

CREACIÓN DE UN MANUAL DE CALIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIDAD
CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO CON BASE EN LA NORMA
ISO 9001:2000 EN EL AÑO 2006

MARIA MERCEDES BOLAÑOS DUEÑAS
CRISTIAN DARWIN TARAPUES ORTEGA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SAN JUAN DE PASTO
2006

CREACIÓN DE UN MANUAL DE CALIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNIDAD
CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO CON BASE EN LA NORMA
ISO 9001:2000 EN EL AÑO 2006

MARIA MERCEDES BOLAÑOS DUEÑAS
CRISTIAN DARWIN TARAPUES ORTEGA

Asesor
OSCAR BENAVIDES PAZ

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SAN JUAN DE PASTO
2006

Las ideas y conclusiones aportadas en este informe son responsabilidad de los autores.

Artículo 1 del Acuerdo No. 234 de Octubre 11 de 1.966 emanada del Honorable consejo directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

San Juan de Pasto, Abril 4 de 2.006

Dedico este triunfo a Dios por ser mi guía y protector en mi carrera y en mi vida diaria.

A mis padres por darme la oportunidad de vivir y por brindarme su apoyo, cariño amor y comprensión.

A mis Tíos Wertino y Liliana por su dedicación, amor, consejos y por dejarme hacer parte de su hogar.

A mis hermanos, abuelos, tíos y demás familia por su aporte en mi vida y confianza que han depositado en mí.

A mis amigos, compañeros y actualmente mi jefe por brindarme la oportunidad de compartir y aprender de ellos y poner en práctica mis conocimientos y contenido de este trabajo.

A todos mil gracias por estar presentes en la consecución de esta Meta en mi vida.

MARIA MERCEDES

Dedico este trabajo a mis Padres José y María pues gracias a su educación, confianza y afecto, hoy soy una persona de grandes valores y excelente preparación profesional.

A mi hermano Jairo porque siempre ha estado conmigo fundamentando y ganándose mi confianza con la sensatez de sus actos y decisiones.

A la luz de mi vida, Valeska, mi novia y amiga un ser maravilloso desde el pie hasta el alma por su amor incondicional.

A mis familiares y amigos por que sé que siempre y para todo tendré alguien con quien contar sin importar la magnitud de las dificultades convirtiéndose en la esperanza, apoyo y motivación para lograr mis metas

CRISTIAN

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. JUSTIFICACIÓN	19
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	21
3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
3.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	22
4. MARCO TEÓRICO	23
5. METODOLOGÍA	32
5.1 TIPO DE ESTUDIO	32
5.2 MÉTODO	32
5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	32
5.4 TOMA DE MUESTRA	33
5.5 FASES ETAPAS YA ACTIVIDADES	34
5.5.1 Fase de diagnóstico	34

5.5.2 Fase de estudio	34
5.5.3 Fase de creación del manual	35
5.6 EFECTO DEL PROYECTO	35
6. ESTADO DE LA EMPRESA	36
6.1 DIAGNÓSTICO	36
6.1.1 RESEÑA HISTÓRICA	36
6.2 VISIÓN	39
6.3 MISIÓN	39
6.4 ANÁLISIS DOFA	39
6.5 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	42
7. ANÁLISIS DE CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS	43
7.1 CLASES DE CLIENTES	43
7.1.1 Clientes externos: pacientes atendidos	43
7.1.2 Clientes externos: Empresas	45
7.1.3 Clientes internos: colaboradores médicos y administrativos	46
7.2 RESULTADO DEL ANÁLISIS DE CLIENTES	47
8. DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD	49
8.1 POLÍTICA DE CALIDAD	49
8.2 OBJETIVOS DE CALIDAD	49
8.3 MAPA DE PROCESOS	50
8.4 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	52

8.5 EFECTO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD	53
9. COMPROMISO GERENCIAL	54
9.1 AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA	54
9.2. PRESUPUESTO	54
9.2.1 Recursos financieros	55
9.2.2 Recursos de infraestructura	55
9.2.3 Recursos de equipos	56
9.3 RESULTADO DEL COMPROMISO DE LA EMPRESA	56
10. FORMACIÓN DE COMPETENCIAS	57
10.1 SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	57
10.2 ESTRUCTURA Y EQUIPO DE LIDERAZGO DE LA EMPRESA	57
10.3 ANÁLISIS DE COMPETENCIAS	60
10.3.1 Gerente	61
10.3.2 Representante de calidad	61
10.3.3 Gestor de calidad	61
10.3.4 Representante de calidad de cirugía	61
10.3.5 Representante de calidad de hemodinamía	61
10.3.6 Representante de calidad administrativa	62
10.4 RESULTADO DE LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS	62
11. SEGUIMIENTO Y CONTROL	63
11.1 INDICADORES DE GESTIÓN	63

11.2 SELECCIÓN DE INDICADORES	64
11.2.1 Prestación del servicio	64
11.2.2 Eficacia en el servicio recibido por el paciente	65
11.2.3 Eficacia en el servicio recibido por la entidad remitora	66
11.2.4 Productos defectuosos	67
11.2.5 Mejoramiento general	68
11.3 VALOR ACTUAL DE LOS INDICADORES	69
11.3.1 Prestación del servicio	69
11.3.2 Eficacia en el servicio recibido por el paciente	70
11.3.3 Eficacia en el servicio recibido por la entidad remitora	71
11.3.4 Productos defectuosos	72
11.3.5 Mejoramiento general	72
11.4 FORMATOS PARA SER APLICADOS A LAS FASES DE APLICACIÓN, EJECUCIÓN Y CONTROL	73
11.5 ALCANCES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	73
12. CONCLUSIONES	75
13. RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Matriz DOFA	41
Tabla 2. Descripción de recursos financieros.	55

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Pacientes atendidos en cada área mensualmente	43
Gráfico 2. Opinión del paciente respecto a la calidad del servicio	44
Gráfico 3. Inconvenientes con entidades remisoras	45
Gráfico 4. Opinión de entidades remisoras respecto a la calidad del servicio	46
Gráfico 5. Área de trabajo de clientes internos	46
Gráfico 6. Grado de satisfacción clientes internos	47
Gráfico 7. Mapa de procesos de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño	52
Gráfico 8. Organigrama de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño	59
Gráfico 9. Organigrama de representantes del Sistema de Gestión de Calidad	60

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexos 1. Relación de necesidades y requisitos	79
Anexos 2. Mapa de interacción de procesos	81
Anexos 3. Caracterización de procesos	82
Anexos 4. Formatos a utilizar	94
Anexos 5. Autorización de la empresa para la creación del manual de calidad	106
Anexos 6. Oficios de solicitud de socialización	107
Anexos 7. Acta de reunión	108
Anexos 8. Censo realizado a pacientes atendidos	109
Anexos 9. Censo realizado a clientes externos- empresas contratistas	110
Anexos 10. Censo realizado a clientes internos: colaboradores administrativos y médicos	111

GLOSARIO

ACCIÓN CORRECTIVA: acción tomada para eliminar la causa para una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

ACCIÓN PREVENTIVA: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

AUDITORIA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria

COMPETENCIA: habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria

CORRECCIÓN: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

DEFECTO: incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado. La distinción entre los conceptos defecto y no conformidad es importante por sus connotaciones legales, particularmente aquellas asociadas a la responsabilidad legal de los productos puestos en circulación. Consecuentemente, el término “defecto” debería utilizarse con extrema precaución.

DOCUMENTO: información y su medio de soporte.

ESPECIFICACIONES: documento que establece requisitos

HEMODINAMÍA: examen cardiovascular

INFORMACIÓN: datos que poseen significado.

MANUAL DE LA CALIDAD: documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.

PROCESO DE CALIFICACIÓN: proceso para demostrar la capacidad para cumplir los requisitos especificados.

REGISTRO: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

REPROCESO: acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.

REVISIÓN: actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

SGC: abreviatura para referirse al Sistema de Gestión de Calidad.

UCQN: abreviatura para referirse a la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

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

RESUMEN

Este es el informe final de la creación del Manual de Calidad para la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño con base a la norma ISO 9001:2000, dando inicio a la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad empresarial cuyo propósito es el direccionamiento de los procesos hacia la eficacia y el mejoramiento continuo.

Se inicio con un estudio sobre la situación actual de la organización, se realizaron actividades para dar a conocer el tema a los empleados, para su realización se tuvo en cuenta a todos los clientes y empleados de la institución por medio de un censo obteniendo información útil como inconformidades o sugerencias y analizando diversos componentes de la actividad empresarial. Se culmina con la documentación requerida para la creación del manual y determinando los estándares de seguimiento y control de los procesos identificados.

Se encontró inconformidades en los clientes internos y externos solventando algunas de ellas como en asignación de citas, periodos de atención, ajuste de tarifas, formatos para controlar y mejorar procesos y sobre todo logrando el interés de la gerencia y el personal para la futura implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.

Manual de Calidad, Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2000,
Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

ABSTRACT

This is the final report of the creation of the manual of quality for The Unidad Cardioquirurgica of Nariño with base to the norm ISO 9001:2000, giving beginning to the installation of a System of Quality manager's administration whose purpose is the guide of the processes toward the effectiveness an the continuous improvement.

This report begins with a study on the current situation of the organization , they were carried out activities to give to know the topic to the employees, for their realization one kept in mind to all the clients and employees of the institution by means of a census obtaining useful information as dissents and suggestion and analyzing diverse components of the managerial activity. It culminates with the documentation required for the creation of the manual and determining the pursuit standards and control of the identified processes.

It was dissents in the internal and external clients paying some of them like in the assignment of appointments, periods of attention, adjustments of rates, formats to control band to improve processes and mainly achieving the interest of the management an the personnel for the future implementation of a System of Administration Quality.

Manual of Quality, System of Administration of quality, norm ISO 9001-2000, Unidad Cardioquirurgica de Nariño.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las nuevas tendencias empresariales se enfocan hacia el cliente, por lo cual el objetivo primordial es la satisfacción del mismo. Es por ello que existe una organización a nivel mundial cuyo trabajo es velar por una excelente atención al cliente que se monitorea con base al cumplimiento de unos estándares de calidad recopilados en la norma ISO 9001:2000.

El presente trabajo nos permitirá determinar y aplicar los componentes para la creación e implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la empresa “Unidad Cardioquirúrgica de Nariño Ltda.”, con el fin de dotarlo de un manual técnico y práctico que tiene en cuenta opiniones y permite mejorar el servicio y atención brindada a los clientes en concordancia con los criterios deseados por la empresa.

En la actualidad, en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, existe mucho interés en la implementación de un manual de normas ISO 9001: 2000 basado en sus procesos para alcanzar mejoras en medidas críticas y en general mejorando sus actuales estándares de rendimiento en la calidad del servicio. Este proceso tiene como finalidad el logro de una verdadera cultura de calidad institucional, de modo que su aprobación no se considere el fin último de la implementación de normas técnicas de calidad, puesto que su adopción implica el cumplimiento a los estándares mínimos actualmente exigidos.

Queremos ofrecer nuestros agradecimientos a todo el personal de la UCQN por su interés y colaboración; al profesor Oscar Benavides, nuestro asesor y director de Programa por su direccionamiento estratégico en la elaboración de este proyecto; al profesor Julio Garzón, organizador del diplomado por su apoyo incondicional y en general a los docentes de la Universidad pues gracias a su formación hoy nos sentimos preparados para realizar diversas actividades que contribuyen al desarrollo empresarial.

1. JUSTIFICACIÓN

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño podrá integrar, dentro de su sistema de planeación y toma de decisiones, estrategias de mejoramiento continuo con el fin de obtener un mejor posicionamiento en el mercado a la vez que se genera un mayor bienestar social puesto que el verdadero beneficiado será el cliente al hacer uso de un servicio de mayor calidad. Las estrategias implementadas del Sistema de Gestión de Calidad con base a las normas ISO 9001:2000, permitirán prestar un servicio eficaz dentro identificando factores claves mediante trazabilidad de los procesos y el servicio.

El estudio permitirá obtener información de los métodos y procedimientos que se están utilizando, identificar problemas en cuanto al servicio y procesos, teniendo en cuenta los diferentes factores internos y externos que afectan la actividad normal de la organización, y por ultimo presentar alternativas de solución que disminuyan las falencias que se relacionan con los factores determinantes, para alcanzar el éxito en el sector competitivo.

Se hará uso de herramientas estadísticas para la recolección, sistematización y análisis de la información, identificando distintas variables y sus relaciones, y por ende conocer la incidencia de las mismas dentro del proceso general del mejoramiento de la calidad del servicio ofrecido. Se pretende iniciar una cultura de calidad institucional, utilizando los conceptos de la Calidad Total y del mejoramiento continuo

Por medio de este trabajo se busca prevenir la inconformidad a lo largo de todo el servicio; desde el inicio con el registro e ingreso del paciente hasta las actividades posteriores de los procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento.

Todo debe estar documentado (cada persona debe saber que hacer y que se espera de ella). Todo lo documentado debe estar implantado y mantenido en el tiempo, por medio de una política de auditorias internas; para que así la empresa tenga un método basado en registros veraces del desempeño como herramienta fundamental en la toma de decisiones.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar el manual de calidad aplicable, que facilite la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, orientado a la satisfacción del cliente con base a las normas ISO 9001-2000, en el año 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar la situación actual de la empresa para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Documentar procesos y crear un manual de calidad como base de un Sistema de Gestión de Calidad orientado al mejoramiento continuo y satisfacción de los requisitos del cliente.
- Lograr el compromiso de la alta dirección en el desarrollo del SGC y evidenciarlo en la asignación de recursos financieros.
- Mejorar las competencias del personal respecto al Sistema de Gestión de Calidad a través de actividades de formación general.
- Definir parámetros de seguimiento y control diseñando estrategias para el mejoramiento continuo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, comenzó como una institución prestadora de salud especializada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares.

Inició su actividad a partir del primero de marzo del año 2004. Desde entonces, el servicio se ha prestado sin tener unos parámetros de control en los procesos y servicios; ya que hasta el momento, los procesos y funciones se han determinado de manera espontánea, guiada por experiencias de tipo personal, adaptándose a los cambios del medio con soluciones poco eficaces a largo plazo.

Quizás por ser la única empresa en la región que presta este tipo de servicios médicos, no se han definido criterios de evaluación sobre el nivel de satisfacción del cliente a diferencia de muchas organizaciones donde este es el punto primordial que mide la competitividad de la empresa; en La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño este aspecto a pasado a un segundo plano de importancia.

La ausencia de una determinación de responsabilidades, ligado a las escasas oportunidades de participación del personal imposibilita la instauración de acciones preventivas a problemas frecuentes como reprocesos en facturación, errores de comunicación externa con clientes y pacientes.

A nivel administrativo existen falencias como la ausencia de planeación estratégica pues no se han determinado objetivos a cumplir dentro de un periodo; a pesar de que los canales de comunicación son horizontales y eficientes, se presenta un liderazgo autocrático puesto que todo tipo de decisiones deben ser tomadas por la alta gerencia; así como también la falta de gestión y enfoque hacia actividades de promoción y mercadeo de los servicios de interés tanto para empresas contratistas y clientes particulares. Tampoco se han definido políticas ni procedimientos de selección del personal.

Se presenta una baja motivación en el personal puesto que no existen incentivos diferentes al salario, conllevando a una conducta rutinaria que no promueve un interés por mejorar los procesos ni el ambiente de trabajo.

3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo contribuir a un mejor funcionamiento del sistema organizacional a través de la implementación de un Manual de Calidad?

