean los que se necesita en la entidad para su buen funcionamiento, y para cubrir con las necesidades de los usuarios.

Además la entidad planifica y controla la prestación del servicio de salud a la población; el respectivo control incluye la disponibilidad de la información

sobre las características del servicio, las instrucciones de trabajo el uso de equipos de seguimiento y medición, los riesgos de mayor probabilidad de impacto.

El Numeral 7.5.4 se excluye del Sistema ya que dentro de la prestación del servicio de salud no hay ningún producto que deba identificarse, manipularse, embalsarse, almacenarse y protegerse.

Por otra parte se realiza el debido control y seguimiento a los equipos biomédicos y de cómputo que sea necesario verificar y calibrar.

3.5 Numeral 8. Medición, análisis y mejora. En la IPS se planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición análisis y mejora para verificar si los requisitos de la prestación de servicio de salud se están llevando a cabo adecuadamente, en el caso contrario se realizan planes de mejora para dichos hallazgos.

En la Institución se realiza seguimiento de satisfacción al usuario, mediante la aplicación de encuestas.

Por otra parte en la entidad se llevan a cabo auditorías internas las cuales son realizadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, y las entidades contratantes tales como Comfamiliar y Mallamas, quienes hacen la entrega de este procedimiento documentado, estableciendo algunos indicadores de gestión, lo que permite la identificación de no conformidades del sistema para realizar planes de mejoramiento en la Institución.

En cuanto al seguimiento y medición de los procesos, la entidad lo realiza empleando indicadores de gestión y encuestas para demostrar el alcance de los resultados planificados.

Así mismo el seguimiento y medición del servicio se realiza para verificar que se cumpla los requisitos establecidos por las entidades que controlan la prestación del servicio de salud.

Además se realiza un control del servicio no conforme, ya que una vez identificadas las falencias se procede a dar solución para mejorarlas pero este proceso no está debidamente documentado.

La institución realiza el análisis para obtener información relacionada con la satisfacción del usuario, la conformidad con los requisitos del servicio, así como también para la selección de proveedores.

Finalmente en la Institución se realiza planes de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las auditorías internas, ya que se toman las medidas pertinentes, es decir acciones correctivas o preventivas para lograr mayor eficiencia, eficacia y efectividad en cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la IPS.

4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA SEGÚN LA NORMA NTCGP 1000:2009

4.1 MISIÓN

Somos una empresa dedicada a prestar servicios de salud con calidad, contamos con personal altamente calificado, y distribuimos de la mejor manera los recursos, para generar bienestar a nuestros usuarios al contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad.

4.2 VISIÓN

Para el año 2015 la IPS INDIGENA JULIÁN CARLOSAMA pretende mejorar la infraestructura y adquirir nuevos equipos, con el fin de ampliar su portafolio de servicios, para lograr la completa satisfacción de los usuarios al prestar un servicio de alta calidad que le permita posicionarse como institución de tercer nivel.

4.3 POLÍTICA DE CALIDAD

Somos una institución prestadora de servicios de salud comprometida con la comunidad para lograr su bienestar, y mejorar su calidad de vida al satisfacer sus necesidades y requerimientos, acatando los requisitos que la norma establece, mejorando continuamente cada proceso. Para tal fin se cuenta con personal altamente capacitado y entrenado periódicamente para alcanzar un nivel de competencia profesional fomentando así el trabajo en equipo.

4.4 OBJETIVOS DE CALIDAD:

- ✓ Disminuir la cantidad de quejas de usuarios no conformes con la prestación del servicio que brinda la IPS.
- ✓ Incrementar la satisfacción de los usuarios con el fin de cumplir sus requisitos y requerimientos.
- ✓ Aplicar sistemas de mejora continua para controlar nuestros procesos y mejorar día a día la calidad de la prestación de nuestros servicios.

- ✓ Disminuir las no conformidades, presentes en los procesos que se llevan a cabo en la institución para la prestación del servicio.
- ✓ Desarrollar y capacitar en forma constante a nuestro personal, fomentando el trabajo en equipo y la identificación con la Institución.

4.5 VALORES CORPORATIVOS

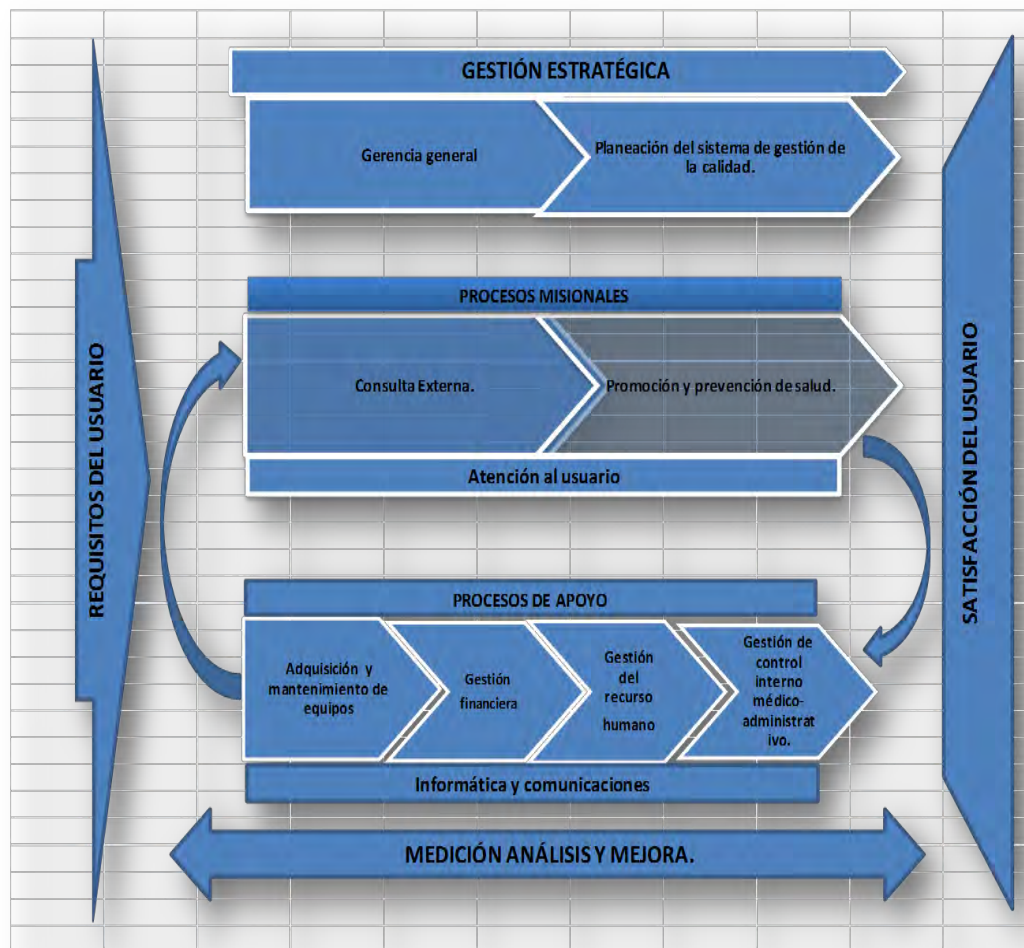
- Respeto.
- Ética.
- Responsabilidad.
- Honestidad.
- Compromiso.

4.6 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- ❖ **CALIDAD Y OPORTUNIDAD:** Prestación oportuna de los servicios con la más alta calidad, cumpliendo los estándares técnicos de habilitación, mediante la utilización de tecnología apropiada, acorde con los servicios.
- ❖ **MEJORA CONTÍNUA:** Aplicar planes de mejora para prestar el servicio y aumentar así la eficiencia, eficacia y efectividad de cada proceso.
- ❖ **TRANSPARENCIA:** Garantizar el acceso a la información de los procesos para facilitar el control social.
- ❖ **COORDINACIÓN COOPERACIÓN Y ARTICULACIÓN:** Desarrollar el trabajo en equipo en la Institución y con otras entidades para establecer relaciones beneficiosas a nivel interno y externo, y hacer uso racional de los recursos.
- ❖ **ENFOQUE HACIA EL CLIENTE:** Identificar las necesidades actuales y futuras de los usuarios para Satisfacer la totalidad de sus requerimientos.
- ❖ **LIDERAZGO:** La alta dirección debe tener la capacidad de garantizar un ambiente interno favorable para que el personal que labora en la institución se involucre totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

- ❖ **PARTICIPACIÓN:** Brindar al personal de la entidad la posibilidad de tomar decisiones que contribuyan de manera positiva al logro de los objetivos de la IPS.

4.7 MAPA DE PROCESOS



Fuente: Realizada para esta informe.

4.8 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS MISIONALES DE LA IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA.

La caracterización de procesos se realiza con el fin de analizar los procesos misionales que se llevan a cabo en la IPS Julián Carlosama, los cuales son:

- Consulta externa
- Atención al Usuario
- Programas de Promoción y Prevención de la Salud .

En la caracterización de cada proceso se define:

- Nombre del proceso
- Objetivo del proceso
- Tipo de proceso
- Líder encargado del proceso
- El alcance del proceso
- Los proveedores del proceso
- La entrada de los procesos
- Las salidas de los procesos
- Indicadores que permiten medir el grado de cumplimiento en las actividades que se llevan a cabo en la IPS.
- Recursos mínimos con los que se debe contar para dar cumplimiento a cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la IPS Indígena Julián Carlosama.

Ver anexos 2 al 14 donde se encuentra la caracterización de procesos y procedimientos misionales de la IPS Indígena Julián Carlosama.

4.9 PLAN DE AUDITORIA Y PROGRAMA DE AUDITORÍA

4.9.1 PROGRAMA DE AUDITORÍA: Con el programa de auditoria lo que se pretende es esquematizar detalladamente el trabajo que se va a realizar, en la elaboración del programa de auditoría se relaciona el objetivo o los objetivos del programa de auditoría, el alcance, los recursos que se van a necesitar para llevar a cabo dicha auditoría, y los procesos a los cuales les va a realizar el seguimiento, así mismo debe llevar una fecha de actualización y los documentos que se van a tener en cuenta.

Ver anexo 15 Programa de auditoría

4.9.2 PLAN DE AUDITORÍA: Para verificar y dar seguimiento a los objetivos de la Institución es necesario que la IPS desarrolle un plan de auditorías, con el cual se puede planificar adecuadamente las actividades que se llevan a cabo en la Entidad.

Con el plan de auditorías se pretende tener un documento como soporte de un trabajo detallado, el cual se constituye como una guía para la ejecución de los programas de auditoria interna.

Un plan de auditorías planea lo que se debe realizar a lo largo de su desarrollo, ya que los auditores deben proveer antes de realizar su trabajo, por lo tanto este se convierte en una herramienta muy útil a la hora de aplicar una auditoría en la Institución.