3.3 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación actual de la empresa y que factores obstaculizan la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad?

¿Cuáles son los procesos y como caracterizarlos para disponer de ellos como fundamento para la elaboración del manual de calidad?

¿De qué manera promover y estimular el compromiso e interés de la alta dirección?

¿Cómo determinar las necesidades de información del personal para que posean una formación básica en aspectos del SGC?

¿Cómo realizar la documentación de procesos para definir métodos de seguimiento y control?

4. MARCO TEÓRICO

Existen diferentes definiciones de calidad, el uso de cada una depende del área en que se está trabajando. Anteriormente se creía que la calidad era demasiado costosa y por eso influía en las ganancias producidas por la empresa, ahora se sabe que el buscar la calidad resulta en una baja en los costos de las empresas y una mayor ganancia. Se ha discutido mucho la definición de calidad, pero los pensadores que más han sobresalido en el tema son los siguientes:

Joseph M. Juran

Fue el precursor de la calidad en Japón. Se le considera el padre de la calidad. Lo más importante es que se le reconoce como quien agregó y recalcó el aspecto humano en el campo de la calidad; es de aquí donde surgen los orígenes estadísticos de la calidad total.

Para Juran la calidad puede tener varios significados, dos de los cuales son muy importantes para la empresa, ya que estos sirven para planificar la calidad y la estrategia empresarial; en primer término, Juran entiende la calidad como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc., en segundo término calidad es adecuarse al uso.

La Trilogía de Juran

La planificación de la calidad es uno de los tres procesos básicos de gestión por medio de los cuales se gestiona la calidad. Los tres procesos están interrelacionados.

Todo comienza con la planificación de la calidad, el objeto de planificar es suministrar a las fuerzas operativas los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes, tales como facturas, películas de polietileno, contrato de ventas, llamadas de asistencia técnica y diseños nuevos para los bienes.

Una vez que se ha completado la planificación, el plan se pasa a las fuerzas operativas en donde ocurre la producción. Luego se analiza que cambios se le deben hacer al proceso para obtener una mejor calidad.

Bajo patrones convencionales de responsabilidad, las fuerzas operativas son incapaces de eliminar esa pérdida crónica planificada. En vez de ello, lo que hacen es realizar el control de calidad para evitar que las cosas empeoren.

Si se observa alrededor, pronto se aprecia que esos tres procesos (planificación, control, y mejora) han estado presentes durante algún tiempo. Se han utilizado en las finanzas durante siglos, lo suficiente como para haber desarrollado una terminología normalizada. En la planificación de la calidad se desarrollan los productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes.

Juran no hace énfasis en los problemas que pueden presentarse, sino en las herramientas para cualquier tarea de una empresa y así solucionarlos.

Edward Deming

En 1950 Japón buscaba reactivar su economía ya que esta quedó muy dañada luego de la segunda guerra mundial, por lo tanto estaban abiertos a varias opiniones para lograrlo. Es en esta época cuando Deming llega a Japón, les instruye sobre la importancia de la calidad y desarrolla el concepto de Calidad Total (TQM). Con el paso del tiempo los Estados Unidos se dio cuenta de los efectos de incluir la calidad en su producción, convirtiendo a Deming en el asesor y conferencista más buscado por grandes empresas americanas. Fue tan grande su influencia que se creó el premio Deming, el cual es reconocido internacionalmente como premio a la calidad empresarial.

Los catorce puntos y siete pecados mortales de Deming son los siguientes:

1. Hacer constante el propósito de mejorar la calidad
2. Adoptar la nueva filosofía
3. Terminar con la dependencia de la inspección masiva
4. Terminar con la práctica de decidir negocios con base al precio y no con base a la calidad
5. Encontrar y resolver problemas para mejorar el sistema de producción y servicios, de manera constante y permanente.
6. Instituir métodos modernos de entrenamiento en el trabajo
7. Instituir supervisión con modernos métodos estadísticos.
8. Expulsar de la organización el miedo

9. Romper las barreras entre departamentos de apoyo y de línea.
10. Eliminar metas numéricas, carteles y frases publicitarias que piden aumentar la productividad sin proporcionar métodos.
11. Eliminar estándares de trabajo que estipulen cantidad y no calidad.
12. Eliminar las barreras que impiden al trabajador hacer un buen trabajo
13. Instituir un vigoroso programa de educación y entrenamiento
14. Crear una estructura en la alta administración que impulse día a día los trece puntos anteriores.

Los siete pecados mortales

1. Carencia de constancia en los propósitos
2. Enfatizar ganancias a corto plazo y dividendos inmediatos
3. Evaluación de rendimiento, calificación de mérito o revisión anual
4. Movilidad de la administración principal
5. Manejar una compañía basado solamente en las figuras visibles
6. Costos médicos excesivos
7. Costos de garantía excesivo.

Los logros de Deming son reconocidos mundialmente. Se ha logrado establecer que al utilizar los principios de Deming la calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor. Cuando los clientes obtienen productos de calidad las compañías logran aumentar sus ingresos y al lograr esto la economía crece.

Philip B. Crosby

Crosby es un pensador que desarrolló el tema de la calidad en años muy recientes. Sus estudios se enfocan en prevenir y evitar la inspección se busca que el cliente salga satisfecho al cumplir ciertos requisitos desde la primera vez y todas las veces que el cliente realice transacciones con una empresa. En 1979 se crea la fundación Philip Associates II Inc. la cual se le considera una firma líder en consultorías acerca de la calidad. Se basan en la creencia de que la calidad puede ser medida y utilizada para mejorar los resultados empresariales, por esto se le considera una herramienta muy útil para competir en un Mercado cada vez más globalizado.

Crosby tiene el pensamiento que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos se logra Cero Defectos. En las empresas donde no se contempla la calidad los desperdicios y esfuerzos de más pueden llegar del 20% al 40% de la producción. Para lograr Cero Defectos promueve catorce pasos los cuales son:

1. Compromiso de la dirección
2. Equipo para la mejora de la calidad
3. Medición del nivel de calidad
4. Evaluación del costo de la calidad
5. Conciencia de la calidad
6. Sistema de acciones correctivas
7. Establecer comité del Programa Cero Defectos
8. Entrenamiento en supervisión
9. Establecer el día "Cero defectos"
10. Fijar metas
11. Remover causas de errores
12. Dar reconocimiento
13. Formar consejos de calidad
14. Repetir todo de nuevo

Kaoru Ishikawa

La mayor contribución de Ishikawa fue simplificar los métodos estadísticos utilizados para control de calidad en la industria a nivel general. En el ámbito técnico su trabajo enfatizó en la buena recolección de datos y elaboración una buena presentación, también utilizó los diagramas de Pareto para priorizar las mejorías de calidad, los diagramas de Ishikawa, diagramas de pescado o diagramas de causa y efecto.

Establece que los diagramas de causa y efecto como herramienta para asistir los grupos de trabajo que se dedican a mejorar la calidad. Cree que la comunicación abierta es fundamental para desarrollar dichos diagramas. Estos diagramas resultan útiles para encontrar, ordenar y documentar las causas de la variación de calidad en producción.

Otro trabajo de Ishikawa es el control de calidad en el ámbito empresarial (CWQC). Este enfatiza que la calidad debe observarse y lograrse no solo a nivel de producto sino también en el área de ventas, calidad de administración, la compañía en sí y la vida personal. Los resultados de este enfoque son:

1. La calidad del producto es mejorada y uniforme, se reducen los defectos.
2. Se logra una mayor confiabilidad hacia la empresa.
3. Se reduce el costo.
4. Se incrementa la cantidad de producción, lo cual facilita la realización y cumplimiento de horarios y metas.
5. El trabajo de desperdicio y el retrabajar se reducen.
6. Se establece y se mejora una técnica.
7. Los gastos de inspección y pruebas se reducen.
8. Se racionalizan los contratos entre vendedor y cliente
9. Se amplía el mercado de operaciones.
10. Se mejoran las relaciones entre departamentos.
11. Se reducen la información y reportes falsos.
12. Las discusiones son más libres y democráticas.
13. Las juntas son más eficientes.
14. Las reparaciones e instalación de equipo son más realistas
15. Se mejoran las relaciones humanas.

La filosofía de Ishikawa se resume en:

- La calidad empieza y termina con educación.
- El primer paso en calidad es conocer las necesidades de los clientes.
- El estado ideal del control de calidad es cuando la inspección ya no es necesaria.
- Es necesario remover las raíces y no los síntomas de los problemas.
- El control de calidad es responsabilidad de toda la organización.
- No se deben confundir los medios con los objetivos.
- Se debe poner en primer lugar la calidad, los beneficios financieros vendrán como consecuencia.
- La mercadotecnia es la entrada y éxito de la calidad

- La alta administración no debe mostrar resentimientos cuando los hechos son presentados por sus subordinados.
- El 95% de los problemas de la compañía pueden ser resueltos con las 7 herramientas para el control de la calidad.
- Los datos sin dispersión son falsos.

A principios de la década de 1980 la **Internacional Standard Organization (ISO)** inició un arduo trabajo para publicar un sistema normalizado de aseguramiento de la calidad. El ISO fue fundado en 1946 para desarrollar un conjunto de normas para el sector manufacturero, del comercio y la comunicación. Esta organización que se encuentra en Ginebra, está compuesta por 91 países miembros. Todas las normas elaboradas por el ISO no son obligatorias, excepto cuando los países y las industrias las adoptan y les aumentan requerimientos legales. El esfuerzo inicial culminó con la creación del Comité Técnico denominado TC-176, y por último con la publicación en el año 1987 de la serie de normas genéricamente referidas como ISO 9000. El Comité Técnico TC-176 está formado por tres comités y varios grupos de trabajo ubicados en Ginebra. En el Comité ISO/TC 176 participaron como asesores cuatro organizaciones nacionales: **AFNOR (Association Francaise de Normalisation)**, **ANSI (American National Standards Institute)**, **NNI (Nederlands Normalisatie Institut)**, **BSI (British Standards Institute)** y **SCC (Standards Council of Canadá)**. La norma ISO 9000 se concibió inicialmente con el objetivo de armonizar la gran cantidad de normas ya existentes, tanto nacionales como internacionales. (**ANSI ASQC Standard Q 90**), en ambos casos la organización proveedora desea instalar y mantener un sistema de calidad que le permita optimizar su competitividad y producir el producto terminado con la calidad requerida al menor costo.

La familia de normas apareció por primera vez en 1987 teniendo como base una norma estándar británica (BS), y se extendió principalmente a partir de su versión de 1994, estando actualmente en su versión 2000.

La principal norma de la familia es: ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad - requisitos. Y otra norma es vinculante a la anterior: ISO 9004:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad - fundamentos y vocabulario.

Las normas ISO 9000 de 1994 estaban principalmente pensadas para organizaciones que realizaban procesos productivos y por tanto su implantación en empresas de servicios era muy complicada y por eso se sigue la creencia de que es un sistema bastante burocrático.

Con la revisión del 2000 se ha conseguido una norma bastante menos burocrática para organizaciones de todo tipo y además se puede aplicar sin problemas en empresas de servicios e incluso en la administración pública.

Para verificar que se cumple con los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que dan sus propios certificados y permiten el sello. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

Dentro de la familia ISO 9000, existen tres normas que las empresas pueden tomar como modelo para desarrollar y aplicar un sistema de calidad. Son las normas ISO 9001, 9002 y 9003, estos modelos son particularmente importantes ya que son los únicos que las empresas pueden utilizar para obtener la certificación a través de una evaluación por un organismo competente e independiente.

ISO 9001 es la norma que sirve de modelo a las empresas que desean desarrollar un sistema de calidad que cubra las actividades de: diseño, desarrollo, producción instalación y servicios posventa.

Los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad especificados en esta norma internacional son complementarios a los requisitos para los productos, esta norma internacional puede ser utilizada por partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación que evalúan la capacidad de la organización para cumplir los requisitos del cliente, los reglamentarios y los propios de la organización.

De manera adicional, puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como "planificar – hacer – verificar - actuar" (PHVA). PHVA puede describirse brevemente como:

Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hacer: implementar los procesos.

Verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.

Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

En general, las normas y reglamentos utilizados para la elaboración del manual de calidad y los fundamentos de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, fueron tomados de la norma ISO 9001-2000.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es necesario realizar un análisis de carácter descriptivo- analítico, debido a que se pretende medir, evaluar y analizar diversos aspectos y componentes de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño con respecto al servicio y direccionarlo hacia el mejoramiento continuo de todos los procesos con base a las normas ISO 900:2000. El Sistema de Gestión de Calidad deberá estar basado en un subsistema de control de mediciones en la empresa de modo que se logre determinar estándares de rendimiento en la mayoría de los procesos realizados.

Se encuentra a disposición un gran material teórico que nos ayudará como fundamento de estudio igualmente un apoyo empírico moderado.

5.2 MÉTODO

Se utilizará el método participativo con todo el personal de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Debido a que no existen unas bases de referencia, es conveniente iniciar un proceso del SGC con la creación del manual de calidad y la participación de los colaboradores de esta entidad, se realizará un análisis de toda la información recolectada de clientes internos y externos para definir las falencias e identificar posibles soluciones.

5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de este estudio se utilizarán dos fuentes de información:

- **Primarias:** Corresponde a la información recogida y analizada mediante la observación directa, encuestas y entrevistas realizadas a los clientes actuales, clientes potenciales y a los miembros de la empresa objeto de estudio.
- **Secundarias:** Es la información contenida en textos, como documentos, Internet y prensa.

5.4 TOMA DE LA MUESTRA.

Para la recolección de la información de las fuentes primarias, se determinó la siguiente muestra:

- **Clientes externos.**

Pacientes:

Se toma como población el total de pacientes que reciben los servicios de la institución en el lapso de un mes.

$$n = \frac{(Z_B)^2 N}{(Z_B)^2 + 4 E^2 (N-1)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población atendida en un mes

Z_B = Nivel de Confianza

E = Error

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 50}{(1.96)^2 + 4 (0.05)^2 \times 50}$$

$$n = 44.34 \approx \mathbf{45}$$

Teniendo en cuenta la cantidad de la muestra en comparación con la población (Pacientes atendidos mensualmente) se dispuso realizar un censo para obtener mejores resultados.

Empresas Contratistas:

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño tiene convenio con ocho empresas contratistas y se solicitara información en cada una de ellas.

- **Clientes internos:**

Actualmente en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño hay 30 empleados y se realizará un censo para la obtención de información.

5.5 FASES, ETAPAS Y ACTIVIDADES

5.5.1 Fase de diagnóstico. En esta fase se desarrollan las siguientes actividades:

- ❖ Autorización de la empresa para la creación del manual de calidad: Es un oficio autorizado por el representante legal de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño a personas que se encarguen de este estudio, tendiendo en cuenta el manual como base de un Sistema de Gestión de la Calidad.
- ❖ Diagnóstico de la empresa: Incluye reseña histórica, clientes, definición, creencias, valores, misión, visión, matriz DOFA

Para esto se realiza una consulta en la documentación de la empresa, para conocer su situación actual.

5.5.2 Fase de estudio. Que comprende:

- ❖ Sensibilización y socialización del Sistema de Gestión de Calidad al personal de la empresa registrándolos en documentos comprobables; es la explicación a todo el personal de la empresa de la necesidad de implementar el SGC.

En esta fase se realizarán reuniones con todo el personal para dar conocimiento del inicio de la actividad de creación del manual como paso importante de la implantación del Sistema de Gestión de Calidad enfocado al mejoramiento continuo.