Ver anexo 16 Plan de auditoría

CONCLUSIONES

- A partir del diagnóstico que se realizó en la IPS Indígena Julián Carlosama con base en la norma NTCGP 1000:2009 se pudo determinar detalladamente las falencias que esta tiene en cuanto a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, Cabe resaltar que debido a que esta es una Institución prestadora de Servicios de salud cumple con estándares de calidad que son exigidos por el IDSN y Ministerio de Salud.
- La implementación de un sistema de Gestión de Calidad para IPS Indígena Julián Carlosama, logra que los procesos que se llevan a cabo en la institución se hagan con eficiencia, eficacia y efectividad, buscando siempre la plena satisfacción de los usuarios.
- Se debe tener en cuenta que todo el personal de la Institución debe estar totalmente comprometido con brindar un servicio de calidad a los usuarios, puesto que este es uno de los primeros pasos para que un sistema de Gestión de la Calidad tenga éxito en cualquier empresa.
- La caracterización de los procesos y procedimientos misionales de la IPS permite evidenciar sus objetivos, alcance, responsables, recursos y una mayor comprensión en cada una de las actividades que se llevan a cabo para dar cumplimiento a dichos procesos, al mismo tiempo se convierten en punto de partida para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Es importante tener en cuenta que para que haya un mejor control de los procesos se debe tenerlos documentados, con el fin de que se evidencie una mayor comprensión de todas las actividades que se realizan para la prestación del servicio de salud.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que en la IPS Indígena Julián Carlosama del Municipio de Túquerres, se implemente un sistema de gestión de la calidad, puesto que, esta es una de las mejores estrategias que puede contemplar para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios y cumplir con sus requerimientos, pues la institución se va a enfocar en brindar un servicio oportuno y con calidad en todos los procesos que realizan con el fin alcanzar un mejoramiento continuo.
- Se recomienda que la alta dirección se comprometa con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, puesto que de ella depende el compromiso que pueda generar hacia el personal que hace parte de la Institución, para concientizarlos acerca de la importancia de implementar dicho sistema, ante todo en una institución como esta que por ser prestadora de servicios de salud debe estar altamente comprometida con la calidad de servicio que prestan a los usuarios.
- Es necesario que se realicen capacitaciones dirigidas al personal de la Institución, enfocadas en la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, para que pueden contribuir al mejoramiento de los procesos que realiza cada uno de ellos en sus respectivas dependencias.
- Se debe documentar todos los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en la Entidad con el fin de tener una noción exacta de cómo se va a realizar una actividad de forma eficiente, efectiva y eficaz, enfocándose siempre a brindar un mejor servicio a los usuarios que hacen parte de las empresas contratantes.
- Se deben asignar recursos necesarios con los que se pueda implementar un Sistema de Gestión de la calidad, dichos recursos son de infraestructura, financieros, humanos, y tiempo, con los que se pueda desarrollar, implementar y mantener un SGC efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Norma Técnica De Calidad En La Gestión Pública NTCGP 1000:2009
- NORMA ISO 9001:2008
- Guía De Planeación Para Implementar El Sistema De Gestión De La Calidad En La Gestión Pública NTCGP 1000:2004

NETGRAFÍA

- ❖ <http://www.liderempresarial.com/num102/13.php>
- ❖ <http://www.normas9000.com/importancia-gestion-calidad.ht>
- ❖ <http://www.normas9000.com/importancia-gestion-calidad.ht>
- ❖ <http://www.gestiopolis.calidadempresarial.com>

ANEXOS

Anexo 1 Lista de Chequeo

LISTA DE CHEQUEO DEL SGC									
ELEMENTOS DE NTCGP 1000 2009	PREGUNTAS	VALORACION					OBSERVACIONES	DOCUMENTOS DE SOPORTE	
		1	2	3	4	5	(1 Mínimo, 5 Máximo)		
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									
4.1 Requisitos generales	La Dirección ha estructurado su SGC bajo un enfoque de procesos, orientado hacia la mejora continua de su eficacia, bajo las directrices y requisitos de ISO 9001	X					La Institución no ha establecido, no ha documentado ni ha implementado un sistema de Gestión de la Calidad lo cual impide mejorar continuamente su eficiencia, eficacia y efectividad.	Mapa de procesos, Caracterización de procesos misionales.	
	a. La identificación y determinación de la secuencia de los procesos. b. El establecimiento de criterios y métodos para la operación y control de los procesos. c. La asignación de recursos y la implementación efectiva del seguimiento y control. d. La mejora continua de su eficacia. e. El control sobre los procesos subcontratados o delegados a terceros, dentro del ámbito del SGC.		X				En la IPS Indígena Julián Carlosama del Municipio de Túquerres, existen procesos definidos pero no tienen una secuencia ni se les hace un debido seguimiento.	Documento que evidencie el seguimiento que se hace a los procesos.	
4.2 Requisitos de la documentación	La organización dispone de un manual de calidad en el que describe el SGC, su alcance y exclusiones, presenta la política de calidad, referencia los procedimientos y documentos de soporte, e ilustra la interacción entre los procesos.	X					La IPS no cuenta con un manual de calidad puesto que no tiene implementado ni documentado el sistema de gestión de calidad.	Manual de Calidad	
	Se han implementado de manera efectiva disposiciones (procedimientos), para el control de los documentos y de los registros.			X			La entidad no ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención, y disposición de los registros, pero si permanecen legibles e identificables.	Procedimiento para control de registros y documentos	

5. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la dirección	La alta dirección hace evidente su compromiso con el SGC, mediante su liderazgo y participación en la formulación y despliegue de la política y objetivos de calidad, en la revisión del SGC, al igual que en las comunicaciones a toda la organización en donde destaca la importancia de cumplir con los requisitos.		X				Al no contar con un Sistema de Gestión de la Calidad no se evidencia el compromiso de la alta dirección con el desarrollo del mismo, pero se observa interés por parte de la dirección para implementar un sistema que permita eficiencia, eficacia y efectividad en la prestación del servicio.	Documento en el que se evidencie el compromiso de la gerente general
5.2 Enfoque al cliente	La organización identifica las necesidades y expectativas de sus clientes de manera sistemática y regular		X				La organización si está pendiente de manera regular de las necesidades de los usuarios y de la importancia de satisfacer los requisitos de los mismos, pero no se lleva un documento en el que se encuentren estipulados los requisitos del usuario.	Realizar un documento en el que se encuentren estipulados los requisitos de los usuarios para poder cumplir a cabalidad con las exigencias de los mismos.
	Asegura la organización que se han considerado los requisitos legales y reglamentarios				X		La IPS cuenta con toda la reglamentación legal, se encuentra habilitada ante todos los entes interesados en el tema de salud.	Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por el IDSN, Visto bueno de la Superintendencia de salud. Formulario de novedades de prestadoras de servicios de salud ante el Ministerio de la Protección Social

5.3 Política de la calidad	La organización ha establecido y divulgado una política de calidad acorde con su naturaleza y características.				X	La IPS si cuenta con una política de la calidad, la cual es adecuada al objeto de la entidad.	Creación de la política de calidad bajo las condiciones del sistema de gestión de la calidad, que se enfoque al cumplimiento de los requisitos de los usuarios de la IPS, al mejoramiento continuo, y que se realice su debida revisión y actualización cada vez que así se requiera.
	Las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas son entendidas y consideradas como punto de referencia para formular la política de calidad				X	La política de calidad de la IPS Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y expectativas de los usuarios.	
	La política calidad incluye un compromiso formal con la mejora continua y con el cumplimiento de los requisitos.				X	La política de calidad de la IPS si está enfocada a contribuir de manera positiva al mejoramiento continuo.	
	La política de calidad se revisa y actualiza, según las necesidades y dinámica de la organización.			X		La política de calidad de la IPS no se revisa ni actualiza, puesto que está consignada en el PAMEC de la Institución el cual debe ser realizado para cumplir con los requisitos de las entidades interesadas, pero no porque la Institución tenga un SGC	
5.4 Planificación	Con el liderazgo de la alta dirección, se establecen y despliegan los objetivos de calidad, en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.	X				La IPS no cuenta con objetivos de calidad, puesto que en la IPS no se ha implementado, ni documentado un SGC.	Crear un documento en el que se estimen los objetivos de calidad, los cuales estén enfocados a la política de calidad, que sean medibles, alcanzables y acotados en el tiempo.
	Los objetivos están alineados con la política de calidad, y la traducen en metas medibles.	X					
	Los objetivos son desplegados a cada nivel, para asegurar la contribución individual para su logro	X					
	La dirección asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para cumplir los objetivos	X				La gerencia no asegura la asignación de recursos para el cumplimiento de los objetivos, puesto que no existe SGC	
	La planificación del SGC se ha configurado de tal manera que permite asegurar tanto el cumplimiento de los requisitos de calidad, como el de los objetivos y metas establecidos.	X				En cuanto a la planificación, la entidad no cuenta con un sistema de gestión de la calidad.	
	La organización ha establecido e implementado de manera efectiva disposiciones que le permiten asegurar la integridad del SGC.	X				La Institución no ha implementado ningún sistema de gestión de calidad.	

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	La alta dirección asegura que se establezcan y comuniquen las responsabilidades al personal de la organización.					X	La gerente de la Institución si comunica las responsabilidades al personal que labora, si promueve la toma de conciencia de los requisitos de los usuarios en todos los niveles de la entidad.	Soportes que evidencien el cumplimiento de las responsabilidades del personal de la entidad. Asignar un representante que se encargue del seguimiento del SGC con el fin de ver su avance y funcionamiento en la Institución Asignar espacios en los que se pueda dar a conocer la importancia del SGC, hacer una retroalimentación del mismo y brindar al personal toda la información acerca de la gestión de calidad en la entidad, para que estos se encuentren debidamente informados.
	Se ha designado a un representante de la dirección, del nivel directivo para retroalimentar a la gerencia acerca del desempeño del SGC, asegurar la planificación, implementación y mejora del SGC, y para promover la toma de conciencia acerca de los requisitos del cliente.	X					No hay una persona responsable de la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad, por lo tanto no se presenta ningún informe del desempeño del sistema de gestión de la calidad	
	Las comunicaciones hacen énfasis en la retroalimentación acerca del cumplimiento de los requisitos, objetivos y logros de calidad, al igual que en la mejora en el desempeño y eficacia del SGC.	X					No existe comunicación con énfasis en la retroalimentación del SGC ,puesto que este no se encuentra implementado ni documentado, por lo tanto no se les puede brindar ningún tipo de información a los trabajadores de la institución.	
	La alta dirección asegura que los procesos de comunicación interna son adecuados, y que sus empleados conocen a dónde acudir por información sobre la gestión de la calidad en la organización	X						