- ❖ Organización de la gestión de calidad: incluye la estructura y equipo de liderazgo en la empresa, políticas de calidad, objetivos de calidad, mapa de

procesos de la empresa, caracterización de los procesos, organigrama de representantes del Sistema de Gestión de Calidad.

5.5.3 Fase de creación del manual de calidad. Comprende:

- ❖ Se enfatiza en la norma, anexando los diferentes formatos a ser aplicados para las diferentes fases.
- ❖ Compromiso con todo el personal acerca de la creación del manual de calidad: responsabilidad de todos los colaboradores para que se lleve a cabalidad el proceso.

5.6 EFECTO DEL PROYECTO

Con la realización del proyecto de la creación del manual de calidad de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño se pretende la apertura de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad con base a las normas ISO 9001:2000. Ya que el SGC se ha convertido en una fuente de competitividad a escala mundial y actualmente todas las empresas adoptan estrategias de eficacia y mejoramiento continuo.

Por lo tanto este proyecto se realizará en pro de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño ya que en el contexto regional no tiene competencia de mercadeo pero, debe generar un sistema funcional que le permita enfocarse al logro de su visión de crecimiento y reconocimiento a nivel nacional e internacional; por lo cual es necesario que dé inicio al proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Hay que tener en cuenta que la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño es una empresa pequeña y nueva en el mercado; pero a medida que obtenga reconocimiento y logre su desarrollo, tendrá que sobresalir por su servicio, talento humano y tecnología. Teniendo estos factores a su favor y con el compromiso de todos sus colaboradores y asesoría de gestores de calidad la UCQN podrá continuar con la implementación del sistema de calidad y aplicarlo.

6. ESTADO ACTUAL DE LA EMPRESA

6.1 DIAGNÓSTICO

6.1.1 Reseña histórica. La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, surgió a partir de la idea de hacer empresa en la región, solventando la necesidad en salud cardiovascular, ya que anteriormente se enviaba a todos los pacientes con estas enfermedades a las ciudades de Cali y Bogotá, siendo éste un inconveniente para muchas familias nariñenses que no tenían facilidades para viajar a otras ciudades, por los costos que implicaba el traslado y estadía de los pacientes y familiares.

Otro factor que influyó mucho en esta idea de crear empresa es la gran demanda de este servicio de salud en Nariño, porque hay muchos pacientes con enfermedades cardiovasculares, por la falta de cuidado en la alimentación, sistema hereditario, falta de control, consumo excesivo de cigarrillo, obesidad, preocupación, estrés. Por lo tanto el servicio que se presta es atender a los pacientes en caso preventivo y diagnóstico de tratamiento de enfermedades invasivas.

Es importante recalcar que al surgir una nueva institución prestadora de salud, se presenta una nueva demanda de talento humano para la prestación de servicios adecuados y eficientes contribuyendo a la generación de empleo.

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño es una empresa que demandó arduo trabajo y dedicación para su creación; ya que para cumplir con los requisitos de salud y ser competitiva a nivel nacional, se necesitó que todos los equipos (tecnología) y algunos insumos que se requieren en procedimientos y cirugías fueran traídos de Estados Unidos. El personal médico debe ser especializado en ciertas áreas específicas (cirujano cardiovascular, cirujano, vascular, cardiólogo, hemodinamista, neurorradiólogos, recuperadores intensivistas, instrumentadora cardiovascular, anesthesiólogo cardiovascular, perfusionista); en la parte administrativa, además de sus carreras profesionales se necesitaron capacitaciones en ciertas funciones por ser un servicio de cuarto nivel y cumplir con los requisitos legales.

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño es una empresa privada de salud, que presta servicios especializados en el área cardiovascular; brindando servicios de hemodinamia (exámenes diagnósticos de corazón), servicios de cirugía

cardiovascular (cirugías de corazón abierto y periférico) y neuroradiología (exámenes diagnósticos y terapéuticos del sistema nervioso). Estos servicios son el producto del trabajo en equipo, con la eficiente colaboración de los médicos y otros profesionales de la salud, que ponen a disposición de la dirección médica todo su talento humano, su memoria corporativa y su voluntad de servicio, para organizarse y adaptarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud que opera en el país, incorporar las normas legales vigentes y además prepararse para ingresar a la era de las comunicaciones espaciales, para así competir a nivel nacional e internacional; pues además de tecnología de avanzada se da prioridad a la calidez de la atención al paciente que requiere sus servicios.

La Unidad Cardioquirúrgica Nariño inició desde el 1 de marzo del 2004, con un equipo médico y administrativo altamente calificado, tecnología de punta y calidez humana garantizando un buen servicio a los pacientes que lo requieran. Esto se refleja en que hasta la fecha se han realizado 180 cirugías cardiovasculares, 700 procedimientos de hemodinamia, todos han sido exitosos.

1) Identificación: UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO.

2) Definición:

- a) **Cliente:** EPS, IPS, ARS, Medicina prepagada, fondos prestacionales de salud de régimen especial, Instituto centralizado, pacientes particulares.
- a) **EPS:** Saludcoop, Instituto del Seguro Social.
- b) **IPS:** Clínica Saludcoop Los Andes.
- c) **ARS:** Emssanar, Cóndor.
- d) **Medicina Prepagada:** Colseguros.
- e) **Fondos prestacionales de salud de régimen especial:** Policía Nacional.
- f) **Instituto Centralizado:** Instituto Departamental de Salud De Nariño.
- g) **Pacientes particulares:** son todas las personas que de forma voluntaria cancelan el valor total del servicio prestado.

3. Servicio: Atención en salud de hemodinamia (Exámenes diagnósticos de corazón) y cirugías cardiovasculares.

4. Expectativas y requisitos: (ver anexos 1)

Creencias de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño:

- Ser el mejor servicio Cardiovascular.
- Los pacientes nuestro mejor cliente.
- Tener calidad y servicio superior.
- Realizar el trabajo bien hecho.
- Crecer tecnológica, económica, social e intelectualmente.
- La importancia de la informalidad para mejorar la comunicación.
- Ser competitivos.

Valores:

- ✓ Ética
- ✓ Honestidad.
- ✓ Humanización.
- ✓ Vocación de servicio.
- ✓ Compromiso
- ✓ Responsabilidad social.
- ✓ Profesionalismo.
- ✓ Competitividad.
- ✓ Respeto.

Son principios fundamentales de nuestra empresa tanto a nivel individual como colectivo la **ética, la honestidad y humanización**, lo cual esta respaldado por la valiosa historia y la amplia experiencia, así como la decidida **vocación del servicio**, que caracteriza nuestro talento humano, el cual con **compromiso, responsabilidad social, eficacia, eficiencia, calidad, competitividad, conocimiento del entorno, profesionalismo, y respeto con los colegas, aprecio por nuestros clientes, deseamos obtener rentabilidad social y financiera.**

6.2 VISIÓN

Posicionarnos como la entidad prestadora del mejor servicio a nivel nacional en el manejo, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares; respaldados en la efectividad, calidad humana y tecnología, al servicio de los clientes y a través de nuestro espíritu por el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios.

6.3 MISIÓN.

Desarrollar acciones que generen bienestar al satisfacer necesidades de servicio en salud de enfermedades cardiovasculares. Para ello, contamos con una oferta científica, humana y tecnológica, la cuál colocamos a disposición del mercado, con el fin de brindar el manejo integral para cada uno de los clientes.

6.4 ANÁLISIS DOFA

OPORTUNIDADES

- Única empresa en salud dedicada al servicio cardiovascular en Nariño.
- Gran demanda del servicio en la región
- TLC como opción de importar tecnología.
- Servicio subsidiado por las empresas de salud.

FORTALEZAS

- Tecnología de punta.
- Profesional de calidad altamente calificado.
- Disponibilidad de recursos financieros.

DEBILIDADES

- Ausencia de infraestructura, maquinaria y equipos para la realización de una parte del proceso.
- Falta de personal médico para la prestación de servicio de urgencias.

AMENAZAS

- Poco reconocimiento de la empresa a nivel nacional.
- Buen nombre de la competencia a nivel nacional: Shaio, Imbanaco, Clínica de Occidente.

Ver a Continuación la matriz DOFA

Tabla 1. Matriz DOFA

	FORTALEZA F	DEBILIDADES D
	F1: Tecnología de punta. F2: Profesional de calidad altamente calificado. F3: Disponibilidad de recursos Financieros	D1: Ausencia de infraestructura, maquinaria y equipos para la realización de una parte del proceso. D2: Falta de personal médico para la prestación de servicio de urgencias.
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
O1: Única empresa en salud dedicada al servicio cardiovascular en Nariño. O2: Gran demanda del servicio en la región O3: TLC como opción de importar tecnología. O4: Servicio subsidiado por las empresas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - O2 Y F3: Ampliación del servicio en infraestructura y personal. - O1, O2, F3. Campañas publicitarias de tratamientos preventivos contra enfermedades cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> - O2 y D2: Incrementar el personal especializado disponible para la atención de paciente. - O1 y O3 Vs. D2: Extender el servicio en maquinaria e infraestructura.
AMENAZAS	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
A1: Poco reconocimiento de la empresa a nivel nacional. A2: Buen nombre de la competencia a nivel nacional: Shaio, Imbanaco, Clínica de Occidente.	F1 Y F3 Vs. A1: Lanzar campañas publicitarias en Dpto. De Cauca, Putumayo y Caquetá.	- A1, A2, D1 y D2 Analizar variables de Costo Beneficio para adquisición de equipos que complementen servicio prestado y mejorar el reconocimiento institucional en otros lugares del País.

Fuente: Investigación. Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto, 2005

6.5 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño es una institución que presta servicios médicos, siendo su especialidad el área cardiovascular; que tiene un gran futuro por su talento humano y tecnología; a pesar de ser nueva, la trayectoria ha sido muy buena, además no tiene competencia en el mercado regional.

Estos factores influyen en el desarrollo de la empresa, para su posicionamiento, desarrollo y crecimiento. Con el diagnóstico, se podrá apreciar el estado en el que la empresa se encontraba antes de la presentación del proyecto y posteriormente con la creación del Manual de Calidad se dará el primer paso para el mejoramiento enfocado a la satisfacción del cliente.

7. ANÁLISIS DE CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS

7.1 CLASES DE CLIENTES

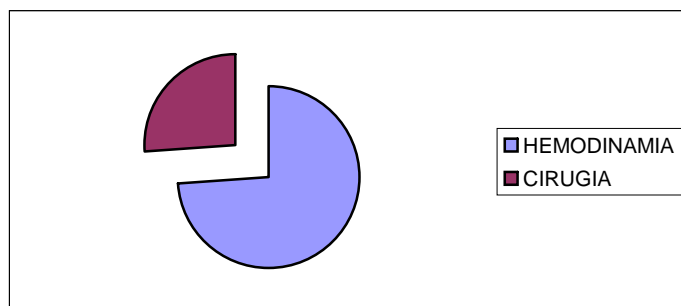
La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño tiene tres tipos de clientes. Externos: son los pacientes y empresas contratistas. Internos: son el personal que labora en la misma. Se ha realizado una recolección de fuentes primarias por medio de censo, teniendo en cuenta la cantidad de clientes atendidos mensualmente. Los resultados obtenidos son los siguientes:

7.1.1 Clientes externos: pacientes atendidos. Para la realización de este análisis inicialmente se tomo una muestra; el resultado sobre 50 pacientes atendidos es de 45, por lo tanto se realizó un censo para obtener mejores resultados (ver anexos 7)

Con ello se obtuvo los siguientes resultados:

- **Servicios:** Dentro de los servicios prestados se encuentran hemodinamia y cirugía cardiovascular. Se realiza esta pregunta para analizar la mayor cantidad de pacientes atendidos en cada área. Sobre los 50 pacientes atendidos a los que se censó se obtiene el resultado de que el 26% son pacientes de cirugía y el 74% son pacientes de hemodinamia; por lo tanto se obtiene como resultado que el mayor ingreso de cantidad en pacientes se encuentra en hemodinamia.

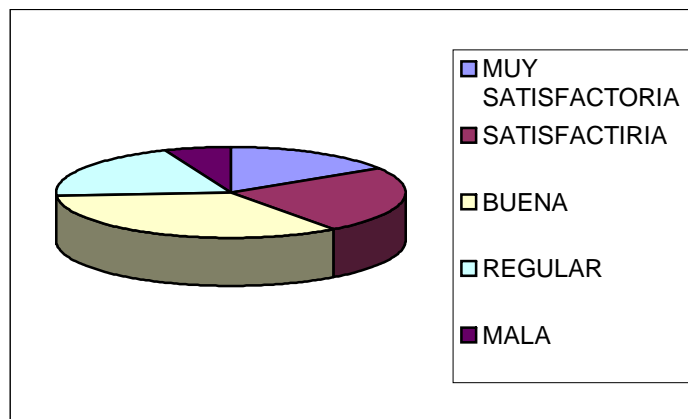
Gráfico 1. Pacientes atendidos en cada área mensualmente



Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Complicación de la solicitud de la cita.** De 50 pacientes atendidos el 44% están satisfechos con la asignación de citas y el 56% de los pacientes tuvieron dificultades.
- **Dificultad en la EPS o la UCQN.** De los 28 pacientes que tuvieron dificultades con la asignación de la cita el 47% respondieron que los problemas se encontraron en las EPS, por el número de semanas cotizadas, cantidad de papelería y falta de información de los procedimientos a realizar; el 53% de ellos afirmaron que las dificultades se presentan en la UCQN, por falta del servicio de urgencias, escasa información, precios altos y falta de legalización de contratos con las EPS.
- **Calidad en atención.** De los 50 pacientes atendidos consideraron la atención de la UCQN así: el 16% muy satisfactoria, el 24% satisfactoria, 34% buena, 20% regular y 6% consideran la atención mala; por lo tanto existen factores por mejorar, que se complementarían con la siguiente pregunta.

Gráfico 2. Opinión del paciente respecto a la calidad del servicio



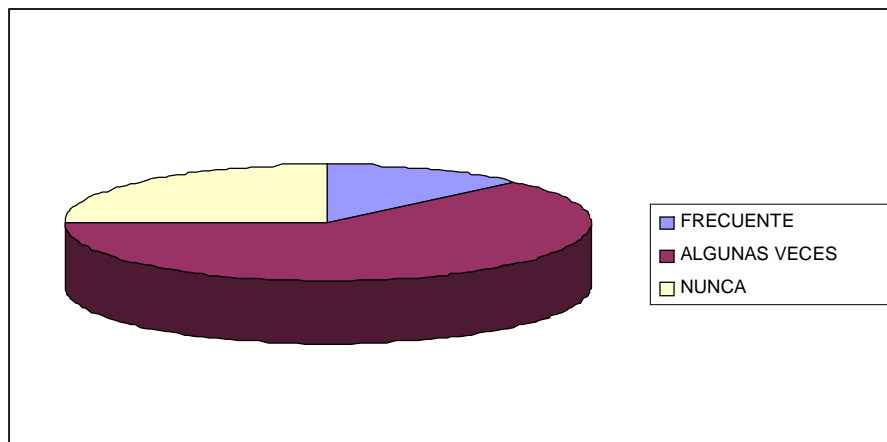
Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Sugerencias.** Las sugerencias de los pacientes son: coordinar el tiempo de espera en la atención de los procedimientos, implementar el servicio de urgencias, incrementar jornadas para las citas, y por último, cordialidad del personal médico y administrativo.

7.1.2 Clientes externos: empresas contratistas. Otro tipo de clientes externos son las empresas contratistas en este caso EPS, ARS, e IPS, de las cuales se encuentran 8 entidades. Para este estudio se realizó un censo (ver anexos 8) obteniendo como resultado:

- **Problemas del portafolio.** Especifica que de las 8 empresas con las que se tiene contrato: 12.5% han presentado problemas frecuentes con la UCQN, 62.5% han presentado algunos inconvenientes con el portafolio y el 25% de estas empresas nunca los ha tenido.

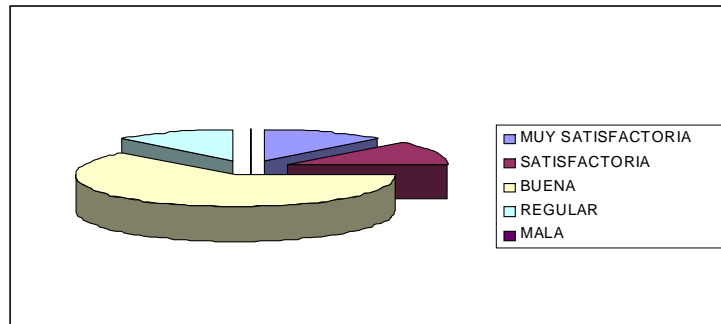
Gráfico 3. Inconvenientes con entidades remisoras



Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Información de requisitos.** La información que brinda la UCQN a las empresas contratistas, referente a pacientes, precios, atención mensual y otros documentos cumple con los requisitos solicitados por estas, generando un 75% de respuestas positivas y 25% negativas.
- **Calidad del servicio.** La atención que presta la UCQN a las entidades contratistas en el servicio médico y administrativo es bueno, con el 62,5%, muy satisfactoria 12,5%, satisfactoria 12,5%, regular 12,5%, ninguna entidad consideró mala la atención prestada; por lo tanto se encuentra en un estado intermedio, con factores para mejorar. Complementando con la pregunta 4.

Gráfico 4. Opinión de entidades remisoras respecto a la calidad del servicio



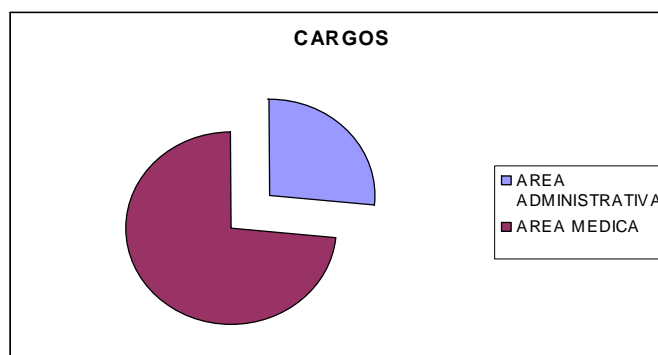
Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Sugerencias.** Las recomendaciones que hacen las EPS y ARS para mejorar el servicio son: la prioridad sobre sus pacientes, tener informes continuos de estados de contratos y actualización de tarifas.

7.1.3 Clientes internos: colaboradores médicos y administrativos. A los clientes internos, se les realizó el censo (ver anexos 9) para determinar si la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño cumple con otro tipo de requisitos.

- **Área de trabajo.** Con esta pregunta se analiza cuantas personas laboran en el área médica y administrativa; de las cuales el 27% laboran en la parte administrativa y el 73% personas en el área médica, de hemodinamia y cirugía cardiovascular.

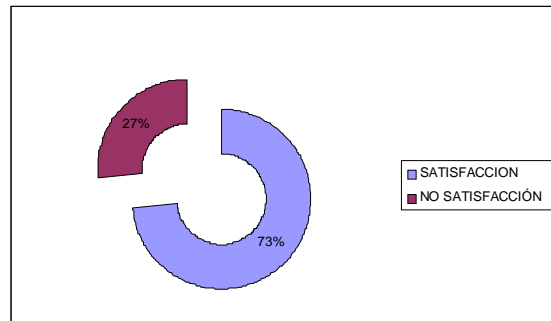
Gráfico 5. Área de trabajo de clientes internos.



Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Grado de satisfacción.** Con esta pregunta se analiza el nivel de satisfacción de los colaboradores, teniendo como resultado: un 73% de conformidad y un 27% de inconformidad.

Gráfico 6. Grado de satisfacción clientes internos



Fuente: Investigación Pasto, 2005. Unidad Cardioquirúrgica

- **Problemas frecuentes.** Los problemas e inconformidades que han presentado con mayor frecuencia los colaboradores es: inconformidad con el salario, duplicidad de cargos, autocracia de mando y falta de estructura física.
- **Sugerencias.** Las sugerencias que hacen los empleados para mejorar el servicio de La UCQN son: capacitación, liderazgo participativo y la correcta designación de funciones.

7.2 RESULTADO DEL ANÁLISIS DE CLIENTES

El análisis de los clientes internos y externos son el resultado de una investigación para la creación del manual de calidad y la apertura para el Sistema de Gestión de Calidad.

El análisis se lo realizó teniendo en cuenta los clientes externos que están conformados por pacientes y empresas contratistas (EPS- ARS) y clientes internos que son los colaboradores (empleados) para la prestación de servicios, tanto de la parte administrativa como el área médica.

En el análisis de clientes externos, con pacientes, se concluye que hay falencia en la calidad de atención, en la orientación de la información, en la preparación hacia los pre procedimientos (cirugías- hemodinamia) y desorganización en la asignación de citas.

Con los clientes externos EPS se resalta algunos desatinos en el portafolio de servicios por los precios muy elevados y en la falta de información sobre la actualización de datos con respecto a los contratos.

Los clientes internos reportan inconformidad por la duplicidad de cargos y sobre las funciones de los empleados ya que estas no están bien definidas, haciendo así un trabajo complicado, con la falta de responsabilidades.

Teniendo en cuenta estas falencias en cada análisis de clientes, se trabaja con todo el equipo del Sistema de Gestión de Calidad, para tomar acciones correctivas; la implementación del manual de calidad va orientado al mejoramiento continuo y la eficacia de la empresa.

8. DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

8.1 POLÍTICA DE CALIDAD

Mantener un alto nivel de satisfacción del cliente fundamentado en la prestación de un servicio eficaz a través de la competitividad del talento humano, aprovechando la tecnología y realizando un análisis de los diferentes resultados que guíe permanentemente a la Institución hacia el mejoramiento continuo.

8.2 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Cumplir con los requisitos de los clientes, con base a parámetros de eficacia.
- Identificar permanentemente las no conformidades en la prestación del servicio, tomando las acciones correctivas necesarias.
- Recopilar y analizar la información suministrada por los actores principales del SGC que se convierta en la base primordial para la toma de decisiones.
- Determinar las competencias del personal y complementarlas con herramientas académicas cuando se requiera.
- Realizar investigaciones y estudios en las disciplinas del SGC posibilitando una constante actualización y mejoramiento continuo.

8.3 MAPA DE PROCESOS

Entradas.

- ✓ Características básicas del cliente: Fisiológicas y económicas.

Procesos estratégicos.

- ✓ Atención al usuario: comprende todos los procedimientos relacionados con la atención de los clientes, ubicación y orientación de los mismos.
- ✓ Actividad Gerencial: son todos los procesos que maneja gerencia para el buen direccionamiento y funcionamiento de la empresa, dirigidos al mejoramiento continuo.
- ✓ Actividad médica: procesos de toda la atención médica pre y post del paciente desde la consulta, exámenes diagnósticos, cirugías, recuperación y controles post.

Procesos misionales.

- ✓ Exámenes de hemodinamia y cirugía: exámenes diagnósticos y de tratamiento de hemodinamia y cirugías cardiovasculares que son los servicios ofrecidos por la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

Procesos de apoyo.

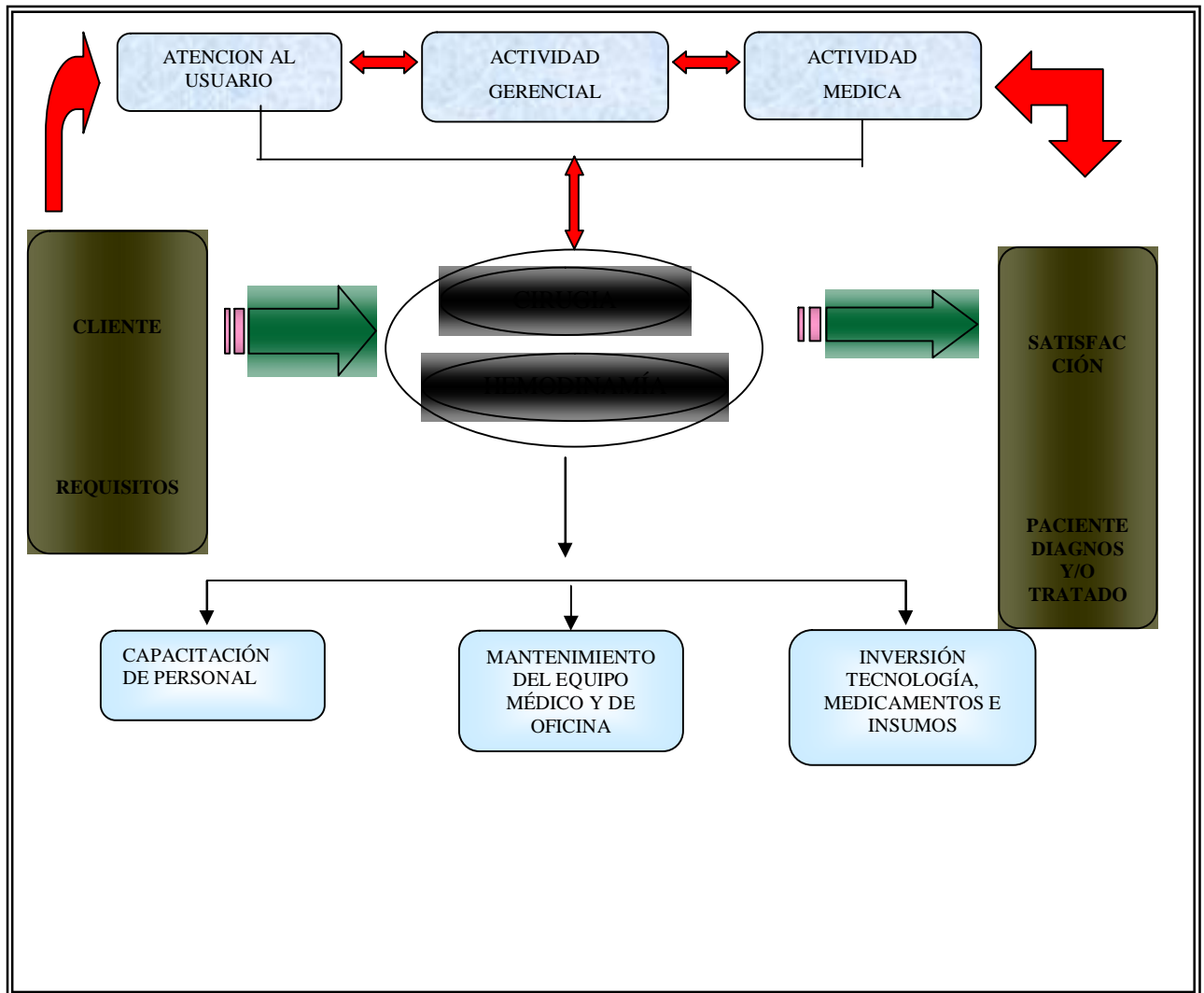
- ✓ Inversión en tecnología, medicamentos e insumos: es el contacto con los proveedores en la adquisición de equipo, medicamentos e insumos para prestar un servicio completo y eficiente. Incluye el tiempo de la solicitud, la adquisición, la calidad, la entrega y la forma de pago.
- ✓ Capacitación del personal: Instruir y actualizar permanentemente al personal médico y administrativo en cada área específica.

- ✓ Mantenimiento del equipo: Mantenimiento preventivo permanente del equipo tecnológico y reparaciones correctivas con un ingeniero autorizado por el proveedor además de la provisión de repuestos originales y garantizados.

Elementos de salida.

- ✓ Pacientes diagnosticados y/o tratados: Son los resultados de los exámenes de los pacientes en el diagnóstico para el proceso de tratamiento o cirugía. Y el resultado de mejoría de los pacientes en caso de cirugía y o tratamiento.

Gráfico 7. Mapa de procesos de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño



Fuente: Investigación Pasto 2005- Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

8.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Dentro de todas las empresas es importante tener un manual de procedimientos que permita un lineamiento de la realización de funciones, por medio de un control a estándares que contribuyan a un correcto manejo y control de los procesos.

Actualmente en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño no existe un manual de procedimientos que le permita tener unos parámetros de referencia, por lo tanto dentro del proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad es necesario realizar una caracterización de los procesos, analizando cada puesto de trabajo, teniendo en cuenta el manual de funciones y el desempeño de cada cargo (ver anexos 3).

8.5 EFECTO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad es la apertura de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en un mercado competitivo y de continuos cambios que van orientados a la satisfacción del cliente.

La política y los objetivos de calidad proporcionan una guía general para la realización de todos los procesos organizacionales, en búsqueda de la eficacia tanto hacia el cliente externo como para el interno. El mapa y la caracterización de procesos recopilan aspectos mas detallados de las actividades empresariales, indicando subprocesos del sistema y responsables de su realización.

Con el aporte del manual de calidad y sus soportes de seguimiento, control y trazabilidad se permitirá que la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño tenga orientación para el mejoramiento continuo y eficacia en la prestación de sus servicios médicos, encaminado a la satisfacción de clientes internos y externos.

9. COMPROMISO GERENCIAL

Para que la implementación de un Sistema de Gestión de calidad sea una realidad, es necesario que exista un verdadero interés por parte de la gerencia, en cuanto a su aplicación.

En muchas entidades de salud pública y privada se ha empezado la implementación y certificación de sus procesos con base en los parámetros de calidad exigidos en la norma ISO 9001:2000, con buenos resultados, tanto por su mejoramiento en atención al usuario, como en el incremento de la cantidad de los mismos que son atraídos por el reconocimiento de la certificación. Si bien, teóricamente las normas ISO 9001:2000 deben entenderse como una serie de parámetros de calidad mínimos, que la empresa debe cumplir; en la sociedad colombiana, muchas instituciones ni siquiera lo cumplen y no han sido certificadas, por lo que se convierte para muchas empresas como una ventaja competitiva.

9.1 AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA PARA LA CREACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

El interés en la parte administrativa debe evidenciarse , por ello se dio inicio a este trabajo con la consecución de la autorización por parte de la gerencia de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño (ver anexos 5).

En este documento se plasma y se evidencia el interés de la gerencia para dar un paso importante en la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, empezando por la creación del Manual de Calidad de la Institución.

9.2 PRESUPUESTO

A continuación se encuentra la tabla explicativa de la descripción de los recursos financieros necesarios en el proyecto de Creación del Manual de Calidad y también se mencionan otro tipo de recursos de los que se dispuso tales como de infraestructura y equipos

Recursos financieros. Ver a continuación la tabla explicativa de los recursos financieros.

Tabla 2. Descripción de recursos financieros

ACTIVIDAD O ARTICULOS	INVERSIÓN	FINALIDAD
Diplomado SGC con base a las normas ISO 9001	\$2.610.000	Disponer de personal propio que posea conocimientos tanto del manual de calidad como base del SGC y del funcionamiento de la empresa.
Sensibilización: Papelería, material didáctico y refrigerio	\$100.000	Sensibilizar a los empleados de la importancia de la implementación del SGC
Creación de informe final: papelería, empastado, disquetes, CD'S.	\$80.000	Presentación informes ante la empresa y Universidad.
Actividades complementarias	\$1.000.000	* Generación de estructuras de mejoramiento continuo.
TOTAL	\$3.790.000	

Fuente: Investigación y contabilidad. Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto. 2005

*Justificación de la inversión: Buzón de sugerencias, cambio e implementación de papelería, software complementario, asesorías en normas ISO 9001: 2000, y demás que en concordancia con gerencia se consideren necesarios. Existen grandes expectativas con respecto su implementación y de ser necesarios se puede ampliar el margen de estos recursos.