5.6 Revisión por la dirección	La alta dirección realiza de manera planificada y sistemática la revisión del SGC.	X					La alta dirección no se encarga de revisar el sistema de gestión de la calidad porque no cuenta con la implementación de dicho sistema.	Tener un documento en el que se encuentre determinado el proceso de revisión del SGC por parte de la Gerencia
	Se dispone de información de entrada válida para adelantar la revisión del SGC por parte de la dirección.	X						
	Las revisiones del SGC consideran según se requiera, la revisión y/o cambios de su política y objetivos de calidad.	X						
	La revisión del SGC genera salidas en las que se consideran decisiones claves para el futuro y proyecciones del SGC, asignación de recursos, y reformulación de objetivos y metas de calidad, según se requiera.	X						
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS								
6.1 Provisión de recursos	La organización asegura que los recursos que son esenciales para implementar, mantener y mejorar la eficacia del sistema de gestión de calidad y buscar la satisfacción del cliente, sean identificados y asignados de manera oportuna y adecuada.		X				La alta dirección no asigna recursos para el sistema de gestión de calidad, la entidad no cuenta con S.G.C.	Asignar los recursos necesarios con el fin de promover la eficacia del SGC
6.2 Recursos humanos	La organización promueve la participación y el apoyo de las personas para la mejora de la eficacia y eficiencia de la organización.		X				La Entidad si promueve el apoyo de las personas con el fin de mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad de la empresa	Documento que estipule los requisitos con los que debe contar el personal que labora en la Institución.
	La organización asegura que el nivel de competencia de cada individuo es adecuado para las necesidades actuales y próximas					X	La Institución cuenta con el personal capacitado e idóneo para el cumplimiento de sus objetivos, y que cumpla con las expectativas y necesidades de los usuarios	
6.3 Infraestructura	Se asegura que la infraestructura (instalaciones físicas, equipos, transporte, comunicaciones, hard y soft), es apropiada para la consecución de los objetivos de la organización y para la operación de sus procesos.			X			La entidad no cuenta con una infraestructura apropiada para la prestación del servicio ya que no existe el espacio suficiente para cada dependencia,	Documento que regule el estado y las condiciones de infraestructura de la IPS
6.4 Ambiente de trabajo	La configuración y condiciones del ambiente de trabajo son adecuadas y consistentes con los requerimientos y necesidades de los procesos, con respecto al cumplimiento de los requisitos del producto.		X				No se maneja un ambiente laboral adecuado entre los diferentes miembros de la entidad.	Documentar Programas de Bienestar Social laboral.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO									
7.1. Planificación de la realización del producto.	La planificación para la realización del producto tiene en cuenta: a. La definición de las actividades y secuencias requeridas para el cumplimiento de los requisitos aplicables, de manera consistente con otros requisitos del SGC. b. El establecimiento de objetivos y requisitos específicos para el producto. c. El establecimiento y documentación según se requiera, de las condiciones de operación, medición, seguimiento y control de las actividades y procesos requeridos. d. La definición de los registros que se deben llevar.				X		La planificación se realiza mediante el seguimiento de la normatividad vigente y acatando lo establecido por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y el Ministerio Nacional de Salud, pero no en base a la norma de calidad del S.G.C	Realizar un documento en el que se encuentre la planificación que se debe tener en cuenta para cumplir con los requisitos de la norma.	
	La planificación se ha documentado en un plan o en un documento similar en el que se establecen las disposiciones relativas al hacer y controlar para el producto.			X			No se encuentra documentado ningún proceso de planificación del sistema de gestión de la calidad.		
7.2 Procesos relacionados con el cliente	Se han definido e implementado los procesos de interacción con los clientes para asegurar la definición, conocimiento y dominio de las necesidades, expectativas, y todo tipo de requisitos aplicables.				X		Para identificar los requisitos de los usuarios la institución lo realiza mediante la aplicación de encuestas, además se cuenta con buzones de sugerencias para atender los procesos relacionados con el usuario y determinar una comunicación eficaz.	Documentar los requisitos y requerimientos de los clientes	
	Los requisitos definidos son sometidos a revisión para asegurar la claridad en su definición, la solución de discrepancias con el cliente al respecto, al igual que la capacidad de cumplirlos por parte de la organización. Existen registros al respecto.				X		De esta forma la entidad puede estar informada acerca del grado de satisfacción de los usuarios en cuanto al servicio que se les presta, y estar atentos a las inquietudes de los mismos, para poder darles solución, y mejorar continuamente en cada uno de los procesos que se llevan a cabo.		
	La organización ha establecido canales y medios de comunicación con sus clientes, en lo relacionado con información sobre sus productos, atención, respuesta y trámite a solicitudes, requerimientos y/o llamados o cualquier tipo de retroalimentación de los clientes.				X				

7.3 Diseño y desarrollo	La organización ha establecido los procesos de diseño y desarrollo en forma tal que permiten responder a las necesidades y expectativas de los clientes, cumpliendo de manera efectiva los requisitos aplicables.			X			En cuanto al Diseño y Desarrollo de la prestación del Servicio de Salud está delimitado por los requisitos legales que determinan el Ministerio de Salud Nacional y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, lo que permite cumplir con las principales necesidades y expectativas de los usuarios.	Documento que soporte el diseño y desarrollo de la prestación del servicio de salud avalado por las entidades de interés en este campo.
	Cada diseño tiene una planificación de sus etapas con la asignación de tiempos y responsables, que se actualiza según se requiera durante su desarrollo.			X			En la IPS si se realiza una planificación de los procesos y sus responsables, pero no se encuentra un documento guía, ni evidencias de que se lleva a cabo dicho proceso	Formalizar un documento en el que se especifique la planeación de los procesos con sus respectivos responsables.
	Están definidos de manera adecuada los datos de entrada de los diseños y son cotejados contra los requisitos aplicables. Existen evidencias acerca de la revisión de los datos de entrada	X					No se manejan registros de la revisión de cualquier cambio ni de las acciones necesarias tomadas para el diseño y desarrollo de la prestación del servicio.	Registrar la revisión de los datos entrada de cada diseño.
	Los datos de salida de cada diseño son documentados de manera adecuada con respecto a los datos de entrada y requisitos aplicables.	X					En la IPS no se encuentran documentados los datos de salida de cada diseño.	Registrar la revisión de los datos salida de cada diseño
	Los diseños son objeto de verificación, validación y revisión de manera sistemática y coherente por personal competente y calificado		X				En la IPS si se realiza una verificación y validación periódica de los diseños de la prestación del servicio, por el personal que la labora en las entidades interstadas en el cumplimiento de los procesos que se realizan para la prestación de servicios de salud.	Llevar documentos que evidencien la verificación y validación del diseño de los procesos que se llevan a cabo en la entidad.
	La validación de los diseños considera de manera efectiva la verificación bajo condiciones de uso o de funcionamiento.		X					
	Existe un sistema efectivo para la documentación, divulgación, manejo y control de los cambios de diseño, que integra todos los procesos relacionados.		X				La entidad no cuenta con ningún sistema que permita la documentación divulgación ni manejo de control de cambios del diseño de los procesos.	Implementar un sistema de documentación, divulgación manejo y control de cambios.

7.4 Compras	El proceso de compras se ha definido en forma tal que permite asegurar que los productos y servicios comprados satisfacen las necesidades de la organización y los requisitos establecidos.				X	La entidad realiza el proceso de compras teniendo en cuenta que los productos que se adquieren sean de calidad y cumplan con los requisitos y exigencias de los usuarios, pero dicho proceso no se encuentra documentado.	Documentar el proceso de compras, que regule la adquisición de insumos, en cuanto a calidad, laboratorios, precios.
	Se han establecido disposiciones de seguimiento y control sobre los proveedores, acordes con la naturaleza y características tanto del producto, como de los términos contractuales y la situación del proveedor o contratistas.				X	Si se establece un control y seguimiento a los proveedores que distribuyen los insumos a la Institución, pero tampoco se cuenta con un documento que compruebe que se realiza dicho proceso	Documento que garantice seguimiento a proveedores
	Se han establecido criterios específicos para determinar los productos y servicios comprendidos en el SGC				X	Si se establecen criterios específicos para la adquisición de los insumos, tales como marcas, laboratorios, presentaciones y precios, pero no se encuentran documentados.	
	Los datos de compras contienen la información completa relacionada con los requisitos de los productos y/o servicios a comprar, incluyendo requisitos específicos acerca del control, las competencias, los equipos y el SGC del contratista o proveedor. Además son objeto de revisión y aprobación			X		Si se realiza su debida revisión y aprobación, pero no basándose en un S.G.C	Documento que certifique la Autorización y aprobación de orden de compra
	Se han establecido disposiciones, medios, recursos y competencias para realizar la verificación de los productos o servicios comprados, según se requiera.				X	En cuanto se realiza la recepción de los insumos en la institución se procede a su respectiva inspección y verificación del tipo de los productos que se adquirieren a los diferentes proveedores, para asegurarse de que estos sean los que se necesita en la entidad para su buen funcionamiento, y para cubrir con las necesidades de los usuarios	Formato de recepción de medicamentos e insumos de enfermería, odontología
	Se consideran disposiciones para realizar la verificación del producto en las instalaciones del proveedor, de la organización, o del cliente, según se requiera.	X				No se realizan inspecciones en las instalaciones de los proveedores, ni tampoco de los usuarios	Documento que garantice la inspección que se realiza a los proveedores y a los usuarios

7.5 Producción y prestación del servicio	La planificación y realización de la producción y/o prestación del servicio se realiza bajo condiciones controladas en las que se tiene en cuenta: a. La definición de procesos y la documentación de los instructivos o procedimientos que se requieran b. La disponibilidad y mantenimiento de los equipos de operación y control requeridos c. Las competencias del personal involucrado en las operaciones. d. La disponibilidad del material requerido. e. La definición e implementación efectiva de disposiciones relativas a la liberación, entrega y posventa.			X			La planificación se realiza mediante el seguimiento de la normatividad vigente y acatando lo establecido por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y el Ministerio Nacional de Salud, contando con personal capacitado, con los recursos disponibles necesarios	
	Se han identificado los procesos o actividades que requieran validación.	X					No aplica	
	Se han definido e implementado las disposiciones relativas a la validación de los procesos que lo requieren.	X					No aplica	
	Se han establecido criterios y disposiciones relativas a la revalidación de los procesos que lo requieren.	X					No aplica	
	Se han implementado de manera efectiva los mecanismos que conforman el sistema de identificación y trazabilidad del producto.	X					No aplica	
	Se tiene certeza de las obligaciones y requisitos legales aplicables en materia de identificación y trazabilidad. Se cumplen estos requisitos.	X					No aplica	
	Se han establecido e implementado de manera efectiva disposiciones para el control y administración de los elementos tangibles o de propiedad intelectual del cliente, que siendo suministrados por el son empleados para la planificación o realización del producto.	X					No aplica	
	Se ha establecido un sistema efectivo para la la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección de materiales productos en proceso, productos terminados o productos en proceso de despacho, transporte y entrega.	X					No aplica	
	Los mecanismos de preservación de productos son adecuados tanto en la logística de suministro, como en la logística de distribución hasta el destino previsto.	X					No aplica	

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición	La organización planifica y determina qué mediciones y verificaciones debe realizar y determina tanto los requerimientos de medición, como los equipos que dan respuesta a estos requerimientos.					X	La IPS si planifica mediante un cronograma de actividades las fechas en las cuales se realizará la medición y verificación de los equipos de cómputo y equipos biomédicos.	Plan de mantenimiento hospitalario.
	La organización ha establecido un sistema de aseguramiento metrológico que le permite que sus dispositivos de medición y seguimiento sean adecuado, y que la información que se está obteniendo y usando para la toma de decisiones es confiable.					X	La IPS si ha establecido un sistema de aseguramiento metrológico que le permite que sus seguimiento sean adecuados.	Registro de mantenimiento en hojas de vida de equipos.
	La gestión metrológica de la empresa (interna o externa), tiene en cuenta la verificación, mantenimiento, identificación, calibración y reclasificación, según se requiera, de los elementos de medición.					X	En la IPS si se tiene en cuenta la verificación el mantenimiento y la calibración de los equipos biomédicos y de los de cómputo	Plan de mantenimiento hospitalario.
	Los elementos de medición y/o calibración están trazados contra patrones reconocidos.				X		Si se tiene en cuenta los elementos de medición o calibración de los equipos.	
	Se han establecido disposiciones para evaluar y registrar la validez de resultados anteriores, cuando se encuentre un equipo descalibrado					X	Si se han establecido disposiciones para registrar la validez de los resultados cuando se encuentre un equipo descalibrado.	Registro de mantenimiento en hojas de vida de los equipos