9.2.2 Recursos de infraestructura. La sensibilización, reuniones y demás actividades para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se llevarán a cabo en las mismas instalaciones de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño que queda ubicada en la Kra. 42 No. 18B-94 Avenida Panamericana en el centro comercial Valle de Atriz; ya que el número de empleados es pequeño y dichas actividades se pueden llevar a dentro de la empresa.

9.2.3 Recursos de equipos. Para el desarrollo de está labor se dispone de un módulo de oficina que comprende: un escritorio en “L”, computador personal, impresora, con acceso a teléfono, fax, fotocopidora, Internet y materiales de oficina y papelería.

9.3 RESULTADO DEL COMPROMISO DE LA EMPRESA

En La Unidad Cardioquirúrgica se encontró un grado elevado de compromiso e interés por la implementación del manual de calidad, con base a las normas ISO 9001:2000 orientado a la satisfacción del cliente.

El interés de la gerencia se manifestará en su misma eficacia y compromiso con la creación del Manual de Calidad e implementación del Sistema de Gestión, que se evidencia en la rapidez de autorizaciones para proseguir con estos procesos y con la asignación de los diferentes recursos para el éxito de la actividad.

Este paso es muy importante en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad porque la gerencia es quien motiva y promueve todas las actividades para el mejoramiento continuo.

10. FORMACIÓN DE COMPETENCIAS

10.1 SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

La clave del éxito para la creación de un manual de calidad, radica fundamentalmente en contar con el personal operativo y administrativo de la organización, por esto, la etapa de sensibilización del personal requiere un diseño especial para que el equipo comprenda realmente la necesidad de un sistema de calidad para mejorar las condiciones de trabajo de todo el personal (ver anexos 6).

Para ello el día 21 de octubre de 2.005 a partir de las 4:00 p.m. se llevo a cabo la reunión de socialización con los colaboradores, se realizó la presentación de las personas encargadas de la creación del manual de calidad además de sustentar el tema del trabajo que se realizaría y su importancia.

Fue una actividad muy importante porque se conocieron las expectativas de los colaboradores de la entidad, su apoyo fundamentado en la experiencia adquirida en otras entidades en las que han laborado o como clientes de otras; por lo tanto se observa mucho entusiasmo y animo de colaboración tanto en la gerencia como en el personal. Se espera que su ayuda y compromiso sea una contribución importante para la Creación del Manual de Calidad institucional (ver anexos 7).

10.2 ESTRUCTURA Y EQUIPO DE LIDERAZGO EN LA EMPRESA

La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño está constituida por un grupo de socios, que tienen como objeto principal el desarrollo por conducto de sus asociados y personas por ellos contratados de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el área de la cardiología intervencionista así como el sistema vascular en general. Todas las facultades se las asignan al representante legal para ejecutar los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y los que se relacionan directamente con el giro ordinario de los negocios sociales.

El buen líder no puede ocuparse de todas sus obligaciones y debe emplear muy bien su tiempo, además debe tener habilidades tales como saber delegar, saber que es importante y que no lo es, en fin tener un excelente manejo de las prioridades. Actualmente el empowerment es el proceso que se pretende utilizar

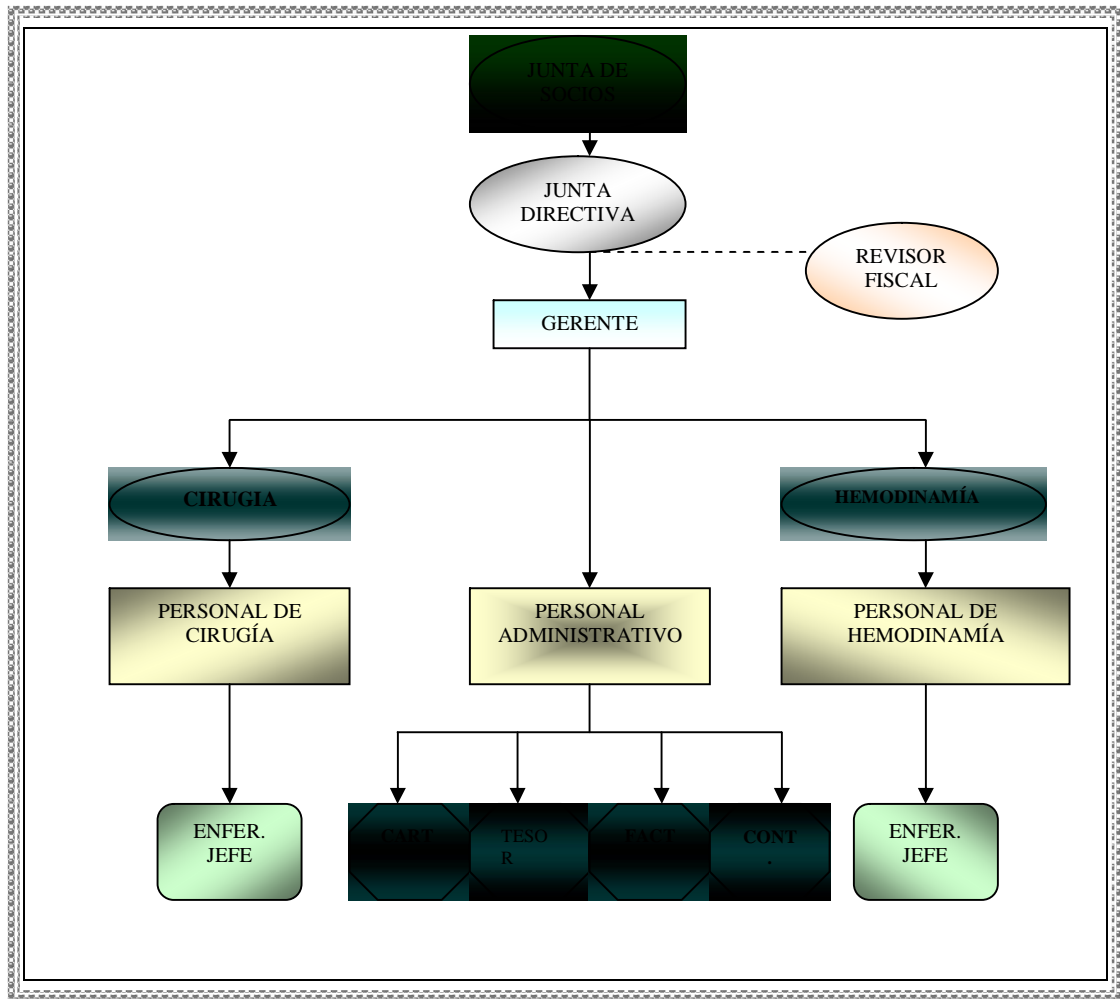
en las empresas, consiste en dar autoridad a los empleados de todos los niveles para la tomar decisiones y demandar mas responsabilidad en los resultados de acciones; además ayuda a que los empleados se involucren en las decisiones, aumenta el compromiso y la motivación de los trabajadores, incrementa las habilidades y se obtienen nuevos conocimientos.

Sin embargo en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño existe un liderazgo autocrático porque se ordena y se espera obediencia, el método es dogmático y se dirige mediante la capacidad de retener o conceder recompensas o castigos; su enfoque va dirigido a la producción y no hay participación de los empleados en la toma de decisiones.

La estructura organizacional es el conjunto de acciones y relaciones que determinan formalmente las funciones que cada mecanismo deber cumplir y el modo de comunicación entre cada mecanismo; por lo tanto la estructura de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño tiende a la autoridad de línea donde el gerente dispone del poder y la autoridad entre los empleados; de aquí surge el principio escalar: cuanto más clara sea la línea de autoridad desde el puesto gerencial, más alta será la línea de autoridad hasta todos los puestos subordinados y más clara será la responsabilidad en la toma de decisiones.

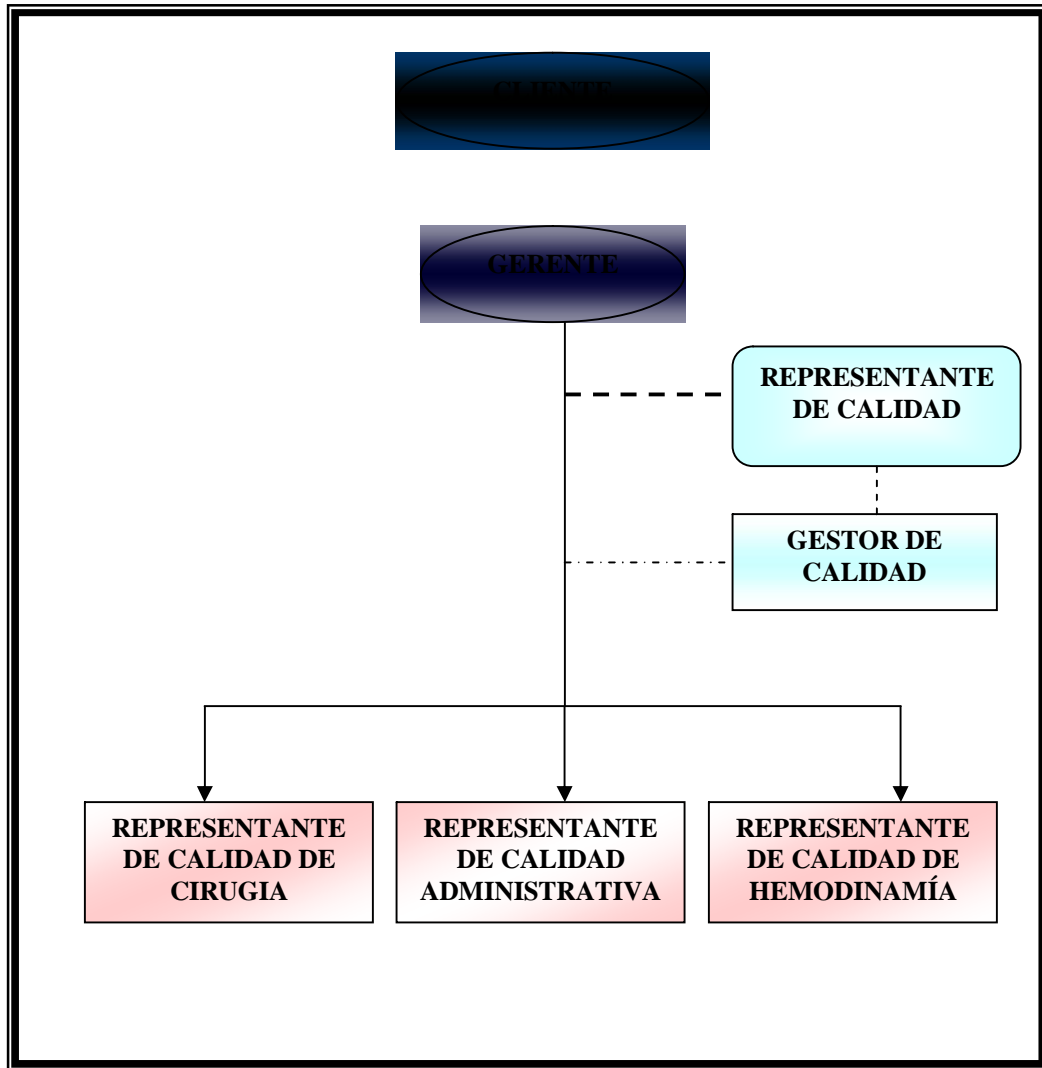
Actualmente la Unidad Cardioquirúrgica cuenta en total con 30 empleados, de los cuales 8 son de la parte administrativa y 22 conforman el grupo operativo, en el área de hemodinamia y cirugía cardiovascular, el equipo de representantes del Sistema de Gestión de Calidad estará conformado por un líder en cada área de procesos estratégicos como cirugía y hemodinamia y en la parte administrativa. Representados en el siguiente organigrama y gráfico de representantes:

Gráfico 8. Organigrama de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño



Fuente: Base de datos Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. 2005

Gráfico 9. Organigrama de representantes del Sistema de Gestión de Calidad



Fuente. Investigación. Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto 2005

10.3 ANÁLISIS DE COMPETENCIAS

Todo el personal de la empresa es importante en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, porque en el se contempla como un requisito de carácter obligatorio en la documentación del SGC según las normas ISO 9001- 2000; por ello se realizará un análisis de las competencias del equipo de representantes del SGC de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

10.3.1 Gerente. La gerencia es uno de los gestores primordiales para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, porque es la guía de toda la empresa. Debe cumplir con los requisitos del manual de funciones, y en el análisis de competencias del SGC debe tener conocimientos básicos de la importancia de la implementación y compromiso para el cumplimiento de los objetivos y política de calidad.

10.3.2 Representante de calidad. El representante de calidad es la persona externa de la empresa que debe tener estudios especializados en la Norma ISO 9001:2000 para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad; es la encargada de la asesoría y guía de todo el proceso de orientación, establecimiento de la política y objetivos de calidad, capacitación y sensibilización del personal sobre la importancia del SGC y su actividad es necesaria hasta lograr la certificación a la empresa.

10.3.3 Gestor de calidad. Es un colaborador interno de la empresa que está totalmente encargado y comprometido con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad con base a la norma ISO 9001:2000, esta persona, además de sus estudios profesionales respecto en su área de trabajo debe tener como mínimo un diplomado de Gestión de Calidad para colaborar con sus conocimientos y experiencia hacia el logro de objetivos y llevar a cabildada todos los controles referentes a la calidad de servicio y satisfacción del cliente.

10.3.4 Representante de calidad de cirugía. Cirugía cardiovascular es uno de los servicios que presta La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, por lo tanto es necesario asignar una persona competente que tenga conocimientos básicos de las Normas ISO 9001:2000, para que en todo el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad brinde la información necesaria, sugerencias para contribuir al cumplimiento de metas del SGC, control de acciones correctivas y acciones preventivas en pro del mejoramiento continuo y resultados de eficacia en está área de servicio

10.3.5 Representante de calidad de hemodinamia. En el área de hemodinamia debe de existir un representante de calidad que contribuya al cumplimiento de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad orientada a las normas ISO 9001:2000. El representante de calidad debe tener conocimientos básicos del SGC y conocer todas las funciones del personal de esta área, es necesario que esté comprometido con el mejoramiento continuo y la eficacia de la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

10.3.6 Representante de calidad administrativa. Además del compromiso gerencial es necesario que en el área administrativa halla una persona encargada de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad que además de sus estudios conozca muy bien la empresa, sus compañeros de trabajo y posea conocimientos básicos de la norma ISO 9001:2000. La parte administrativa es muy importante porque maneja la información y se contacta con todos los clientes externos (empresas contratistas) y los clientes internos.

10.4 RESULTADO DE LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS

En el proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad se debe analizar las necesidades de capacitación de los colaboradores de la organización con el fin de contar con el personal competente que esta comprometido y enfocado al mejoramiento continuo marcando la verdadera diferencia en la prestación de un servicio eficaz.

El primer paso fue contar con personal interno que se capacite en los aspectos de implementación del SGC y se procedió a dar una orientación general sobre los resultados benéficos de la implementación de un Sistema de Calidad; posteriormente se realizó la selección del personal adecuado para encabezar el proceso, este equipo de trabajo esta compuesto por el representante de calidad, gestor de calidad, representante de calidad de Cirugía, Hemodinamia y parte Administrativa.

11. SEGUIMIENTO Y CONTROL

11.1 INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores de gestión son expresiones cuantitativas que una vez determinadas y usadas correctamente nos permitirán determinar la orientación eficaz de las modificaciones en los procesos, convirtiéndose en la herramienta más útil y veraz para la toma de decisiones.

Especificaciones de los indicadores:

El indicador seleccionado debe reunir las siguientes características:

- **Claro:** ser específico, de fácil recopilación, interpretación y representación.
- **Representativo:** que exprese, efectivamente, lo que se quiere medir.
- **Temporalidad:** que se pueda ubicar dentro de un periodo de tiempo definido
- **Cuantificable:** que su resultado pueda ser expresado en índices, números o cifras.
- **Confiable:** que suministre información real, concreta y verificable.
- **Objetivo:** que su obtención y análisis resulte en un apoyo concreto para la toma de decisiones.

11.2 SELECCIÓN DE INDICADORES

Los siguientes indicadores de gestión se identificaron con base a las políticas y objetivos de calidad:

11.2.1 Prestación del Servicio. Este indicador nos muestra la cantidad de pacientes que no son atendidos en la UCQN. Permite analizar la carencia actual de ciertos productos demandados (ej. Urgencias) y también identificar posibles errores de las empresas remisoras.

Es un índice obtenido a través del control de la cantidad de usuarios que requieren atención médica de tipo cardiovascular y son remitidos o llegan particularmente a la UCQN, sobre la cantidad de pacientes a los cuales se les puede brindar el servicio que solicitan.

$$IPS = UR / UA$$

IPS = Índice de prestación del servicio

UR = Usuarios remitidos

UA = Usuarios atendidos.

Interpretación de resultados:

Óptimo o Igual a 100%: Es el valor deseado en cuanto a prestación del servicio, indica que tanto los servicios ofertados son los que el paciente particular esperaba recibir como los que las empresas remisoras tienen conocimiento que se prestan en la Unidad.

Casi Óptimo 90% – 99%: Valor muy cercano al óptimo, significa que aunque el mayor número de pacientes que ingresan, reciben el servicio, aun existe uno o varios errores que se deben identificar y corregir.

Regular 70% – 89%: Indica que el cliente no posee una información clara de los servicios que se prestan, lo que resulta en inconvenientes tanto para la empresa como para el cliente.

Deficiente 0 – 69%: Existe un alarmante grado de desconocimiento por parte del cliente a través de la imagen que proyecta la empresa. La información suministrada es deficiente y debe ser reformada utilizando publicidad en medios de comunicación y/o contactando a clientes como las empresas remisoras para corregir el portafolio de servicios que poseen de la Unidad.

11.2.2 Eficacia en el servicio recibido por el paciente. Este indicador nos permite tener en cuenta la opinión del paciente en cuanto a la prestación del servicio; es fundamental ya que proporcionara información sobre la obtención de los verdaderos objetivos planteados.

A través de esta herramienta también será posible obtener una valoración real y conocer el grado de satisfacción e insatisfacción del paciente que generara una alerta para la toma de acciones correctivas a falencias determinantes de la calidad del servicio.

Consiste en un valor promedio obtenido a través de una pregunta sencilla de evaluación con relación al servicio recibido, con una escala de muy satisfactorio, satisfactorio, normal, regular, deficiente.

$$EeSP = \frac{X_1 (1) + X_2 (2) + X_3 (3) + X_4 (4) + X_5 (5)}{X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5}$$

EeSP= Eficacia en el servicio Recibido por el Paciente

X₁ = Clientes que calificaron el servicio malo

X₂ = Clientes que calificaron el servicio regular

X₃ = Clientes que calificaron el servicio normal

X₄ = Clientes que calificaron el servicio satisfactorio

X₅ = Clientes que calificaron el servicio muy satisfactorio

Interpretación de Resultados:

A cada respuesta se le asignara un valor y se obtendrá un promedio de satisfacción en una escala de 1 – 5.

Muy Satisfactorio: 5

Satisfactorio: 4

Normal:	3
Regular:	2
Malo:	1

Del análisis de los resultados obtenidos en el periodo de un mes, el promedio se interpretará de la siguiente manera:

5. Servicio Excelente: El Cliente esta muy satisfecho. Durante el periodo, la búsqueda de la eficacia ha sido un éxito, es necesario mantener este nivel y no descuidar la aparición de futuros inconvenientes.

4 a 4.9 Servicio Bueno: Los clientes están satisfechos con el servicio recibido, aún es posible prestar un mejor servicio.

3 a 3.9 Servicio Normal: Los clientes están conformes con el servicio recibido pero existen aspectos en los que se podría mejorar.

2 a 2.9 Servicio Regular: Las funciones están limitadas a atender a los clientes sin ningún interés de prestar un buen servicio.

1 a 1.9 Mal Servicio: El cliente no se siente bien atendido, de tener opción de escoger la entidad que le presta el servicio, optaría por una diferente. Es necesario revisar y reformar los procesos de una manera sustancial, identificar de forma efectiva en que punto del servicio el cliente no se siente bien atendido y adoptar inmediatamente acciones correctivas para su solución.

11.2.3 Eficacia en el Servicio recibido por la entidad Remisora. Este indicador nos proporciona evidencia sobre los reprocesos de información necesarios para satisfacer a las entidades remisoras que interactúan con la Unidad.

Si bien el paciente es quien tiene contacto directo con el servicio operativo, no se puede descuidar a la entidad que envía y asume la cuenta del paciente, por ello este índice permitirá adoptar correctivos con el fin de satisfacer las necesidades de la entidad remitora.

Se dispondrá independientemente de la información enviada, después de la prestación del servicio, a la entidad remitora de un formato de solicitud de

información (ver anexos 4) que en este caso nos permitirá contabilizar la cantidad de reprocesos necesarios para satisfacer a este cliente.

$$EeSE = \frac{SER.}{RE}$$

EeSE: Eficacia en el Servicio recibido por la Entidad Remisora

SER: Solicitudes Extras Recibidas

RE: Total de Registros de pacientes y contrato, enviados

Al analizar los reprocesos necesarios, se podrá estandarizar nuevos formatos para el envío de la información a la entidad remitora.

Interpretación de resultados:

Óptimo Igual a 0% : Los servicios prestados y la información suministrada al cliente son correctos, es necesario mantener este nivel de eficacia y ajustar los formatos cuando se considere necesario.

Casi Óptimo 0.1% a 20%: El grado de eficacia es aceptable, es posible que los detalles particulares de cada paciente o registro contable de cada entidad dificulte lograr el óptimo nivel de eficacia, pero de repetirse situaciones semejantes, es conveniente solucionarlas.

Normal 20.1 % a %: 40 Existe una satisfacción parcial del cliente, persiste algún error y debe corregirse para alcanzar un nivel mas alto de eficacia.

Regular 40.1% a 50%: Existen reprocesos que demoran el flujo de información correcto entre entidades remisoras y la Unidad; es conveniente reformar formatos, eliminar información obsoleta e incorporar datos realmente requeridos.

Deficiente 50.1% a 100%: El cliente no esta recibiendo la información completa ni adecuada para sus registros contables o de pacientes; deben tomarse acciones correctivas inmediatas para solventar este problema.

11.2.4 Productos defectuosos. Este indicador proporciona información sobre la calidad de los insumos, servicios y productos que la Unidad requiere de cada proveedor y por tanto permite controlar rigurosamente cualquier anomalía diseñando políticas para el manejo de proveedores.

$$PD = VPD / VTP$$

PD: Índice de productos defectuosos.

VPD: Valor de productos defectuosos.

VTP: Valor total del pedido.

Se puede determinar un índice máximo de aceptabilidad del pedido e incluirlo en un contrato preventa.

Interpretación de resultados:

La interpretación de resultados es compleja para distintos tipos de productos y servicios adquiridos; así por ejemplo las exigencias en los índices de productos defectuosos en cuanto a medicinas, equipos informáticos, papelería, etc. son muy bajos, debido a la posibilidad de cambiar de proveedor.

Nivel óptimo Igual a 0%: indica que el producto se recibió en perfecto estado.

Aceptable 0.1% a 10%: Se procede de inmediato a realizar el reclamo correspondiente para la devolución o reenvío del producto o deducción del valor del mismo en la factura,

Irregular 10.1% a 25%: Realizar el reclamo correspondiente y advertir al proveedor que de reincidir en el problema, se gestionara un cambio de proveedor.

Deficiente 25.1% a 100%: Informar a gerencia y proponer un cambio de proveedor.

Para equipos médicos especializados, se debe recibir el producto con el consentimiento del personal profesional que lo manipulara. En el caso de presentarse inconvenientes, hacer uso de la garantía y realizar la observación correspondiente al proveedor.

11.2.5 Mejoramiento General. Este indicador proporcionara datos concretos sobre la aplicación de las acciones correctivas propuestas y por tanto de los resultados obtenidos a través del proceso de calidad.

$$MG = \frac{APA}{FIA}$$

MG: Mejoramiento general

APA: Acciones preventivas aplicadas.

FIA: Total de falencias identificadas y analizadas en el resultado del proceso.

Interpretación de resultados:

Óptima aplicación Igual a 100%: Se ha adoptado acciones correctivas para todas las falencias identificadas.

Casi optima 90% a 99% : La aplicación de acciones correctivas a las falencias es constante. Existe interés en la implantación de la calidad institucional.

Regular 50% a 89%: Aunque la mayor parte de acciones correctivas son implementadas, se debe analizar los factores que obstaculizan la implantación de otras.

Deficiente 0% a 49%: Existen obstáculos a la solución de problemas, es necesario determinar sus características y de ser necesario replantear las acciones correctivas para facilitar su implementación.

11.3 VALOR ACTUAL DE LOS INDICADORES

11.3.1 Prestación del servicio. Este indicador esta ligado directamente al proceso de atención al usuario.

$$IPS = \frac{UA}{UR}$$

IPS= Índice de prestación del servicio

UA= Usuarios Atendidos.

UR= Usuarios remitidos

$$IPS = 50 / 55$$

IPS = 0.91 = **91%**
CASI ÓPTIMO

De los cinco pacientes remitidos que no fueron atendidos en la Unidad, tres corresponden a demandantes de servicio de urgencias quienes debieron ser remitidos a clínicas de otras ciudades pues por su estado necesitaban de una intervención y exámenes inmediatos y no podían esperar a que les programasen en el próximo turno. Los dos restantes corresponden a problemas con la remisión de las EPS, sus periodos de cotización no eran suficientes para el servicio solicitado.

A través de la información recolectada en la realización de este trabajo, se pudo constatar que muchos pacientes son enviados a otras clínicas porque los precios y tarifas que maneja la Unidad no eran competitivos y en muchos casos es más rentable para la entidad enviar al paciente a otra ciudad ya que este debe asumir otros costos. Se realizó un análisis de precios y se ofreció a nuevas entidades que contrataron el servicio por lo cual fue necesario disminuir tiempos de periodo de programación de hemodinamia de 2 hasta 4 veces por mes y de cirugías de 1 a 2 jornadas por mes solventando parcialmente la necesidad de urgencias.

11.3.2 Eficacia en el servicio recibido por el paciente. Este índice se relaciona con el proceso de atención al usuario y con los procesos de la actividad médica de hemodinamia y cirugía.

Resultados de la evaluación de la atención recibida por el paciente:

$X_5 = 8$	Muy satisfactoria (5)
$X_4 = 12$	Satisfactoria (4)
$X_3 = 17$	Buena (3)
$X_2 = 10$	Regular (2)
$X_1 = 3$	Mala (1)

$$EeSP = \frac{3(1) + 10(2) + 17(3) + 12(4) + 8(5)}{50}$$

EeSP = **3.24**
NORMAL

La cantidad de clientes que se atendían en el periodo de un mes, dio la oportunidad de realizar un censo, por ello se complemento esta opinión, en el cuestionario de la encuesta, con una pregunta abierta de sugerencias.

Se obtuvo que estas se enfocaban sobre todo a los tiempos de espera, y la ampliación de las jornadas de atención, un mínimo de clientes (3) se refirieron la cordialidad del personal.

En este aspecto, se realizó un análisis de la forma en que se otorgaban las citas de cirugías y hemodinamia, se constató que todos los pacientes eran convocados a la misma hora y en la mayoría de los casos en ayunas por lo cual la espera debía resultar muy molesta para ellos. Se procedió a determinar un tiempo promedio en el que se atendía a cada paciente y realizar un ajuste en la hora que debía ser citado. Si bien este ajuste no promete una atención inmediata, puesto que ciertos procedimientos toman más tiempo del estimado, reduce notablemente el periodo de espera para cada paciente.

En la reunión de socialización sobre los aspectos del SGC se hizo alusión a la competitividad de las empresas y de la importancia de prestar un buen servicio con calidez humana que procure generar un excedente de las expectativas del cliente con respecto al servicio recibido.

11.3.3 Eficacia en el servicio recibido por la entidad Remisora. Este indicador se relaciona con los procesos administrativos de suministrar información a las entidades remisoras.

$$EeSE = \frac{SER}{RE}$$

EeSE: Eficacia en el Servicio recibido por la Entidad Remisora

SER: Solicitudes Extras Recibidas

RE: Total de Registros de pacientes y contrato, enviados

$$EeSE = 12 / 66$$

En total durante el periodo se realizaron 50 procedimientos con pacientes de diferentes entidades. Además de los informes individuales de cada servicio se envían dos mas a cada entidad que contienen datos referentes al informe general

de pacientes atendidos y estado de contrato incluyendo la vigencia del contrato y cuenta de cobro.

EeSE = 0.18 = **18%**
CASI ÓPTIMO

Como ya se mencionó en la selección de indicadores y su correspondiente interpretación de resultados, los detalles particulares de cada paciente y empresa remitora dificultan la estandarización de los datos necesarios para cada uno, sin embargo, la cantidad de reprocesos es alta y cercana al nivel normal por lo cual se obtuvo bases de datos más completas de los clientes de algunas entidades, lo que facilita un análisis más personal del paciente, como su historia médica y su situación financiera con la entidad remitora brindando cuando sea necesario la información sobre exámenes y controles de cirugías posteriores.

En la parte de contratación, es necesario identificar oportunamente antes de enviar el informe, las diferentes necesidades de información que necesita cada entidad, con el fin de suministrar desde un principio los datos completos y no incurrir en reprocesos.

11.3.4 Productos defectuosos. Este índice nos proporciona detalles sobre el estado actual y mejoramiento en el proceso de inversión de tecnología, medicamentos e insumos.

Durante el primer periodo de control, se obtuvo un resultado óptimo del 100% de productos de buena calidad en la parte farmacéutica y de insumos de oficina; la empresa siempre ha manejado políticas exigentes en cuanto a suministros de este tipo y los proveedores han cumplido con las expectativas deseadas.

No se realizaron adquisiciones de maquinaria ni equipo de cómputo que permita el cálculo del índice con nuevos proveedores.

11.3.5 Mejoramiento General. Índice que representa el proceso de actividad gerencial y teniendo en cuenta la naturaleza de la acción correctiva tomada nos permite, también, controlar el proceso de capacitación del personal.

Los datos sobre falencias identificadas y la aplicación de acciones correctivas no es posible aún puesto que se requiere de un periodo de tiempo mas prolongado para identificar los problemas en cada proceso así como también del análisis, formulación y monitoreo posterior de los resultados que se obtendrían de la aplicación de las acciones correctivas propuestas.