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades	La gestión de medición, retroalimentación, análisis y mejora es planificada e implementada bajo la perspectiva de asegurar la conformidad del producto con los requisitos, del SGC con ISO 9001 y otros requisitos aplicables, al igual que el progreso continuo de la organización en cuanto a su eficacia.					X	En la IPS se planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición análisis y mejora para verificar si los requisitos de la prestación de servicio de salud se están llevando a cabo adecuadamente, en el caso contrario se realizan planes de mejora para dichos hallazgos.	Definir y documentar la manera de realizar seguimiento, medición, análisis y mejora del S.G.C.
8.2 Seguimiento y medición	La organización ha establecido métodos y disposiciones para medir la percepción y satisfacción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos, al igual que para analizar la información como punto de partida para la mejora continua.					X	En la Institución se realiza seguimiento de satisfacción al usuario, mediante la aplicación de encuestas, con sus respectivos análisis para poder aplicar acciones de mejora ante los resultados obtenidos.	Modelos de encuestas para medir la satisfacción del usuario
	Se ha establecido e implementado de manera efectiva un procedimiento para la planificación y realización de auditorías internas de calidad, como mecanismo independiente para evaluar el cumplimiento de los requisitos de ISO 9001, al igual que para verificar el mantenimiento eficaz del SGC.					X	En la entidad se llevan a cabo auditorías internas las cuales son realizadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, y las entidades contratantes tales como Comfamiliar y Mallamas, pero no es precisamente para hacer seguimiento a los requisitos de la norma de calidad, sino para evaluar el cumplimiento de requisitos que son establecidos por las entidades interesadas, considerando su estado e importancia.	Documentar el Procedimiento de auditorías internas
	Las auditorías tienen en cuenta la totalidad de procesos del SGC, considerando su estado, importancia y resultados previos.					X		
	La dirección de la organización o los responsables de cada proceso realizan un seguimiento al cierre y efectividad de las acciones correctivas generadas por las no conformidades detectadas en las auditorías.					X	La Dirección junto con los responsables de cada proceso si realizan seguimiento a las no conformidades encontradas, con el fin de aplicar sus respectivas acciones correctivas.	Documentar el procedimiento de revisión y seguimiento a no conformidades detectadas como resultado de una auditoría.

	Se han establecido e implementado efectivamente disposiciones y mecanismos de seguimiento y control sobre los procesos, en cuanto al cumplimiento de objetivos, requisitos, condiciones y demás reglas de juego previstas.				X	En cuanto al seguimiento y medición de los procesos, la entidad lo realiza empleando indicadores de gestión y encuestas para demostrar el alcance de los resultados planificados.	Encuestas de satisfacción al usuario.
	Cuando no se cumplen las disposiciones antes mencionadas se realiza el tratamiento de las no conformidades y las acciones correctivas, según se requiera				X	Si se realiza el debido tratamiento a las no conformidades encontradas con planes de mejoramiento que se deben efectuar lo más pronto posible.	Planes de mejoramiento
	La liberación del producto y la prestación del servicio no se llevan a cabo hasta completar satisfactoriamente las disposiciones planificadas. Existen registros que indican la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto	X				No se ha implementado mecanismos de seguimiento y control sobre el servicio	Formato de seguimiento a no conformidades
	Existe un procedimiento implementado de manera efectiva para realizar el control de no conformidades de procesos y productos?				X	Se realiza el control de no conformidades encontradas, pero no se encuentra documentado dicho proceso	Documentar este procedimiento de control de no conformidades.
8.3 Control del producto no conforme	El tratamiento de las no conformidades incluye la re inspección o reevaluación en los casos que lo requieran, al igual que la interrelación con las acciones correctivas, según criterios establecidos.		X			Se realiza reevaluación o re inspección si se sigue presentando la no conformidad de manera continua	Documentar el proceso para el tratamiento de no conformidades
	La organización analiza de manera integral la información relacionada con: la satisfacción del cliente, el comportamiento y no conformidades del producto, el comportamiento y no conformidades del procesos, los resultados de auditorías de calidad, el desempeño del sistema en cuanto al cumplimiento de los objetivos de calidad, al igual que el desempeño de los proveedores, como punto de partida para la planificación y desarrollo de acciones de mejora.				X	La institución realiza el análisis para obtener información relacionada con la satisfacción del usuario, la conformidad con los requisitos del servicio, así como también para la selección de proveedores, con el fin de establecer planes de mejora	Documento de procedimiento del análisis de datos

8.4 Análisis de datos	La organización planifica e integra la mejora en los ejes producto, proceso, sistema, de tal manera que puede hacer evidente la mejora en la eficacia del SGC.					X	La organización si planifica e integra la mejora en los procesos que realiza para la atención a los usuarios, enfocándose en los requisitos de establecidos por las normas legales vigentes.	Documentar el procedimiento de análisis de datos y mejora continua
8.5 Mejora	Se ha establecido e implementado de manera efectiva un procedimiento para la planificación y realización de acciones correctivas y preventivas					X	Se realiza planes de mejora teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las auditorías internas, ya que se toman las medidas pertinentes, es decir acciones correctivas o preventivas para lograr mayor eficiencia, eficacia y efectividad en cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la IPS.	Documentar el Procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Anexo 2 Ficha de caracterización de procesos: Consulta Externa

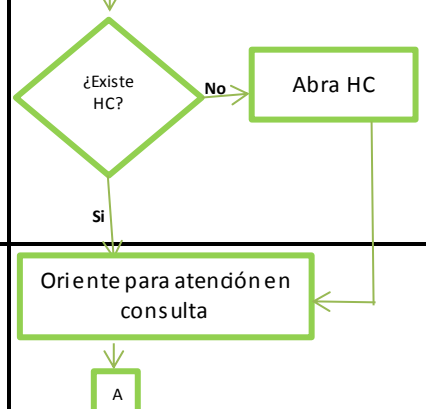
		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA		VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PR-M-CE-01	
OBJETIVO:		Brindar una atención oportuna y con calidad a los usuarios que demandan el servicio médico y odontológico en la IPS INDÍGENA JULIAN CARLOSAMA del Municipio de Túquerres.			
ALCANCE DEL PROCESO:		Todas las especialidades			
TIPO:		Proceso Misional			
LIDER:		Profesionales en medicina y odontología, auxiliares de enfermería y odontología			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES DE TRANSFORMACIÓN		SALIDA	CLIENTES
Usuarios Mallamas Comfamiliar	Programación de turnos o actividades de los profesionales. Consultorio Habilitado y usuario orientado Admisión de un paciente con su respectiva verificación de derechos.			Agenda de citas médicas y odontológicas Consultorio Habilitado para atención y usuario orientado Paciente con Procedimiento Realizado	Usuarios Mallamas Comfamiliar
PLANEAR			HACER		
Programar la atención al usuario. Programar mensualmente utilización de los consultorios o sala con fecha, hora , N° de pacientes y profesional asignado según programación de turnos			Organizar consultorio antes y despues de la atención en salud, disponer las historias según RIPS de consulta y recepcionar al usuario. Recibir al usuario, efectuar atención en salud.		
VERIFICAR			ACTUAR		
Verificación de cumplimiento de la programación Lista de chequeo de consultorio, Verificación de RIPS/HC. Registro de RIPS Registro en historia clínica			Revisión del paciente. Generación de remisiones a servicios especializados		

INDICADORES		PROCEDIMIENTOS	RECURSOS
% Variación De Consulta Externa	= $\frac{\text{N° total de consultas electivas del periodo actual}}{\text{N° total de consultas electivas del periodo anterior.}}$	Generación de agenda	Personal capacitado en atención especializada en servicios de odontología y medicina. Infraestructura y consultorios debidamente adecuados para la prestación del servicio Insumos de enfermería y odontología.
	= $\frac{\text{N° total de consultas registradas}}{\text{N° total de consultas programadas}}$	Atención en enfermería u odontología Atención clínica en consulta externa	
DOCUMENTOS		FORMATOS Y REGISTROS	REQUISITOS LEGALES Y DE LA NORMA NTCGP 1000 : 2009
Manual de procesos y procedimientos		Historia clínica RIPS de Consulta Hojas de remisión Hojas de evolución ☐	LEGALES: Ley 100 de 1993 Ley 23 de 1981 Resolución 1995 de 1999 NTCGP 1000: 2009: 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.4, 5.4.2, 5.5.3, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.4,

Anexo 3 Ficha de caracterización de procedimientos: Generación de Agenda

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS			VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-GA-01
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO	
PROCESO MISIONAL		CONSULTA EXTERNA		GENERACIÓN DE AGENDA	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1	Establecer necesidad de consulta por especialidad.	Establezca la necesidad de consulta	Coordinador de consulta externa	Establecer la especialidad	Diariamente
2	Verificar la disponibilidad horaria y de los especialistas	Verifique la disponibilidad de los horarios	Coordinador de consulta externa	Recepcione disponibilidad de horas de programación en consulta de todos las especialidades.	Diariamente
3	Verificar Capacidad Instalada.	Revise condiciones de infraestructura y dotación	Coordinador de consulta externa	Revise condiciones de infraestructura y dotación para la realización de la consulta. Establezca el número de consultorios disponibles, Verifique el recurso humano (Auxiliares de consultorio) disponible para consulta.	Diariamente
4	Realizar Programación según capacidad instalada y necesidades de la población.	Programa consulta según capacidad instalada y necesidades de la población	Coordinador de consulta externa	Establezca por consultorio la programación de la consulta. Verifique la disponibilidad horaria y de los especialistas y asigne consulta según programación. Registre dicha información en el sistema de asignación de citas	Diariamente
5	Recepcionar y verificar programación	Verifique programación	Coordinador de consulta externa	Recepcionar y remitir al área de atención al usuario	Diariamente
6	Programar auxiliares de enfermería según programación de consulta.	Revise recurso humano y programe según consulta	Jefe de talento humano	Revise recurso humano disponible y distribuya según programación de consulta. Informe a auxiliar de enfermería consultorios asignados.	Diariamente

Anexo 4 Ficha de caracterización de procedimientos: Atención en enfermería u odontología

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS			VERSIÓN:1 CÓDIGO: PT-M-AEO-02
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO	
PROCESO MISIONAL		CONSULTA EXTERNA		ATENCIÓN EN ENFERMERÍA U ODONTOLOGÍA	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1	Verificar el Aseo del Consultorio.	Verifique aseo de consultorio	Auxiliar de Enfermeria	Revise condiciones de aseo, limpieza, organización del consultorio	Diariamente
2	Dotar el consultorio de insumos necesarios.	Aliste equipos e insumos	Auxiliar de Enfermeria	Aliste equipos e insumos necesarios para el tipo de consulta a realizar.	Diariamente
3	Revisar historia clínica del paciente en el sistema salud IPS	Revise historia clínica en el programa salud IPS	Auxiliar de Enfermeria	Solicite documentos al paciente para revisión de historia clínica	Diariamente
4	En caso de no existir Historia Clínica en el sistema, reporte a la coordinación de consulta externa.		Auxiliar de Enfermeria	Verifique si el paciente a atender tiene historia clínica, caso contrario se debe abrir HC	Diariamente
5	Recepcionar al usuario, oriente y llame a consulta según programación.	Oriente para atención en consulta 	Auxiliar de Enfermeria	Oriente para atención en consulta.	Diariamente

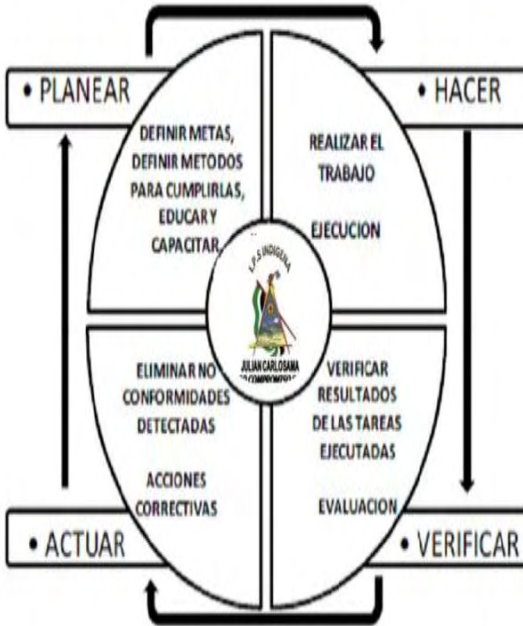
6	Verificar el derecho a la consulta, confronte factura contra RIPS	<pre> graph TD A[A] --> B[Verifique factura previo a la consulta] B --> C{¿Existe factura?} C -- Si --> D[Ingresa usuario y apoya atención] C -- No --> E[Oriente al usuario para realizar el trámite de facturación] E --> D </pre>	Auxiliar de Enfermería Auxiliar Administrativo	Previo a la atención, verifique Nombre del Paciente, Nº de Historia Clínica, Fecha de la Atención, contra datos reflejados en Factura. En caso de falta de factura, informe al usuario del trámite a realizar para facturación de consulta del día.	Diariamente
7	Ingresar el usuario al consultorio y estar dispuesta para cualquier solicitud por parte del profesional.	Ingresa usuario y apoya atención	Auxiliar de Enfermería	Oriente al usuario al ingreso al consultorio y apoya al profesional en la atención, si éste la requiere.	Diariamente
8	Diligenciar historia clínica del paciente de acuerdo al procedimiento que se le realice al paciente	Diligencie HC del paciente	Auxiliar de enfermería Personal Médico	Diligencie la historia clínica del paciente dependiendo del procedimiento que se le realice sea médico u odontológico	Diariamente
9	Recoger el instrumental y elementos utilizados en la consulta.	Recoja instrumental y elementos utilizados	Auxiliar de Enfermería	Finalizada la consulta, recoja el instrumental y elementos utilizados en la misma.	Diariamente
9	Llevar el instrumental a la a proceso de esterilización.	Lleve instrumental para esterilización	Auxiliar de Enfermería	Esterilice el instrumental que se utilizó	Diariamente
10	Solicitar que le realicen aseo al consultorio.	Solicite limpieza de consultorio	Auxiliar de Enfermería	Ubique a funcionaria de Servicios Generales y solicite el favor de realizar limpieza y aseo al consultorio.	Diariamente

Anexo 5 Ficha de caracterización de procedimientos: Atención clínica en Consulta externa

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-ACCE-03	
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO	
PROCESO MISIONAL		CONSULTA EXTERNA		ATENCIÓN CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1	Saludar al paciente	Salude al paciente	Profesional	Reciba amablemente al paciente y saludelo	Diariamente
2	Indagar al paciente para determinar el motivo de la consulta	Indague al paciente	Profesional	Realice el interrogatorio respectivo al paciente para poder determinar el motivo de consulta	Diariamente
3	Revisar antecedentes en HC	Revise antecedentes de HC	Profesional	Revisar antecedentes en la historia clínica para saber que enfermedades tiene el paciente	Diariamente
4	Valorar el aspecto general del paciente	Valoración del paciente	Profesional	Realice una Valoración del aspecto del paciente, observandolo	Diariamente
5	Realizar exámen físico al paciente.	Realice exámen físico	Profesional	Realice exámen físico completo del paciente, revisando todas las partes del cuerpo del mismo.	Diariamente
6	Análisis de como se encuentra el paciente	Analice la situación actual del paciente A	Profesional	Realizar un análisis completo de como se encuentra el paciente, para determinar que paso va a seguir	Diariamente

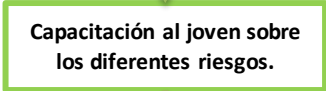
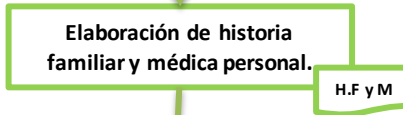
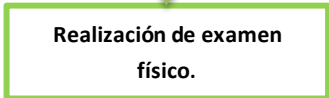
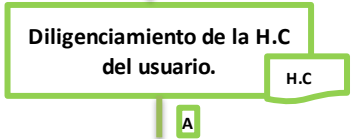
Diligenciar historia clínica	<pre> graph TD A[A] --> B[Diligencie de la HC] </pre>	Profesional	Diligencie la historia clínica del paciente en el sistema a través de Salud IPS	Diariamente
Es necesario realizar exámenes de laboratorio	<pre> graph TD B --> C{Es necesario examen de} C -- SI --> D[Realice remisión a laboratorio.] C -- NO --> E{Es necesario remitir al paciente a servicios especializados?} </pre>	Profesional	Determinar si es necesario la realización de exámenes de laboratorio	Diariamente
Es necesario remitir al paciente a servicios especializados ?	<pre> graph TD E -- SI --> F[Realice remisión a Servicios especializados] E -- NO --> G{¿El paciente requiere sólo tratamiento ambulatorio?} </pre>	Profesional	Determinar si es necesario remitir al paciente a servicios especializados	Diariamente
El paciente requiere sólo tratamiento ambulatorio	<pre> graph TD G -- SI --> H[Formule medicamentos a los pacientes] G -- NO --> I[Informe al usuario el estado de salud y de recomendaciones] </pre>	Profesional	Determinar si el paciente requiere solo tratamiento ambulatorio	Diariamente
Explicar al paciente	<pre> graph TD H --> I F --> I G -- NO --> I </pre>	Profesional	De información detallada al acerca de la enfermedad del paciente, y del tratamiento que debe seguir	Diariamente
Diligencie el RIPS de consulta	<pre> graph TD I --> J[Diligencie el RIPS de consulta] </pre>	Profesional	Codifique el diagnóstico del paciente. Registre en planilla RIPS de consulta, datos de la atención en caso de consulta odontológica realice el registro diario de tratamiento odontológico	Diariamente

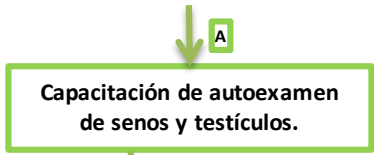
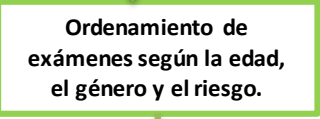
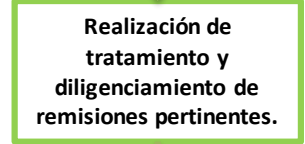
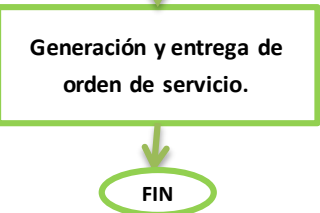
Anexo 6 Ficha de caracterización Proceso Promoción y prevención de Salud

	IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA		VERSIÓN : 01 PR-M-PYP-02		
CARACTERIZACION DEL PROCESO DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD					
OBJETIVO:		Establecer mecanismos asistenciales en la prestación de servicios de promoción y prevención para el desarrollo de acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.			
ALCANCE DEL PROCESO:		Todos los programas de promoción y prevención de la salud.			
TIPO:		PROCESO MISIONAL			
LIDER:		Personal asistencial.			
PROVEEDOR	ENTRADA			CLIENTES	
Gestión jurídica. Gestión humana. Ministerio de protección social. Usuarios. Entes de control. Secretaria de salud municipal. Aseguradoras. Gestión de suministros. Personal asistencial. Control interno.	Contrato de prestación de servicios. Personal asistencial capacitado. Requerimientos de los usuarios. Normas y leyes. Base de datos de los afiliados. Documentos personales (carnet). Reporte de facturación. Registro de visitas. Formatos e instructivos. Programas de auditoria.			Estrategias de atención para los diferentes programas. Personal asistencial coordinado. Documentación del proceso realizado. Demanda inducida. Asignación de turno. Atención al usuario. Facturación del servicio. Informe de gestión. Calidad de los registros generados. Acciones correctivas y preventivas.	Responsables de cada procedimiento de P Y P. Usuarios. Entes de control.

PLANEAR		HACER	
Establecer estrategias de cumplimiento de metas para los programas de promoción y prevención de la salud. Coordina al personal necesario e idóneo para la realización de los procedimientos que se desarrollan en los programas de P y P. Diseñar la documentación necesaria para cada programa.		Realizar la demanda inducida para usuarios que pertenecen a los programas de P y P. Asignar el turno al usuario de acuerdo al programa que requieren. Aplicar la atención asistencial al usuario de acuerdo al programa que requiera. Facturar el servicio de acuerdo al programa al que accede el usuario. Realizar los respectivos informes de cada programa requeridos por los entes de control. Realizar la remisión del usuario a nivel de mayor complejidad de acuerdo al caso	
VERIFICAR		ACTUAR	
La capacidad logística y operativa de la IPS para cumplir con las actividades establecidas en la prestación del servicio de programas de P y P. La eficiencia en la facturación de los programas de P y P. La calidad de los registros generados en cada proceso de P Y P. El nivel de satisfacción de los usuarios frente a la prestación del servicio.		Documentar y aplicar acciones preventivas y correctivas para mejorar la capacidad logística, operativa y de atención de la IPS con el fin de dar cumplimiento a las actividades planeadas en cada programa de P y P. Aplicar planes de mejora para prestar un mejor servicio.	
INDICADORES		PROCEDIMIENTOS	RECURSOS
Cumplimiento de metas = $\frac{\text{No de Procedimientos de P y P atendidos}}{\text{No de procedimientos de P y P reportados}}$ Cumplimiento de contratos = $\frac{\text{No de contratos atendidos}}{\text{No total de contratos}}$ % de usuarios satisfechos = $\frac{\text{No de Usuarios satisfechos}}{\text{No total de usuarios}}$		Atención al joven. Atención de vacunación. Atención de planificación familiar. Detección temprana del cérvix.	Personal asistencial: Médicos, enfermeras jefe, higienistas orales, auxiliares de enfermería. Infraestructura. Equipos biomédicos y de computo.
DOCUMENTOS		FORMATOS Y REGISTROS	REQUISITOS LEGALES Y DE LA NORMA NTCGP 1000:2009
Manual de procesos y procedimientos. PAMEC. Informes de auditoría.		Hoja de evolución. RIPS. Carné de Citas. Hojas de remisión. Registro de egreso e ingreso de H.C.	LEGALES: Ley 100 de 1993 Decreto 1011 de 2006. Numeral 11 del artículo 189 de la constitución. Resolución 1995 de 1999. NORMA NTCGP 1000:2009 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.4, 5.4.2, 5.5.3, 5.6.2, 6.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3.

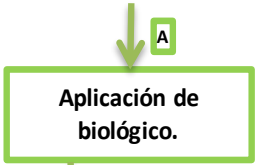
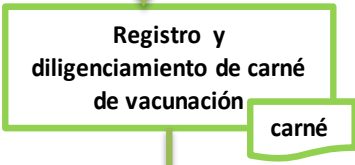
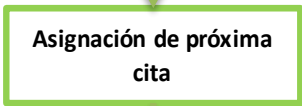
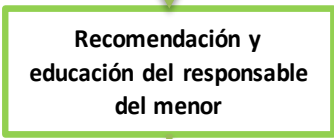
ANEXO 7. Ficha de caracterización de procedimientos: Atención al Joven

		CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA			VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-AJ-01
TIPO:		PROCESO:		PROCEDIMIENTO:	
PROCESO MISIONAL		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		ATENCIÓN JOVEN SANO.	
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES					
No	QUE DEBE HACER	FLUJO/RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1.	Realizar consulta individual		Usuario.	Solicitando cita para que se valore su estado de salud.	En el momento que el joven necesita ayuda profesional.
2.	Informar y orientar al usuario sobre: La prevención de riesgos en la juventud y el autocuidado durante esta etapa.		Auxiliar de enfermería.	Hablando con el usuario para darle a conocer los riesgos que puede llegar a padecer y los cuidados que debe tener.	Cuando se le asigna la cita al joven..
3.	Elaborar la historia familiar y médica personal.		Auxiliar de enfermería.	Registrando toda la información suministrada por el usuario.	Antes de que el joven entre a consulta.
4.	Realizar examen físico.		Médico general de P y P.	Valorando el estado de salud del joven.	En el momento en que el usuario ingresa a consulta.
5.	Diligenciar la historia clínica del usuario.		Médico general.	Registrando los hallazgos de la valoración del estado de salud del usuario.	Después de haber revisado al usuario.