11.4 FORMATOS PARA SER APLICADOS A LAS DIFERENTES FASES DE APLICACIÓN, EJECUCIÓN Y CONTROL

Para las diversas fases de aplicación del sistema de control de calidad se tendrán en cuenta diferentes formatos que nos ayudarán a su implementación, entre estos están:

- Formatos de aplicación: Identificación de requisitos esenciales, formato de requisitos del cliente, formato de identificación de requisitos legales, entradas y salidas del almacén de medicamentos e insumos
- Formatos de ejecución: Encuesta de satisfacción del cliente, caracterización de procesos, formato de cotización, revisión de exámenes a realizar, formato de pedido, listado maestro de registros.
- Formatos de control: Formato de matriz de eficacia, Ficha técnica de los equipos (ver anexos 5).

11.5 ALCANCES DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL

La organización debe planificar y llevar la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable la disponibilidad de información que describa las características del servicio, la disponibilidad de instrucciones de trabajo, el uso del equipo apropiado, la disponibilidad e implementación del uso de dispositivos de seguimiento y medición y la implementación de actividades post- procedimientos quirúrgicos.

Con estos formatos de aplicación e indicadores de control aplicados en la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño se pretende medir el cumplimiento de la caracterización de procesos y se deben mantenerse registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria. Esto nos da

como resultado el logro de objetivos y la política de calidad en un determinado tiempo, orientado a las normas ISO 9001:2000.

12. CONCLUSIONES

El manual de calidad es una herramienta práctica para el logro de la eficacia de toda organización y su ejecución es un paso importante para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

La documentación de los procesos en un Sistema de Gestión de Calidad se constituye en una guía esencial para el funcionamiento de la organización.

El personal competente comprometido y enfocado al mejoramiento continuo marca la verdadera diferencia en la prestación de un servicio eficaz.

Incluir objetivos y metas dentro de la planeación general de la organización permitirá un direccionamiento correcto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

A partir de la necesidad la eficacia en La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño se ha notado el compromiso de la alta gerencia y de los empleados para el mejoramiento continuo del servicio.

Con la investigación en el censo de clientes externos (pacientes) se ha resaltado inconvenientes en la calidad de atención al usuario, organización de tiempo de cita y espera para la realización de procedimientos. Por lo tanto la empresa ha mejorado en cordialidad, información, incremento de jornadas para reducir aglomeración de pacientes.

Con el censo de clientes externos (empresas) se concluye que los mayores problemas radican en el portafolio de servicios por los precios. Por lo tanto la Unidad con el objeto de mejorar e incrementar número de clientes actualizo precios e hizo una reducción significativa, quedando La Unidad en competitividad con otras Clínicas a nivel nacional.

En el análisis con los clientes internos la insatisfacción frecuente se ocasiona por la duplicidad de cargos y la incorrecta asignación de funciones. Por lo tanto con colaboración de gerencia y el personal en la aplicación del manual de calidad se

esta trabajando, también, para mejorar el ambiente laboral dando lugar a ideas participativas para cada cargo y asignando funciones y responsabilidades en pro del mejoramiento en la atención de los clientes externos.

Para el logro de la política de calidad la empresa se ha unido con clientes externos aprovechando su monopolio de servicio, tecnología y las competencias del personal para el logro de la eficacia y mejoramiento continuo.

13. RECOMENDACIONES

Continuar con el proceso de aplicación del manual de calidad y la implementación del SGC.

Continuar con el control minucioso de los factores que definen los indicadores de gestión y formular nuevos de ser necesario.

Ampliar las investigaciones que permitan la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

Mantener la visión hacia el mejoramiento continuo y la certificación a corto plazo respecto a las normas ISO9001:2000.

BIBLIOGRAFÍA

BERNAL, Cesar Augusto. Metodología de La Investigación para Administración y economía. Bogota. Editorial Pearson. 2000

BURGOS DE ORTIZ, Miriam y ORTIZ, Luis Augusto. Investigaciones y trabajos de grado, Cali, Editorial Ntextos.2000

CROSBY, Philip. Hablemos De Calidad. Editorial Mcgraw Hill, 1990.

DEMING, W. Edwards , Calidad Productividad. (La Salida De La Crisis). Editorial Díaz De Santos, 1989.

ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué Es El Control Total De Calidad?. La Modalidad Japonesa. Colombia. Editorial Norma. 1996.

JOSEPH, M. Juran. Manual de la Calidad, Editorial McGraw-Hill. 5ta Edición. 2001.

NORMAS ISO. Instituto Colombiano De Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). NTC ISO 9001. 2000

PEACH, Robert. Explicación de las normas ISO 9000, su implementación, documentación y normas de Sociedad de la Calidad 9000. Editorial. Mc Graw Hill. 2000

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, fundamentos y vocabulario. Instituto Colombiano De Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). NTC ISO 9000. Bogotá. 2000

ANEXOS 1. RELACIÓN DE NECESIDADES Y REQUISITOS

Cliente: EPS, IPS, ARS

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	REQUISITOS	CARACTERÍSTICA	ESPECIFICACIÓN
Cumplimiento con los requisitos en la atención de los pacientes	Documentos, precios y resultados.	Pacientes afiliados al sistema.	Identificación de los pacientes, valor cobrado según lo autorizado y realizado.
Cumplimiento con las normas que permitan atención eficaz.	Procedimientos y medicamentos dentro del pos.	Autorizaciones de las autorizaciones y justificaciones de medicamentos no pos.	Manuales: Acuerdo 228, Mapipos.
Favoritismo por sus afiliados	Fácil acceso en las citas y buena atención	Atención de urgencias y primordialidad en la atención	Fecha y hora oportuna.

Fuente. Investigación- Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, Pasto, 2005

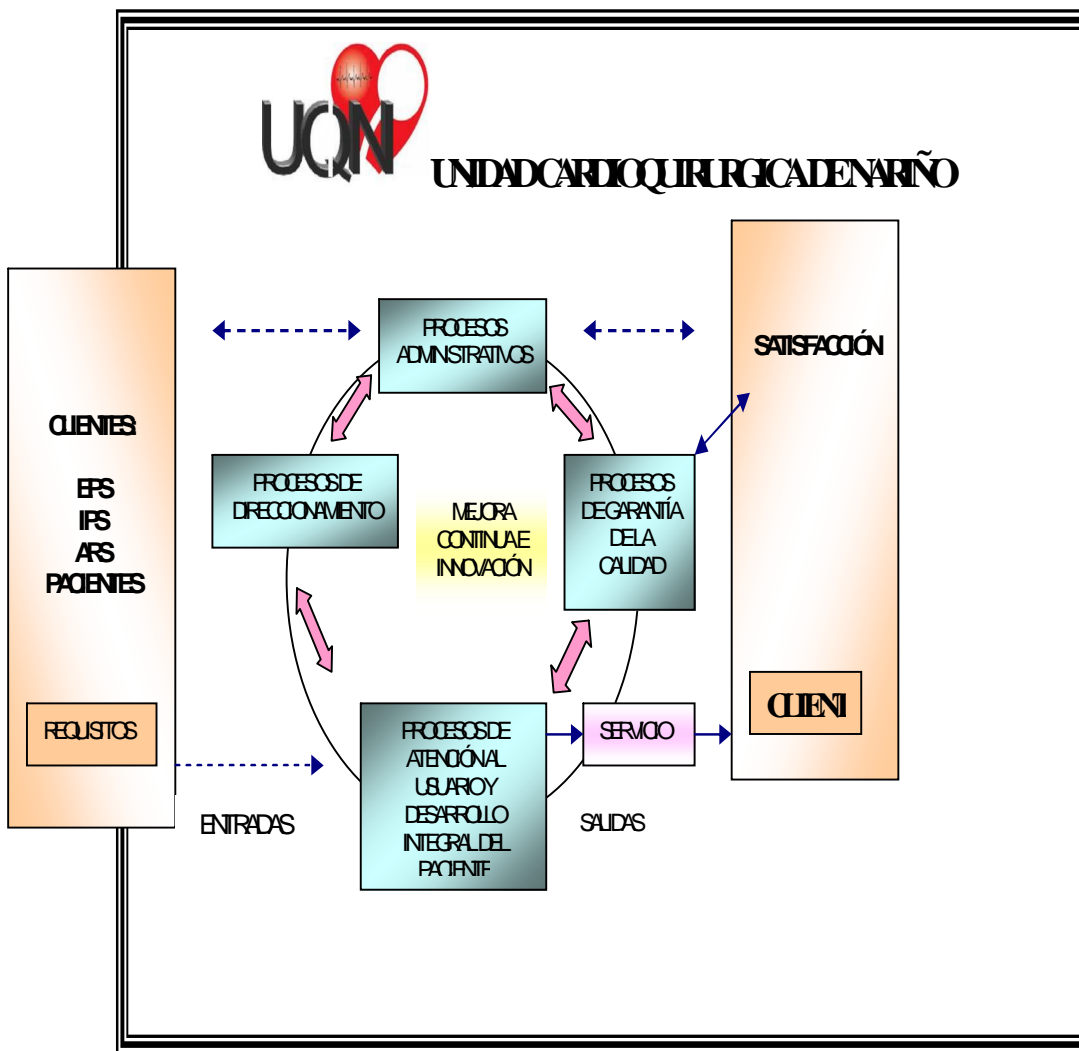
RELACIÓN DE NECESIDADES Y REQUISITOS

Ciente Pacientes

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	REQUISITOS	CARACTERÍSTICA	ESPECIFICACIÓN
Cumplimiento en horario de citas	Tiempo de espera	Minutos anticipados para la preparación del paciente	20 minutos antes de la cita
Buena atención	Calidad humana	Atención médica y administrativa	Pre y post procedimiento
Eficacia en los resultados	Procedimiento y/o diagnóstico eficaz	Resultado de procedimiento en forma clara y con especificaciones a seguir.	Mejoramiento post procedimiento
Orientación e información sobre los procedimientos	Comunicación abierta escrita y oral	Información clara oportuna y eficaz	Datos y resultados, como guías y pasos a seguir post.

Fuente Investigación Fuente Investigación: Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, Pasto, 2005

ANEXOS 2. MAPA DE INTERACCIÓN DE PROCESOS



Fuente. Investigación, Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, Pasto, 2005



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

ANEXO 3 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	ATENCIÓN AL USUARIO					Versión: 001
OBJETIVO	BRINDAR COMODIDAD Y RAPIDEZ EN LA DOCUMENTACIÓN, REGISTRO Y ORIENTACIÓN INICIAL DEL PACIENTE					Fecha: Nov. 11 de 2005
RESPONSABLE	Secretarías y Enfermeras jefe de cada servicio					
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOCOLOS YO REGISTROS	
<p>Entidades Contratistas</p> <p>Médicos Tratantes</p> <p>Paciente</p>	<p>Información de Características y requisitos del paciente</p> <p>Contratos</p>	<p>P. Planear los procedimientos a realizar. Revisión del estado actual del contrato con la empresa emisora</p> <p>H. Recibir y analizar la documentación del paciente Organizarla Orientar sobre los procedimientos que se realizan Instruir al paciente sobre la preparación para el procedimiento a realizar.</p> <p>V. Verificación de requisitos documentales del paciente y entidades contratistas Confirmar la asistencia del paciente</p> <p>A. Clasificar al paciente por procedimiento para la prestación del servicio Enviar cuentas de cobro con su respectiva facturación Realizar el respectivo cobro de cuentas</p>	<p>Cita Historia Clínica Recomendación es médicas</p>	<p>Pacientes</p> <p>Entidades Contratistas</p>	<p>Agenda Médica Historia del Paciente</p> <p>Registros de Autorización de realización de procedimientos quirúrgicos</p> <p>Formato de la constancia de recepción del servicio</p> <p>Contratos</p> <p>Facturas</p>	

PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001
<p><i>Documentos correctamente diligenciados</i></p> <p><i>Requisitos del cliente</i></p> <p><i>Requisitos internos</i></p>	<p><i>Índice de Prestación de Servicios</i></p>	<p><i>Módulos y sistemas de oficina</i></p> <p><i>Archivos</i></p> <p><i>Talento humano</i></p> <p><i>Papelería</i></p> <p><i>Instalaciones locativas</i></p> <p><i>Nota: las instalaciones las define cada dependencia según la necesidad</i></p>	<p><i>LEY 100</i></p> <p><i>ISO 9001</i></p> <p><i>Requerimientos de cada EPS</i></p> <p><i>Personal calificado</i></p> <p><i>Oportunidad en el servicio</i></p>

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto 2006



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	ACTIVIDAD GERENCIAL				Versión G02
OBJETIVO	PLANEAR, ORGANIZAR, DIRIGIR Y CONTROLAR BAJO PARÁMETROS DE EFICIENCIA Y EFICACIA ORGANIZACIONAL.				Fecha Nbr. 05 de 2005
RESPONSABLE	GERENCIA				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOSCOLOS YO REGISTROS
<p>Información sobre el desarrollo de todas las actividades de la empresa</p> <p>Clientes Internos y Externos</p> <p>Medio Ambiente</p>	<p>Información de la organización (debilidades y fortalezas).</p> <p>Información Externa (Amenazas y Oportunidades)</p>	<p>P. Análisis de las variables macroeconómicas para determinar el camino a seguir.</p> <p>H. Dar a conocer lo planeado y dirigir los esfuerzos a su consecución</p> <p>V. Comparar los resultados obtenidos con los planeados e identificar desviaciones</p> <p>A. Tomar las acciones correctivas necesarias ante las No conformidades</p>	<p>Planes</p> <p>Políticas</p> <p>Estrategias</p> <p>Acciones</p> <p>Correctivas</p>	<p>Personal operativo y administrativo</p> <p>Clientes</p> <p>Socios y Accionistas</p>	<p>Plan de Acción</p> <p>Reglamentos</p> <p>Manual de Calidad</p>

PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001
<i>Utilidad Good Will Objetivos cumplidos</i>	<i>Delicuencia y rentabilidad Índice Mejoramiento General. Eficacia en el Servicio recibida por la entidad Fenómeno</i>	<i>Financieros, de infraestructura, talento humano, tecnológicos</i>	<i>ISO 9001 Políticas y Reglamento Interno Disposiciones de la Junta directiva</i>

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto 2006



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	HEMODINAMIA Y QUIRUGIA				Versión 003
OBJETIVO	Prestar de forma eficaz el proceso médico que el paciente requiere				Fecha Nbr. 11 de 2005
RESPONSABLE	Médicos especialistas, enfermeras jefes de cada servicio				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOCOS YO REGISTROS
Entidades contratistas Pacientes Médicos remitentes	Diagnósticos de los pacientes Historia clínica El paciente	P. Programación de cirujías de acuerdo a la disponibilidad de turnos Revisión de instrumentación quirúrgica, medicamentos e insumos H Realización de procedimientos o cirujías Formulación de medicamentos y cuidados post V. Control posterior al procedimiento A. Tomar medidas pertinentes de acuerdo a los síntomas	Pacientes diagnosticados y tratados	Pacientes Entidades contratistas	Informe médico del examen cirugía Historia clínica
PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS		REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001	
Cientes satisfechos con el proceso quirúrgico	Índice de Eficacia en el servicio recibido por el paciente Eficacia en el Servicio recibido por la entidad Revisora	Infraestructura, Recurso humano, insumos, medicamentos, instrumentación quirúrgica, equipos médicos		Ley 100 ISO 9001 Protocolos médicos Personal calificado	