6.	Explicar la forma correcta de realizar el autoexamen de senos y testículos, con el fin de detectar cáncer tempranamente.		Médico general o enfermera jefe de P y P.	Dando charlas para informar a los usuarios la manera adecuada de realizar el autoexamen.	Después de diligenciar la H.C.
7.	Ordenar exámenes según la edad, el género y el riesgo		Médico general.	De acuerdo al diagnóstico del usuario se ordena los exámenes pertinentes según el caso.	Cuando el usuario presenta alguna alteración en su estado de salud.
8.	Realizar plan de intervención dirigido a los factores de riesgo, estableciendo los tratamientos necesarios y remisiones pertinentes.		Médico general.	Suministrando medicamentos y realizando la remisión si se presenta complejidad.	Una vez se hayan realizado los exámenes pertinentes.
9.	Direccionar a P y P según necesidad del usuario entregando orden de servicio correspondiente al servicio remitido.		Médico general.	Generando la orden de servicio para que el paciente asista al programa de P y P que requiere.	Una vez se haya analizado los resultados de los exámenes del usuario.

ANEXO 8. Ficha de caracterización de procedimientos: Vacunación

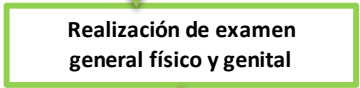
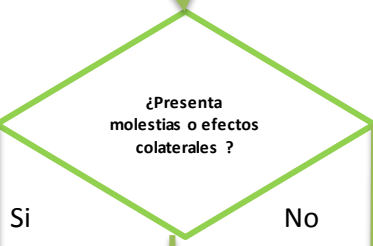
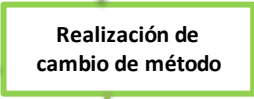
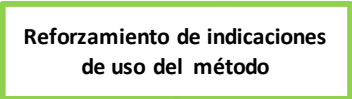
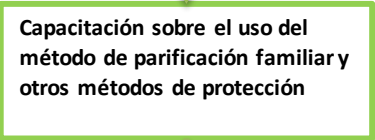
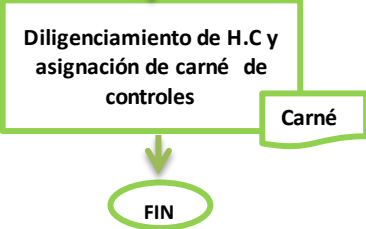
		CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA			VERSIÓN : 01 CÓDIGO: PT-M-VA-02
TIPO:		PROCESO:		PROCEDIMIENTO:	
PROCESO MISIONAL		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		VACUNACIÓN	
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES					
No	QUE DEBE HACER	FLUJO/RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1.	Ingresar y solicitar el servicio.	INICIO Ingreso y solicitud del servicio	Usuario.	Presentado carné de vacunación para acceder al servicio.	Según el esquema de vacunación
2.	Verificar el esquema de vacunación en el carné de vacunas.	Verificación del esquema de vacunación	Auxiliar de enfermería.	según las guías y los protocolos de vacunación.	Al momento que ingresa el usuario al servicio
3.	Verificar los derechos y el plan de beneficios.	Verificación de derechos y plan de beneficios	Auxiliar administrativo o Auxiliar de enfermería	Mirando los documentos personales del usuario y comparándolos con la base de datos.	En el momento que ingresa el usuario al servicio
4.	Emitir factura, hacer firmar al usuario y cajero.	Facturación factura	Cajero.	Digitando la información del usuario según el programa al que asista.	Al momento en que el usuario va a recibir el servicio.
5.	Ingresar la información del usuario al programa POISOFT	Ingreso de información a POISOFT A	Cajero.	Digitando la información del usuario en POISOFT	Una vez se haya realizado la facturación

6.	Aplicar biológico según esquema		Auxiliar de enfermería.	Sensibilizando al paciente para la aplicación de biológico	Al momento de aplicar e biológico.
7.	Registrar y diligenciar el carné de vacunación		Auxiliar de enfermería.	Registrando el suministro del biológico en el carne.	Después de la aplicación del biológico.
8.	Asignar próxima cita.		Auxiliar de enfermería.	Asignando la cita según el protocolo de vacunación	Una vez registrado el suministro del biológico.
9.	Dar recomendaciones y educación a la madre o al responsable del menor.		Auxiliar de enfermería.	Dando a conocer al responsable del menor los cuidados que debe tener.	Una vez se haya prestado el servicio.
10.	Diligenciar RIPS		Auxiliar de enfermería.	Registrando manualmente los datos del usuario en el formato.	Después de dar las recomendaciones y educación al responsable del menor.
11.	Evaluar y hacer seguimiento.		personal especializado coordinador IPS	Realizando encuestas de satisfacción y hacer seguimiento a cada actividad programada.	Una vez finalizado el procedimiento de P y P

ANEXO 9. Ficha de caracterización de procedimientos: Planificación Familiar

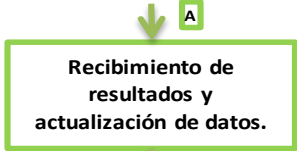
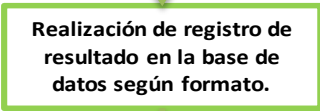
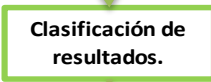
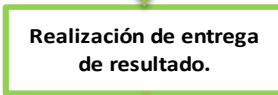
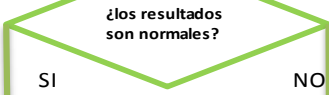
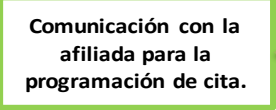
		CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA			VERSIÓN: 01 CÓDIGO: PT-M-PF-03	
TIPO:		PROCESO:		PROCEDIMIENTO:		
PROCESO MISIONAL		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		PLANIFICACION FAMILIAR		
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES						
No	QUE DEBE HACER	FLUJO/RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	
1.	Dar a conocer los diferentes métodos de planificación familiar.	INICIO Programación de charlas sobre métodos de planificación familiar al usuario (hombre o mujer)	Promotor de salud o Auxiliar de enfermería.	Realizando conferencias de planificación familiar.	en el momento de dar la charla.	
2.	Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva.	Realización de anamnesis completa en salud sexual y reproductiva	Enfermera jefe encargada de coordinar el procedimiento de P y P.	Revisando minuciosamente al paciente y hablándole de los métodos de planificación.	Una vez el usuario entra al consultorio.	
3.	Realizar examen físico general y genital.	Realización de examen general físico y genital	Médico general de P y P.	Valorando el estado de salud del usuario.	En el momento que accede el usuario al servicio	
4.	Informar sobre la provisión del método.	Inducción sobre la provisión del método	Auxiliar de enfermería.	Dando a conocer los requisitos pertinentes para acceder al método.	Al momento en que el usuario va a recibir el servicio	
5.	Elegir el método adecuado.	¿El usuario elige ligadura tubérica o vasectomía? Si No	Usuario.	decidiendo el método adecuado.	Cuando conoce los riesgos y beneficios de cada método..	

5.1.	Programar cita para realizar el procedimiento.	<pre> graph TD A[Programación de cita para la realización del procedimiento.] --> B[Registro de consentimiento en la H.C.] B --> C[Suministro de información del método y los cuidados del mismo.] C --> D[Diligenciamiento de H.C y asignación de controles] D --> E[Realización de control del método] E --> F[Verificación del uso correcto del método] F --> G[Realización de anamnesis sobre situación, molestias y efectos.] </pre>	Personal de atención al usuario	Revisar la agenda médica para asignar la cita y aplicar el procedimiento..	Una vez el usuario haya elegido el método de planificación.
5.2.	Incluir en la H.C el consentimiento informado.		Médico general de P y P.	Registrar el consentimiento informado del procedimiento elegido en la H.C.	Una vez el usuario haya elegido el método de planificación.
5.3.	Suministrar información al usuario del método elegido y de los cuidados adicionales.		Enfermera jefe Médico general de P y P.	Dando a conocer al usuario el uso del método y advirtiéndolo los cuidados que debe tener	una vez el usuario haya elegido el método de planificación.
6	Diligenciar H.C e informar sobre los controles a los que debe asistir.		Auxiliar de enfermería.	Anotando en la H.C el método elegido y establecer el seguimiento oportuno al estado de salud del usuario.	Una vez se haya suministrado el método de planificación al usuario
7.	Recibir al usuario para control del método		Enfermera Jefe.	Valorando el estado de salud del usuario.	El día que el usuario asiste al control.
8.	Verificar el uso correcto del método		Enfermera Jefe.	Valorando el estado de salud del usuario para verificar si está haciendo uso adecuado del método suministrado.	Una vez se haya valorado el estado de salud del usuario
9.	Realizar anamnesis sobre situación, molestias y efectos.		Enfermera Jefe.	Revisando minuciosamente el estado de salud del usuario.	Cuando el método suministrado no es el adecuado.

10.	Realizar examen físico general y genital.		Médico general de P y P.	valorando el estado de salud del usuario.	En el momento en que el usuario asiste a consulta.
11.	Definir el grado de complejidad.		Médico general de P y P.	valorando el estado de salud del usuario.	En el momento en que el usuario asiste a consulta.
11.1.	Cambiar el método de planificación.		Médico general de P y P.	valorando el estado de salud del usuario.	En el momento que el usuario manifiesta alguna inconformidad con el método aplicado
11.2.	Reforzar indicaciones de uso del método.		Auxiliar de enfermería.	Capacitando permanentes sobre el uso del método elegido.	Una vez se verifique la efectividad del método.
12.	Educar al usuario sobre el método utilizado, los cuidados adicionales y recomendar el uso del condón como protección adicional.		Enfermera jefe encargada de coordinar el procedimiento de P y P. Auxiliar de enfermería.	Mediante la utilización de videos y folletos.	Cada mes
13.	Diligenciar H.C.e informar sobre los controles a los que debe asistir.		Médico general de P y P.	Anotando en la H.C el método elegido y entregando carné de controles a los que debe asistir el usuario.	Una vez se haya suministrado el método de planificación.

ANEXO 10. Ficha de caracterización de procedimientos: Detección Temprana del Cérvix

		CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA			VERSIÓN: 01 CÓDIGO: PT-M-DTC-04
TIPO:		PROCESO:		PROCEDIMIENTO:	
PROCESO MISIONAL		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÉRVIX.	
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES					
No	QUE DEBE HACER	FLUJO/RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1.	Tomar muestra para citología.	INICIO Toma de muestra para citología	Enfermera jefe.	Tomando la muestra para citología	En el momento en que la paciente ingresa al consultorio
2.	Remitir la muestra a laboratorio de patología debidamente marcada	Remisión de muestra a laboratorio.	Enfermera jefe - Auxiliar de enfermería certificada por la secretaria de salud municipal.	Se toma la muestra y se envía a laboratorio para que sea analizada	Una vez se ha tomado la muestra
3.	Realizar lectura de muestras.	Realizar lectura de muestras.	Bacteriólogo	Realizando el análisis de la muestra	Una vez recibe la muestra.
4.	Generar reporte individual por muestra.	Generación de reporte individual por muestra.	Personal del laboratorio.	Diligenciando los resultados del análisis realizado	Una vez se haya realizado el análisis de la muestra.
5.	Enviar resultado a la IPS en un registro de relación. En medio magnético.	Realización de envío de resultados. A	Personal del laboratorio.	Enviando por medio magnético el resultado.	Una vez haya realizado el registro de relación

6.	Recibir el resultado y actualizar la información del usuario en la base de datos.		Coordinador de programas de P y P.	Revisando los emails y digitando en el sistema la información del usuario para actualizar la base de datos.	En el momento en que llega la información del laboratorio.
7.	Registrar en la base de datos el resultado de la citología según el formato.		Auxiliar de enfermería.	Diligenciando el formato en el sistema con la información del resultado.	En el momento en que mira el resultado de la muestra.
8.	Clasificar los resultados en: Normal, Flujos, Inflamación o NIC, LEI, ASCUS.		Auxiliar de enfermería.	Según el resultado obtenido.	En el momento en que mira el resultado de la muestra.
9.	Entregar resultado del examen al usuario		Enfermera jefe.	Citando al usuario para dar a conocer el resultado	Al mes de haber tomado la muestra.
10.	Mirar los resultados.		Usuario.	Según el resultado toma la decisión	En el momento que recibe el resultado
10.1	Educar a la afiliada y enseñar a realizar autoexamen de seno		Enfermera jefe.	Brindando información del programa de P y P a la afiliada.	En el momento en que la afiliada asiste a la capacitación
10.2	Contactar telefónicamente a la afiliada para concretar cita.		Personal de atención al usuario.	Realizando llamadas a la afiliada para asignar la cita.	En el momento en que el medico da la orden.

11.	Mirar el tipo de resultado	<pre> graph TD B1[B] --> D1{¿Los resultados de la citología son: NIC, LEI, ASCUS, CA?} D1 -- SI --> C1[Concertación de cita para ginecología] D1 -- NO --> C2[Concertación de cita para médico general] C1 --> C3[Realización de orden de biopsia y colposcopia] C2 --> C3 C3 --> D2{¿los resultados son normales?} D2 -- SI --> C4[Remisión a médico general] D2 -- NO --> D3{¿presenta secreción anormal?} D3 -- SI --> C4 D3 -- NO --> C4 C4 --> C5[C] </pre>	La paciente.	Según el resultado concreta la cita	En el momento que sabe el tipo de resultado
11.2.	Concertar cita con el médico general.		La paciente.	Dirigiéndose al área de atención al usuario y solicitando la cita.	Después de saber el resultado.
11.1.	Concertar cita con el ginecólogo.		La paciente.	Dirigiéndose al área de atención al usuario y solicitando la cita.	Después de saber el resultado.
11.3.	Realizar orden de biopsia y colposcopia		Médico general.	Teniendo en cuenta el resultado se genera la orden según el caso.	Una vez se haya concertado la cita
12.	Analizar los resultados		Enfermera jefe.	Efectuando la remisión según el caso	Una vez haya mirado los resultados
13.	Analizar el tipo de secreción		Enfermera jefe.	Interrogando a la afiliada.	En el momento que detecta la alteración
13.1.	Remitir a la paciente a médico general		Enfermera jefe	Enviando a la paciente para que sea valorada por el médico.	Una vez la paciente presente secreción normal.

13.2.	Remitir a la paciente a ginecología si hay presencia de masa sospechosa	<pre> graph TD A[Remisión a ginecología] --> B[Realización de examen de seno y definición de tratamiento] B --> C{¿Los resultados son normales?} C -- SI --> D[Capacitación de autoexamen de seno] C -- NO --> E[Remisión a ginecología] E --> F([FIN]) </pre>	Enfermera jefe	Enviando a la paciente para que sea valorada por el ginecólogo.	Una vez la paciente presente masas sospechosas..
14.	Realizar examen según hallazgos y definir el tratamiento		Médico general.	Tomando la muestra y analizando el resultado	En el momento en que la paciente asiste a la consulta médica
15.	Analizar los resultados		Médico general.	Efectuando la remisión según el caso	Una vez haya mirado los resultados
15.1.	Enseñar a la afiliada a realizar el autoexamen de seno		Auxiliar de enfermería	Dando instrucciones claras sobre la manera de realizar el autoexamen	Cuando la paciente es remitida
15.2.	Hacer la remisión al ginecólogo		Médico general.	valorando el estado de salud de la paciente se efectúa la remisión según los hallazgos	Cuando los resultados no son normales.

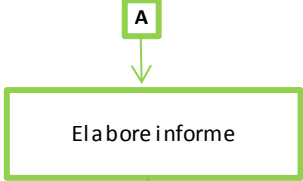
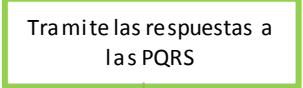
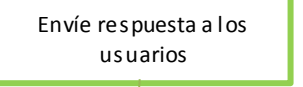
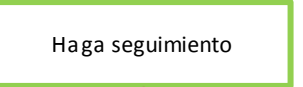
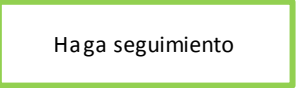
ANEXO 11. Ficha de caracterización Proceso: Atención al Usuario

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO		VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PR-M-AU-03
OBJETIVO:	Brindar a nuestros usuarios un servicio de calidad para satisfacer sus necesidades			
ALCANCE DEL PROCESO:	Desde la prestación del servicio, hasta la medición de la satisfacción del usuario con respuesta a solicitudes y PQRS			
TIPO:	Proceso Misional			
LIDER:	Coordinador de atención al usuario, Auxiliares administrativos			
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES DE TRANSFORMACIÓN	SALIDA	CLIENTES
USUARIOS COMFAMILIAR MALLAMAS	Usuarios , PQRS, necesidad de conocer el grado de satisfacción de los usuarios		Respuesta a PQRS para usuarios, resultados de satisfacción del usuario, asignación de citas	USUARIOS COMFAMILIAR MALLAMAS
PLANEAR		HACER		
Analizar e implementar estrategias para la atención a los usuarios Determinar mecanismos para identificar necesidades y expectativas de los usuarios Preveer el recurso humano, presupuestal, tecnológico, e infraestructura necesarios en la prestación del servicio. Realizar capacitaciones de personal de manera continua en temas de atención al usuario.		Gestión de quejas y reclamos de los usuarios Aplicación de mecanismos de escucha y medición de la satisfacción de los usuarios Asignación de citas		
VERIFICAR		ACTUAR		
Verificar la validez de las PQRS de los usuarios Verificar que las PQRS se resuelven y se responden a los usuarios Verificar los mecanismos de escucha y medición de la satisfacción del usuario		Toma de acciones preventivas y/o correctivas necesarias. Mejoramiento continuo.		

INDICADORES		PROCEDIMIENTOS	RECURSOS
Inconformidad del usuario = $\frac{\text{N° de quejas recibidas}}{\text{Total de clientes atendidos}}$		Trámite de peticiones de quejas reclamos, y sugerencias.	Personal capacitado en atención al usuario Infraestructura adecuada, Internet, equipos de cómputo, papelería, muebles archivadores.
Nivel de satisfacción del cliente = $\frac{\text{N° Clientes satisfechos}}{\text{Total clientes}}$		Medición de la satisfacción del Usuario	
		Asignación de citas.	
DOCUMENTOS	FORMATOS Y REGISTROS		REQUISITOS LEGALES Y DE LA NORMA NTCGP 1000 : 2009
Manual de procesos y procedimientos, guía de atención al usuario	Formato de quejas y reclamos Formato de encuestas de satisfacción		LEGALES: Ley 100 de 1993 NTCGP 1000: 2009: 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.3, 6.2.1, 6.3, 8.1, 8.2.1, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3

ANEXO 12. Ficha de caracterización de procedimientos: Trámite de peticiones quejas y reclamos

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS			VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-PQRS-01
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO	
PROCESO MISIONAL		ATENCIÓN AL USUARIO		TRÁMITE DE PETICIONES QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1	Enviar citación de reunión a los representantes de la asociación de usuarios.	Envíe citación a representantes Documente citación	Auxiliar Administrativo	Realizando un documento en el que se especifique la fecha, hora y lugar en la que e llevará a cabo, la apertura del buzón	Mensualmente
2	Llamar lista de los asistentes	Tome lista de los asistentes	Auxiliar Administrativo	Registrando en el formato de asistencia los datos de las personas que asisten a dicha reunión.	Mensualmente
3	Apertura del buzón de sugerencias	Realice la apertura del buzón de sugerencias	Auxiliar Administrativo	Realizando la apertura del buzón en presencia de los representantes de la asociación de usuarios	Mensualmente
4	Cuantificar los formatos depositados en el buzón de sugerencias	Realice la apertura del buzón de sugerencias	Auxiliar administrativo	Realizando conteo de cuantos formatos de PQRS están diligenciados por los usuarios	Mensualmente
5	Clasificar las PQRS según su prioridad	Clasifique según prioridad A	Auxiliar Administrativo	Clasificando las PQRS según el grado de importancia y rapidez con que estas deban ser atendidas	Mensualmente

6	Elaborar un informe de las PQRS encontradas en el buzón para enviarlo a la dirección y al coordinador de Atención al usuario.	 <pre> graph TD A[A] --> B[Elabore informe] </pre>	Auxiliar Administrativo	Elaborar un documento en el que se detallen las PQRS que se encontraron en el buzón, con el fin de poner en conocimiento de la gerente y la coordinadora de AU los resultados que se obtuvieron de los formatos que son diligenciados por los usuarios.	Mensualmente
7	Empezar con el trámite de respuesta a las PQRS	 <pre> graph TD B[Tramite las respuestas a las PQRS] --> C[Envíe respuesta a los usuarios] </pre>	Coordinador de Atención al Usuario	Buscar posibles soluciones ante las quejas y reclamos emitidas por los usuarios.	Mensualmente
8	Enviar respuesta al usuario dentro de los plazos establecidos por la ley o la autoridad competente .	 <pre> graph TD C[Envíe respuesta a los usuarios] --> D[Haga seguimiento] </pre>	Coordinador de Atención al Usuario	Realice las gestiones necesarias para poder dar respuesta y solución a las quejas emitidas por los usuarios	Mensualmente
9	Realizar seguimiento a los casos presentados y a los resultados.	 <pre> graph TD D[Haga seguimiento] --> E[Haga seguimiento] </pre>	Coordinador de Atención al Usuario	Verifique que las PQRS presentadas por los usuarios se les a dado	Mensualmente
10	Evaluación y seguimiento al proceso.	 <pre> graph TD E[Haga seguimiento] </pre>	Coordinador de Atención al Usuario	Realizar una evaluación permanente	Mensualmente

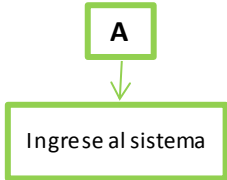
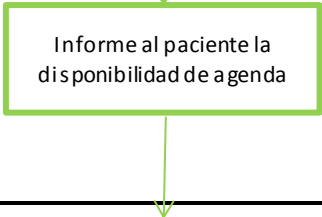
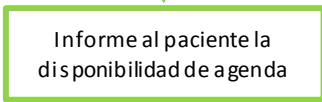
ANEXO 13. Ficha de caracterización de procedimientos: Medición de La satisfacción

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS			VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-MS-02	
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO		
PROCESO MISIONAL		ATENCIÓN AL USUARIO		MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN		
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES						
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	
1	Diseñar el instrumento de medición del nivel de satisfacción del usuario de los servicios ofrecidos por la IPS	Diseñe la encuesta de satisfacción para la IPS	Coordinadora de Atención al Usuario	Realizar el formato de encuestas de satisfacción dirigida a los usuarios de la IPS	Trimestralmente	
2	Revisar, ajustar y aprobar el instrumento de medición.	Revise el instrumento para la IPS	Coordinadora de Atención al Usuario --- Gerente IPS	Revisando si el formato que se va a aplicar es el adecuado para la medición de la satisfacción del usuario.	Trimestralmente	
3	Aplicar el instrumento de medición de la satisfacción de los usuarios en la IPS de forma aleatoria	Aplice las encuestas de satisfacción a los usuarios	Auxiliar Administrativo	Realice la aplicación de las encuestas a los usuarios, según la muestra definida con anterioridad	Trimestralmente	
4	Consolidar información y enviar a coordinación de atención al usuario	Envíe información al coordinador de AU	Auxiliar Administrativo	Hacer llegar a la coordinadora de atención al usuario la información que se recolectó en las encuestas realizadas	Trimestralmente	
5	Analizar la información presentada.	Analice la información A	Coordinador de Atención al Usuario	Realizar un análisis según los datos que arrojen las encuestas realizadas	Trimestralmente	

6	Presentar informe de los resultados y análisis obtenido a la Dirección de la IPS	A Presente informe a la dirección de la IPS	Coordinador de Atención al Usuario	Dar a conocer a la dirección los resultados obtenidos a partir de las encuestas que se aplican a los usuarios	Trimestralmente
7	Análisis de la información y toma de acciones de mejoramiento para los servicios de salud ofertados en la IPS	Analice información para toma de acciones de mejoramiento	Directora de IPS	Realizar un análisis de la información obtenida con el fin de tomar acciones correctivas y preventivas.	Trimestralmente
8	Evaluación y seguimiento a las acciones de mejoramiento tomadas para la IPS	Evalúe y haga seguimiento a las acciones de mejora	Coordinadora de Atención al Usuario	Hacer un seguimiento a las acciones de mejora que fueron aplicadas a raíz de los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción	Trimestralmente

ANEXO 14. Ficha de caracterización de procedimientos: Asignación de citas

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS		VERSIÓN: 1 CÓDIGO: PT-M-AC-03	
TIPO:		NOMBRE DEL PROCESO		PROCEDIMIENTO	
PROCESO MISIONAL		ATENCIÓN AL USUARIO		ASIGNACIÓN DE CITAS	
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	QUE DEBE HACER	FLUJO O RUTA	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER
1	Recibir al paciente	Reciba al paciente	Auxiliar Administrativo	Recibir al usuario de manera atenta para poder orientarlo	Diariamente
2	Solicitar al usuario el documento de identificación.	Solicite al usuario el documento	Auxiliar Administrativo	Solicite al usuario el documento para proseguir con la búsqueda de en el sistema	Diariamente
3	Buscar en las bases de datos de las empresas contratantes y en FOSYGA para verificar si el usuario se encuentra activo	Verifique el estado de afiliación del usuario ¿El usuario esta activo? NO Oriento al usuario para que sepa a donde debe dirigirse SI A	Auxiliar Administrativo	Introduciendo en el sistema el número de documento del usuario con el fin de verificar si se este encuentra activo en bases de datos de mallamas o comfamiliar y posteriormente verificar en Fosyga. En caso de que el usuario no se encuentre vinculado con ninguna de las empresas contratantes oriente al paciente para que sepa hacia que entidad debe dirigirse para recibir el servicio.	Diariamente

4	Ingresa al sistema para dar inicio a la asignación de la cita		Auxiliar Administrativo	Preguntar al usuario que tipo de servicio va a solicitar (médico u odontológico) para asignarle la cita	Diariamente
5	Informe al paciente de la disponibilidad de agenda		Auxiliar Administrativo	Informar al paciente la disponibilidad de la agenda para que pueda escoger el horario, el profesional por el que quiere ser atendido, y la fecha	Diariamente
6	Agendar la cita médica u odontológica al paciente		Auxiliar Administrativo	Registrar en salud IPS la cita del usuario	Diariamente

ANEXO 15. Programa de Auditoría

		IPS INDÍGENA JULIÁN CARLOSAMA PROGRAMA DE AUDITORÍA		VERSIÓN : 01 PR-E-PG-01	
OBJETIVO DEL PROGRAMA: Determinar si en los procesos misionales se llevan a cabo los diferentes procedimientos de acuerdo a los lineamientos establecidos por las entidades contratantes así como también por el IDSN y la Secretaría de Salud Municipal, para poder prestar los servicios de salud y verificar si se han tomado las medidas necesarias con el fin de dar solución a las no conformidades encontradas, satisfaciendo de la mejor manera los requerimientos de los usuarios.					
ALCANCE DEL PROGRAMA: Desde la identificación de la necesidad de un programa de auditoria para los procesos misionales de la entidad prestadora de servicios de salud hasta la revisión y mejora de los mismo.					
RECURSOS:					
Recursos humanos: personal administrativo, personal de apoyo asistencia de primer nivel, personal de apoyo externo y equipo auditor. Recursos financieros: convenios con otras entidades y ministerio nacional de salud. Recursos físicos: infraestructura, equipos biomédicos y de computo.					
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:			DOCUMENTOS DE REFERENCIA:		
18 de marzo 2013.			ISO 9001:2008		
			NTCGP 1000:2009		
			LEY 100 DE 1993		
			DECRETO NUMERO 1011 DEL 2006		
			ISO 31000		
			OSHA		
PROCESOS		FECHA CRONOGRAMA		RESPONSABLE	
CONSULTA EXTERNA		22 DE ABRIL 2013		EQUIPO AUDITOR	
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		23 DE ABRIL 2013		EQUIPO AUDITOR	
ATENCIÓN AL USUARIO		24 DE MAYO 2013		EQUIPO AUDITOR	
OBSERVACIONES: ASEGURARSE DE QUE LOS RECURSOS SE DISTRIBUYAN DE TAL MANERA QUE SE PUEDA EJECUTAR UNA AUDITORIA EFECTIVA, ASÍ COMO TAMBIÉN TENER DISPONIBLE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LLEVAR A CABO ESTE PROCESO, ATENDER AL EQUIPO AUDITOR EN EL HORARIO ESTABLECIDO Y ATENDER LAS INQUIETUDES DEL EQUIPO AUDITOR.					
APROBADO: ALTA DIRECCIÓN.			ELABORADO POR: EQUIPO AUDITOR.		

ANEXO 16. Plan de Auditoría

		IPS INDIGENA JULIAN CARLOSAMA PLAN DE AUDITORIA		VERSIÓN : 01 PR-E-PLA-01		
TIPO DE AUDITORÍA:		☒ DE CALIDAD ☐ DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO				
PROCESO A AUDITAR:		Procesos Misionales consulta externa, promoción y prevención de la salud y atención al usuario.				
OBJETIVO:		Determinar si en los procesos misionales se llevan a cabo los diferentes procedimientos de acuerdo a los lineamientos establecidos por las entidades contratantes, así como también por el IDSN y la Secretaría Salud Municipal, para poder prestar los servicios de salud y verificar si se han tomado las medidas necesarias con el fin de dar solución a las no conformidades encontradas para satisfacer de la mejor manera los requerimientos de los usuarios.				
ALCANCE:		Desde la identificación de la necesidad de un programa de auditoria para los procesos misionales de la entidad prestadora de servicios de salud hasta la revisión y mejora de los mismo.				
DOCUMENTOS DE REFERENCIA:		ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, LEY 100 DE 1993, DECRETO NUMERO 1011 DEL 2006, ISO 31000, OSHA				
LUGAR DE REALIZACION		Cada una de las dependencias.				
DOCUMENTOS DE SOPORTE:		Manual de procesos y procedimientos de cada dependencia, plan de mantenimiento hospitalario, protocolos de atención al usuario, protocolos y guías de manejo, PAMEC, Planes de Mejoramiento, Análisis de Indicadores, Hojas de Vida.				
AUDITOR LÍDER:			EQUIPO AUDITOR:			
FECHA DE AVISO:		20/03/2013	REUNIÓN DE APERTURA:		22 de Abril de 2013, 08:00 AM	
MEDIO DE COMUNICACIÓN:		Comunicado Oficial	REUNIÓN DE CIERRE:		24 de Abril de 2013, 05:00 PM	
FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	PROCESO / ACTIVIDAD	OBSERVACIONES	AUDITADO	AUDITOR
22/04/2013	8:00 AM	8:30 AM	Reunión de Apertura	Inicio puntual	N/A	N/A
22/04/2013	8:30 AM	12:00 PM.	Consulta externa: Generación de agenda	Disposición de la información relacionada con el proceso.	coordinador de atención al usuario	Equipo auditor
22/04/2013	2:00 PM	4:00 PM	Consulta externa: Atención en enfermería u odontología	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Auxiliar de enfermería u odontología	Equipo auditor

22/04/2013	4:00 PM	6:00 PM	Consulta externa: Atención clínica	Disposición de la información relacionada con el proceso.	profesional médico u odontólogo	Equipo auditor
23/04/2013	8:00 AM	10:00 AM	Promoción y prevención de la salud: atención al joven sano.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Médico general, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, coordinador de procesos de P Y P.	Equipo auditor
23/04/2013	10:00 AM	12:00 PM	Promoción y prevención de la salud: vacunación.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Auxiliar de enfermería enfermera jefe y coordinador de procesos de P Y P.	Equipo auditor
23/04/2013	2:00 PM	3:40 PM	Promoción y prevención de la salud: planificación familiar.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Médico general, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, coordinador de procesos de P Y P.	Equipo auditor
23/04/2013	3:40 PM	6:00 PM	Promoción y prevención de la salud: Detección temprana del cérvix.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Médico general, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, coordinador de procesos de P Y P.	Equipo auditor
24/04/2013	8:00 AM	9:30 AM	Atención al usuario: Asignación de citas	Disposición de la información relacionada con el proceso.	Auxiliar administrativo	Equipo auditor
24/04/2013	9:30 AM	12:00 PM	Atención al usuario: Tramite de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	coordinador de atención al usuario	Equipo auditor
24/04/2013	2:30 PM	5:00 PM	Atención al usuario: Medición de la satisfacción del usuario.	Disposición de la información relacionada con el proceso.	coordinador de atención al usuario	Equipo auditor
24/04/2013	5:00 PM	5:30 PM	Reunión de Cierre	Inicio puntual	N/A	N/A
OBSERVACIONES						
La auditoría se realizara a los responsables de cada dependencia de la institución prestadora de servicios de salud, en el proceso de auditoria se llevara a cabo una observación minuciosa de cada proceso, y si esta es reiterativa en varios procesos se declarara como NO CONFORMIDAD y se levantarán acciones correctivas para la entidad.						
Elaboró				Aprobó		
Nombre:				Nombre:		
Equipo Auditor				Cargo: Gerente		
Fechas: 19 de Marzo 2013				Fecha: 20 de Marzo de 2013		
Firma:				Firma:		