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	COMPRAS DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA				Versión: A001
OBJETIVO	Dotar a la Institución de los insumos y medicamentos de alta calidad para el normal desempeño de sus actividades. Al igual que disponer de equipo de última tecnología en el campo médico.				Fecha: NOV. 11 de 2005
RESPONSABLE	Jefes de cada servicio, secretaria y almacenista				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOS Y REGISTROS
Laboratorios farmacéuticos Distribuidores de tecnología médica e informática	Pedidos Necesidades del cliente Reportes de órdenes y órdenes de sustitución de medicamentos e insumos Requerimientos del personal.	P. Diseño de formato de pedidos Revisión de cotizaciones Selección de proveedores H. Solicitud de Compra Formalización del negocio Recepción de medicamentos e insumos Almacenamiento o sustitución V. Pruebas de calidad del estado de insumos y medicamentos Evaluar cumplimiento del proveedor. A. Solicitar cambio o reposición de medicamentos e insumos Emitir quejas por escasez o incumplimiento	Medicamentos e insumos adquiridos Equipos médicos de alta tecnología Hardware y software actualizado	El paciente Los servicios de hemodinamia y cirugía Personal médico y administrativo	Facturas de compra Solicitudes y Órdenes de compra Cotizaciones de diferentes proveedores

PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001
<i>Productos defectuosos</i> <i>Compras no realizadas</i> <i>Solicitudes no atendidas</i>	<i>Índice de Productos defectuosos</i>	<i>Infraestructura</i> <i>Financieros</i> <i>Tecnológicos</i> <i>Archivos</i>	<i>Au.urb 228 de 2001</i> <i>ISO 9001</i> <i>LEY 100</i> <i>Personal calificad</i>

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Niño Pasto 2006



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL				Versión: A002
OBJETIVO	Fortalecer las competencias del equipo humano de trabajo				Fecha: Nov. 11 de 2005
RESPONSABLE	Gerencia, Jefe de área de contabilidad, cartera, jefes médicos de cada área				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOCOS Y O REGISTROS
Centros educativos externos	Necesidades del personal	<p>P. Diseño de un formato de evaluación de competencias del personal.</p> <p>Programación de las inducciones o cursos en procesos</p>	Personal más profesional y competitivo	Personal administrativo y operativo	Formato de solicitud de capacitaciones
Personal interno capacitado	Solicitud de capacitación	<p>Preparar un sustituto temporal para el cargo del capacitado</p> <p>Evaluar la prioridad de las necesidades</p>	Satisfacción del cliente	Clientes	Evaluación de competencias
		<p>H. Contratar el curso requerido</p> <p>Enviar al personal a capacitación</p>	Mejoramiento del servicio		Certificados de cursos e inducciones realizados
		<p>V. Revisar asistencia del personal en la capacitación</p> <p>Evaluar resultados</p>	Generar mayor pertenencia hacia la empresa		
		<p>A. Reforzar los conocimientos adquiridos</p> <p>Adoptar e implementar las técnicas aprendidas</p>			

PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001
No conformidad eliminada Quejas y reclamos	Indicador de mejoramiento general.	Infraestructura Equipos tecnológicos Talento humano Financieros	ISO 9001 Ley 100 Protocolos médicos Personal calificado

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto 2006



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	MANTENIMIENTO DEL EQUIPO MÉDICO Y DE OFICINA				Versión: A003
OBJETIVO	TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA MANTENER LA FUNCIONALIDAD DE LOS EQUIPOS INSTITUCIONALES				Fecha: Nbr. 11 de 2005
RESPONSABLE	Personal Médico y operativo que este a cargo de un equipo				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOSCOLS YO REGISTROS
Ingenieros biomédicos, mecánicos y de sistemas Empresas proveedoras de los equipos	Reporte de órdenes	<p>P. Determinar el periodo de mantenimiento preventivo para cada equipo</p> <p>H Realizar el mantenimiento preventivo e identificar fallas</p> <p>Adquirir repuestos necesarios para el mantenimiento</p> <p>De ser necesario realizar mantenimientos correctivos</p> <p>V. Constar el buen funcionamiento de los equipos después del mantenimiento</p> <p>A. Redenar al proveedor. Solicitar nuevamente el mantenimiento</p>	<p>Preservar la vida útil del equipo</p> <p>Disponibilidad de equipos en excelente estado</p>	<p>Personal médico y operativo</p> <p>Pacientes</p>	<p>Solicitud de mantenimiento</p> <p>Reporte de mantenimiento</p> <p>Factura</p>

PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS	REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001
<p>Cumplimiento de los períodos de mantenimiento</p> <p>Mantenimientos preventivos y correctivos</p>	<p>Índice de identificación de daños en equipos</p>	<p>Recursos Financieros, infraestructura, talento humano</p>	<p>ISO 9001</p> <p>Manuales técnicos y de operación</p> <p>Normas de depreciación contable</p> <p>Personal Calificado y Autorizado</p>

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Niño Pasto 2006



UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

NOMBRE	COORDINACIÓN DE PROCESOS MÉDICOS				Versión: 003
OBJETIVO	DIRIGIR Y VERIFICAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO				Fecha: Nov. 05 de 2005
RESPONSABLE	Coordinador de hemodinamia y cirugía				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESULTADO	CLIENTE	PROTOSCOLOS YO REGISTROS
Paciente Entidades Contratistas Médicos y Enfermeras	Observaciones y sugerencias realizadas por pacientes y clientes Informes internos de la prestación del servicio e historias clínicas	P. Programación de la prestación del servicio H. Dirigir las actividades operativas en concordancia con el planeado V. Supervisar la actividad médica en general. A. Tomar las acciones correctivas necesarias ante las No conformidades	Programas de procedimientos y cirugías Acciones Correctivas	Personal operativo y administrativo Clientes	Libro de Urgas Médico-Quirúrgicas Reglamentos Manual de Calidad
PARÁMETROS DE CONTROL	INDICADORES	RECURSOS		REQUISITOS A CUMPLIR LEGALES, ORGANIZACIÓN CLIENTE, ISO 9001	
Clientes satisfechos con el proceso quirúrgico	Índice de Eficacia en el servicio recibido por el paciente Eficacia en el Servicio recibido por la entidad Península	Infraestructura, Recursos humanos, insumos, medicamentos, instrumentación quirúrgica, equipos médicos		Ley 100 ISO 9001 Protocolos médicos Personal calificado	

Fuente: Investigación Unidad Cardíaca de Nariño Pasto 2007

ANEXOS 4. FORMATOS A UTILIZAR

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Cordial Saludo,

En caso de Necesitar datos complementarios o aclaración a la información enviada por la Unidad Cardioquirúrgica de Nariño a su Institución, por favor diligenciar el presente formulario de Solicitud de Información.

ENTIDAD: _____

Requiere información sobre

- 1. PACIENTES:
 - a) HEMODINAMÍA
 - b) CIRUGÍA

Datos Requeridos:

- 2. CONTRATACIÓN

- 3. OTROS? CUALES?

Gracias, su colaboración es muy importante para nosotros.



FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS

FECHA:
RESPONSABLE:

CLIENTES	REQUISITOS ESENCIALES

NOTAS:

FIRMAS

Fuente. Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Nariño. Pasto 2006



FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE REQUISITO DEL CLIENTE

FECHA				
RESPONSABLE				
TIPO DE CLIENTE	REQUISITOS	EXPLÍCITAS	IMPLÍCITAS	ESPECIFICACIONES



FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES

ASPECTO		ORGANIZACIÓN LEGAL DE CONTROL	REQUISITO
PROCESO			
EMPRESA SGC			
PRODUCTO SERVICIO			
ELABORÓ		RESPONSABLE	AUTORIZADO

Fuente Investigación Unidad Cardíaca de Nariño Pasto 2006



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO

Fecha _____	Nombre _____
Edad _____	Ejemplo Procedimiento _____
1. ¿Que servicio recibió? _____	
2. ¿Desde la entrada cómo lo atendieron? Bien _____ Mal _____ Regular _____	
3. ¿Dónde lo atendieron bien? _____	
4. ¿Dónde lo atendieron mal? _____	
5. ¿Recibió la información apropiada? _____	
6. ¿Le pusieron trabas en la prestación del servicio? S _____ NO _____ Cuales _____	
7. ¿Antes de la prestación del servicio que pensaba de la empresa? _____	
8. ¿Ahora que piensa de La Unidad Cardioquirúrgica de Niño? _____	
9. ¿Cómo lo atendieron los funcionarios administrativos? _____	
10. ¿Cómo lo atendieron los médicos? _____	
11. Tiene quejas o reclamos _____ _____	
12. Sugerencias _____ _____ _____	

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Niño Pasto 2006



FORMATO DE PEDIDO

PedcbNo. Fecha Proveedor.		
PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD
ELABORÓ	RESPONSABLE	AUTORIZADO

Fuente Investigación Unidad Cardiquirúgica de Nariño Pasto 2006



FORMATO DE COTIZACIÓN

COTIZACIÓN SERVICIO	
Nombre del paciente Diagnóstico Edad Institución	
Procedimiento	Induye
Nota	
ELABORÓ	GERENTE

Fuente: Investigación Unidad Cardíaca de Nariño. Pasto 2006



FORMATO DE REVISIÓN DE EXÁMENES A REALIZAR

TOMA DE PEDIDO				
Entidad		Teléfax		
Dirección		No. De SS		
Nit:		Fecha		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	DIAGNÓSTICO	NOTA	
MÉDICO		RESPONSABLE		AUTORIZADO

Fuente Investigación Unidad Cardíaca de Nariño Pasto 2006



FORMATO DE ENTRADAS Y SALIDAS DEL ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

Formato Versión Fecha
Material: Almacén: Almacénista:

ENTRADA						SALIDA			SALDO	DESTINO FINAL		
FECHA DE ENTRADA	CANTIDAD	CANTIDAD ACUMULADA DE MATERIAL	Nº FACTURA DE REVISIÓN	SÍ	NO	CERTIFICADO DE PROTOCOLOS DE ENSAYO	FECHA DE SALIDA	CANTIDAD	Nº LOTE	CANTIDAD	ABSCISA INICIAL	ABSCISA FINAL

Fuente: Investigación Unidad Cardioquirúrgica de Niño, Pasto 2006



FORMATO DE MATRIZ DE EFICACIA

POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	PROCESO RESPONSABLE	META	LOGRO ALCANZADO (MES)
TOTAL				100	
Nota:					
Realizado por			Revisado		

Fuente Investigación Unidad Cardiorquímica de Nariño Pasto 2006



FORMATO DE REGISTRO TÉCNICO DEL EQUIPO

Versión Código Fecha

Máquina	Código Interno	Placa					
Serie	Módulo	Año					
Nº. Mtor.	Marca Mtor.	Serie Mtor.					
MANTENIMIENTO PREVENTIVO							
TIPOA	TIPOB	TIPOC	TIPOD	TIPOE			
Elementos de consumo							
Características del Equipo							
<i>Fuente</i>	<i>Investigación</i>	<i>Unidad</i>	<i>Cardioquirúrgica</i>	<i>de</i>	<i>Nariño</i>	<i>Pasto</i>	<i>2006</i>

**ANEXOS 5. AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA PARA LA CREACIÓN DEL
MANUAL DE CALIDAD**

EL SUSCRITO GERENTE DE LA UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA DE NARIÑO,

CERTIFICA:

Que la señorita Maria Mercedes Bolaños Dueñas identificada con C.C. No. 59.707667 y el Señor Cristian Tarapués identificado con C.C. No. 87.065.898, están autorizados para realizar el manual de calidad con base en la norma ISO 9001 en La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

Pasto, 3 de noviembre de 2005

FABIAN DELGADO RUIZ
Gerente

ANEXOS 6. OFICIOS DE SOLICITUD DE SOCIALIZACIÓN

San Juan de Pasto, Octubre 10 de 2.005

Doctor:

FABIAN DELGADO RUIZ

Representante Legal.

Unidad Cardioquirúrgica de Nariño.

Cordial Saludo,

La presente es con el fin de solicitar su autorización para realizar una actividad de sensibilización y socialización con todo el personal de la institución para tratar temas relacionados con la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad y creación del manual de calidad de la Institución.

Esperamos que nos comunique oportunamente el día en que podríamos realizar esta actividad para la cual requerimos un tiempo de dos horas, en las cuales seria conveniente se reúna a todo el personal.

Atentamente,

MARÍA MERCEDES BOLAÑOS

CRISTIAN TARAPUÉS

ANEXOS 7. ACTA DE REUNIÓN

El día 21 de octubre, siendo las 4: 10 PM se reunión parte del personal de La Unidad Cardioquirúrgica de Nariño, autorizado por Gerencia. Inicialmente se presento a los encargados de la realización del manual de Calidad: Srta. María Mercedes Bolaños Dueñas y Cristian Tarapués. Y por medio de ejemplos se presento el tema teniendo en cuenta la importancia del mejoramiento continuo en la prestación del servicio al cliente y en la trazabilidad de los procesos.

Asistieron 18 personas los cuales participaron comentando sus experiencias de atención que han tenido en otras IPS recalcando las buenas y malas atenciones, sirviendo este punto para el mejoramiento de atención de nuestros usuarios.

En la próxima reunión se elegirá al comité que participara en la aplicación del sistema de gestión de calidad.

Para su constancia se firma a los 21 días del mes de octubre de 2005.

FABIAN DELGADO RUIZ
Gerente

DIANA CASTILLO
Secretaria

CRISTIAN TARAPUÉS
Gestor de Calidad

MERCEDES BOLAÑOS
Gestor de calidad

ANEXOS 8. CENSO REALIZADO A PACIENTES ATENDIDOS

1. PROCEDIMIENTO REALIZADO:

a. CIRUGÍA_____ b. HEMODINAMÍA_____

2. FUE COMPLICADA LA SOLICITUD DE CITA a. SI_____ b. NO_____

Si la respuesta es positiva responda la pregunta 3 de lo contrario pase a la 4.

3. LA SOLICITUD DE CITA SE DIFICULTA POR MOTIVO:

a. EPS_____ b. UCQN_____

4. EL SERVICIO RECIBIDO EN LA UNIDAD CARDIOQUIRÚRGICA ES:

a. MUY SATISFACTORIA_____ b. SATISFACTORIA _____

c. BUENA_____ d. REGULAR_____ c. MALA_____

5. QUE DESEARÍA QUE MEJORE LA UCQN:_____

ANEXOS 9. CENSO REALIZADO A CLIENTES EXTERNOS- EMPRESAS CONTRATISTAS

1. HA PRESENTADO PROBLEMAS EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA UCQN: CON SU ENTIDAD

a. FRECUENTE_____ b: ALGUNAS VECES_____ C. NUNCA_____

2. LA INFORMACIÓN BRINDADA POR LA UCQN CUMPLE CON LOS REQUISITOS QUE USTEDES EXIGEN?

a. SI_____ b. NO_____

3. EL SERVICIO QUE PRESTA LA UCQN CON LA EMPRESA ES:

a. MUY SATISFACTORIA_____ b. SATISFACTORIA_____ c. BUENA_____

d. REGULAR-_____ e. MALA_____

4. QUE SUGERENCIAS HACEN A LA UCQN_____

**ANEXOS 10. CENSO REALIZADO A CLIENTES INTERNOS:
COLABORADORES ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS**

1. Área en la que se desempeña :

a. Administrativa_____ b. Médica_____

2. Se siente satisfecho con el trabajo que esta desempeñando

SI_____ NO_____

3. Que problemas frecuentes presenta en un cargo._____

4. Sugerencias que usted considere para mejorar el servicio en general de La UCQN:
