

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.
EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, PASTO SALUD E.S.E.**

JAVIER HERNAN POTOSI CUMBAL

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTA DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA
SAN JUNA DE PASTO
2009**

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.
EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, PASTO SALUD E.S.E.**

JAVIER HERNAN POTOSI CUMBAL

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO DE ECONOMISTA

**DOCENTE ASESOR: IVAN FREDY ERAZO ANDRADE
DOCENTE UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**ASESOR DE LA EMPRESA: LUIS EMILIO MARIN CABRERA
JEFE OFICINA DE PLANEACION PASTO SALUD ESE.**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTA DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA
SAN JUNA DE PASTO
2009**

Las ideas y conclusiones aportadas en este trabajo de grado, son responsabilidad exclusiva de su autor.

Artículo 1º del acuerdo Número 32 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable consejo directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, abril de 2009.

DEDICATORIA

Quiero hacer un especial reconocimiento y dedicatoria a mi madre Maria Mercedes Cumbal, que nunca escatimo esfuerzo para apoyarme en la formación académica que necesitara. Quien sin conocer o argumentar una norma de calidad, su vida es un ejemplo de mejoramiento continuo para ofrecer una mejor calidad de vida a su familia.

Esta es una muestra de que la calidad es intrínseco al ser humano conciente de cuatro deberes: el primero es *ser* una persona con valores humanos para relacionarnos con la naturaleza y los demás como seres social que somos; el segundo es el deber de *hacer*: hacer las cosas como la ultima oportunidad para realizarlas sin desfallecer a pesar de los obstáculos que se derivaran; el tercer deber es *estar*: es estar en un estado de satisfacción con Dios, consigo mismo y con los demás semejantes; el cuarto y ultimo deber es *tener*: es tener los elementos que fortalecen cada una de las acciones como ser humano que necesita de otros.

En este orden de ideas, dedico este documento a todos los lectores que asuman un compromiso de cambio de mentalidad, consiste en asumir una actitud positiva de la infinidad de perspectivas de calidad que existen. Una mentalidad orientada a mejorar continuamente que se rige por el criterio de no juzgar, sino por el de aprender y ayudar a aprender con el compromiso de crecer como seres humanos por que este crecimiento exige tiempo, esfuerzo y mucho apoyo como el de una madre con sus hijos.

Javier Hernán Potosí Cumbal

Agradecimientos

TOMAS EDISON BENAVIDES
Gerente General

LUIS EMILIO MARIN CABRERA
Jefe: Oficina Asesora de Planeación

IVAN FREDY ERAZO ANDRADE
Docente: Universidad de Nariño

ALEX ARMANDO CAMPAÑA
Organización y Métodos

MILTON MONCAYO
Oficina Asesora de Planeación

Y demás compañeros de la oficina asesora de planeación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

RESUMEN

La Salud ante todo se convierte en un indicador de desarrollo humano, social y económico del municipio de San Juan de Pasto, por lo anterior la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E, debe constituirse en una institución líder en la prestación de los servicios de salud en el sur occidente colombiano aliada de los propósitos y propuestas de desarrollo local y regional.

El municipio de Pasto, tiene a su cargo entre otras competencias el cumplimiento de dirigir y organizar el sistema local de salud, el cual se presta en forma directa a través de los centros y puestos de salud de Pasto Salud ESE. ubicados en el sector urbano y rural del municipio quienes cumplen las funciones establecidas por la ley 100 de 1993, y ley 715 de 2001 para garantizar y vigilar la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención a los beneficiados del regímenes subsidiado.

Por lo anterior, es necesario implementar una herramienta de gestión integral y transparente en la empresa Pasto Salud ESE que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional en el marco de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000: 2004. Adoptada mediante decreto 4110 de 2004; en la cual se determinan las generalidades y los requisitos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad conforme al artículo 2° de la ley 872 de 2003; el cual debe implementarse hasta el día 8 de diciembre de 2008; en todas las instituciones del Estado.

El diagnostico, la planeación, el diseño, la implementación y la evaluación son elementos que deben orientar en el que hacer en el corto, mediano y largo plazo, para lograr, fundamentalmente, el objetivo del “óptimo de Calidad”: para el logro de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado, dentro de un proyecto viable de financiación teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios.

Por su puesto, el sistema de atención en salud, como todo sistema vivo, está en continuo proceso de cambio, en un proceso de reforma continua y requerirá nuevos instrumentos de gestión para cada circunstancia y nuevas soluciones para cada problema. Lo importante es saber mantener una actitud abierta al cambio y mejoramiento continuo con una visión y misión positiva para mejorar continuamente en el corto plazo.

ABSTRACT

The health is the most important indicator in the human development, social and economic of municipio of Pasto's, previous the enterprise social of state Pasto Salud ESE. Should to be in a leader institute in the leading of health services in the south west Colombia associated with the purposes and proposals of development social and regional.

The Pasto Municipio, has in your hands among of hers capacities the compliment of Conduct and arrange the local health's system the witch lend in a direct way through of puestos and health's centers of the net location in the urban and rural place of municipio whom comply with function established by the law 100 of de 1993, For guarantied and watch the lend of services' first health's of level of attention to the benefited of government subsidies, poor people not affiliated, population expanded or replayed with subsidies to the demand.

In other way, it is necessary use a tool of administration integral and transparent in the enterprise Pasto Salud ESE. That allow conduct an evaluate the perform institutional in the frame of technical standard of quality in the public administration NTCGP 1000: 2004 Adopted by decretory 4110 of 2004; in olich in establish generalities and requirements for establishing, documenting assign and maintaining an administrations system of quality with the article 2º of the law 872 of 2003; it should to use until 8 of December, 2008 in and institutions of the state.

The diagnostic, the plan, the design, the use and the evaluation are elements that the social enterprise of the municipio should for guide in the correct way in the short, medium, and large installment, for obtaining, basically the objective of the "best of quality" that is the ideal of system that direct the development of the enterprise Pasto salud ESE. At the accomplishment of the institutional objectives and the contribution of these to the essentials ends of the state, in a possible project of financiation having in account the balance between benefits, Risks, and castes with the purpose of achieve the satisfactions of users.

Of course, the system of attentions in health as all alive system is in continuous process of change is a process of continuous reformation and new solutions for every trouble the important is know maintain an open attitude to the change and continuous improvement with a positive vision an mission for improving in the short installment.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.1 TEMA	19
1.2. TITULO	19
1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	20
1.3.1 Antecedentes.	20
1.3.2 Situación actual.	22
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	23
1.5 JUSTIFICACIÓN	24
1.6 OBJETIVOS	25
1.6.1 Objetivo General.	25
1.6.2 Objetivo específicos.	25
1.7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	26
1.7.1 Universo del estudio	26
1.7.2 Espacio geográfico.	26
1.7.3 Espacio Temporal.	27
2. MARCO DE REFERENCIA	28
2.1 MARCO TEORICO	28
2.2 MARCO CONCEPTUAL	48

	Pág.
2.3 MARCO LEGAL	51
3. DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS	53
3.1 TIPO DE ESTUDIO	53
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	54
3.3 PROCEDIMIENTOS Y METODOS	56
4. PROYECTO SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.	57
4.1 DIAGNOSTICO DE VANCE EN IMPLEMENTACION SOGCS.	57
4.2. IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES, AMENAZAS, DEBILIDADES Y FORTALEZAS PASTO SALUD ESE.	79
4.3 PLAN DE ACCIÓN SOGCS. PASTO SALUD ESE.	83
4.3.1 Cronograma general de actividades.	84
4.3.2 Creación del comité de calidad de la empresa social del estado Pasto Salud ESE.	84
4.3.3 Compromiso formal de la alta dirección con el SGC.	86
4.3.4 Socialización Sistema de Gestión de Calidad.	87
4.3.4.1 Propuesta de la política de Calidad.	88
4.3.4.2 Conformación del Comité de Gestión de Calida.	90
4.3.4.3 Visión.	91
4.3.4.4 Misión.	91
4.3.4.5 Política de Calidad.	91
4.3.4.6 Objetivo de Calidad.	91
4.3.5 Mapa de procesos de la empresa social del estado Pasto Salud ESE.	92

	Pág.
4.3.5.1 Contenido manual de procesos y subprocesos.	93
4.3.6 Ficha técnica y diligenciamiento de ficha técnica de procesos.	99
4.3.7 Identificación de mapa de riesgos de Pasto Salud ESE.	103
4.3.8 Políticas de comunicación pública del SGC.	116
4.3.8.1 Estrategias del Comunicación.	117
4.3.8.2 Políticas Misionales.	118
4.3.10 Interrelación de proceso y requisitos de la norma NTC GP 1000 2004.	119
4.3.11 Indicadores de calidad circular 049 Super Salud.	124
5 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	127
5.1 CRONOGRAMA	128
5.2 PRESUPUESTO	129
6 CONCLUSIONES	130
7 RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFIA	132
ANEXOS	133

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Total de trabajadores que conocen los componentes de la plataforma estratégica de la empresa.	58
Gráfico 2. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los componentes de la plataforma estratégica de la empresa	58
Gráfico 3. Total de trabajadores que conocen los principios corporativos que rigen la empresa.	59
Gráfico 4. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los principios corporativos que rigen la empresa	59
Gráfico 5. Total de trabajadores que conocen los objetivos corporativos que rigen la empresa	60
Gráfico 6. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los objetivos corporativos que rigen la empresa	60
Gráfico 7. Total de trabajadores que afirman que la empresa si ha generado espacios y mecanismos para conocer la plataforma estratégica de la empresa	61
Gráfico 8. Total de trabajadores que conoce el código de Ética	61
Gráfico 9. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente el código de Ética	62
Gráfico 10. Total de trabajadores que conocen el protocolo de atención al usuarios	62
Gráfico 11. Total de trabajadores que conocen los componentes del protocolo de atención al usuario	63
Gráfico 12. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los componentes del protocolo de atención al usuario	63
Gráfico 13. Total de trabajadores que afirma que la empresa les ha informado sobre Políticas, Planes, Programas, y proyectos que adelanta la empresa.	64
Gráfico 14. Total de trabajadores que conoce el portafolio de servicios.	65

Gráfico 15. Total de trabajadores que describe satisfactoriamente el portafolio de servicios de la empresa	65
Gráfico 16. Total de trabajadores que socializa y aplica las capacitaciones	65
Gráfico 17. Estratégias que utilizan los funcionarios y contratistas para socializar las capacitaciones que la empresa les brinda.	66
Gráfico 18. Total de trabajadores que ha tenido inconvenientes para asistir a las capacitaciones que brinda la empresa	66
Gráfico 19. Razones para no asistir a las capacitaciones que brinda la empresa	67
Gráfico 20. Total de trabajadores que piensan que la empresa a generado espacios y mecanismos para mantener capacitados a sus trabajadores	67
Gráfico 21. Total de trabajadores que piensan que la empresa si a generado espacios y mecanismos para socializar los proceso y procedimiento, manuales, guías, protocolos que la rigen y que obligatoriamente deben cumplir	68
Gráfico 22. Total de trabajadores que piensan que conocen los manuales, guías y protocolos que rigen la empresa	68
Gráfico.23. Total de trabajadores que conoce su contrato laboral y manual de funciones.	69
Gráfico 24. . Total de trabajadores que conocen la estructura organizacional, las funciones y competencias de cada área	69
Gráfico 25. Total de trabajadores que consideran que la empresa a generado espacios y mecanismos para conocer los derechos y deberes de los usuarios	70
Gráfico 26. Total de trabajadores que piensan que la empresa realiza un manejo adecuado cuando existen conflictos laborales	70
Gráfico 27. Total de trabajadores que recibió inducción al ingresar a la empresa.	71
Gráfico 28. Estrategia para retroalimentar y brindar información.	71

	Pág.
Gráfico 29. Total de trabajadores que considera que sus compañeros conocen sobre política, objetivos, planes programas y proyectos de la empresa	72
Gráfico 30. Total de trabajadores que considera haber dado a conocer a los usuarios sus derechos y deberes	72
Gráfico 31. Total de trabajadores que considera que sus compañeros brindan una atención con calidad a los usuarios	73
Gráfico 32. Total de trabajadores que considera que sus compañeros informan adecuadamente los servicios que se prestan en la empresa	73
Gráfico 33. Total de trabajadores que considera que sus compañeros informan adecuadamente los horarios de atención	74
Gráfico 34. Total de trabajadores que considera que sus compañeros informan de adecuadamente a los usuarios sobre la documentación necesaria del servicio	74
Gráfico 35. Total de trabajadores que considera que sus compañeros orientan adecuadamente las dudas de los usuarios	75
Gráfica 36. Total de trabajadores que conocen las funciones de la liga de usuarios del sector salud	75
Gráfica 37. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente las funciones de la liga de usuarios del sector salud	76
Gráfico 38. Total de trabajadores que considera que la atención en salud prestada por la IPS es buena	76
Gráfico 39. Total de trabajadores que considera que la cartelera de la IPS cumple con su función de informa y comunicar	77
Gráfico 40. Total de trabajadores que considera que las capacitaciones son las solicitadas por el personal	77
Gráfico 41 Cronograma general de actividades proyecto de calidad	84
Gráfico 42. Mapa de proceso de Pasto salud ESE.	92
Gráfico 43. Tabulación Encuesta Estilo de Dirección Administrativo	116

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Números aleatorios para determinar la muestra	55
Tabla 2. Factores externos oportunidades vrs amenazas Pasto Salud ESE.	79
Tabal 3. Factores internos debilidades vrs fortalezas Pasto Salud ESE.	80
Tabla 4. Matriz de impactos DOFA factores claves Pasto Salud ESE.	82
Tabla 5. Matriz de Plan de Acción. Requisito NTC GP 1000-2004.	83
Tabla 6. Macro procesos Estratégicos	93
Tabla 7. Macro procesos Misionales	93
Tabla 8. Macro procesos de Apoyo	94
Tabla 9. Macro procesos de Evaluación y Seguimiento.	97
Tabla 10. Nuevos procesos y subprocesos Pasto Salud ESE.	98
Tabla 11. Identificación de riesgos proceso consulta externa extramural.	103
Tabla 12. Identificación de riesgos proceso consulta externa.	104
Tabla 13. Identificación de riesgos proceso urgencias.	105
Tabla 14. Identificación de riesgos de consulta de historias clínicas.	106
Tabla 15. Identificación de riesgos proceso apoyo diagnostico.	107
Tabla 16. Identificación de riesgos proceso consulta odontológica	109
Tabla 17. Identificación de riesgos proceso partos.	110
Tabla 18 Identificación de riesgos subproceso consulta externa	111
Tabla 19. Identificación de riesgos proceso servicio farmacéutico.	114
Tabla 20. Identificación de riesgos subproceso cirugía ambulatoria.	115
Tabla 21. Interrelación entre procesos y requisito NTC GP 1000-2004.	119
Tabla 22 Matriz de indicadores de calidad circular 049 super salud.	124

TABLA DE ANEXOS

ANEXO A. Formato de encuesta sistema obligatorio de garantía de calidad.

ANEXO B. Entrevista de implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad.

ANEXO C. Localización Geográfica de los Centros y Puestos de Salud sector Urbano del Municipio de San Juan de Pasto.

ANEXO D. Localización Geográfica de los Centros y Puestos de salud sector Rural del Municipio de San Juan de Pasto.

ANEXO E. Localización Geográfica del municipio de San Juan de Pasto y el departamento de Nariño.

ANEXO F. Resolución 0673 Por medio del cual se adopta la NTC GP 1000: 2004.

ANEXO G. Mapa de procesos de Pasto Salud ESE.

ANEXO H. Matriz de Comunicación.

ANEXO I. Ficha de caracterización de proceso y subproceso.

INTRODUCCION

En Colombia el sistema general de seguridad social en salud, es uno de los más complejos y dinámicos; por el conjunto de normas, instituciones, requisitos, mecanismos, procesos y subprocesos que se desarrollan al interior el sector de la salud. El cual debe alcanzar un óptimo de calidad en las características de accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad y pertinencia en la atención en salud y el respeto por la dignidad humana.

Este informe denominado. “SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD. EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. PASTO SALUD ESE., Es el resultado activo, vivencial y colectivo de los funcionarios públicos vinculados a la empresa, quienes participaron con sus experiencias, elementos conceptuales y aportes de nuevas ideas, para ser claros en los consensos, precisos en los conceptos y compromisos posteriores; así como en la autodisciplina para cumplir con los acuerdos.

A partir de la expedición de la norma técnica de calidad NTC ISO 9000 en 1987; las empresas privadas comenzaron a utilizar este modelo para disponer de metodologías que le permitieran mejorar continuamente sus productos y servicios en el marco a la satisfacción de los clientes o usuarios.

En diciembre de 2003; el Congreso de la República expidió la ley 872. Por el cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público. El Departamento de la Función Pública expidió el decreto 4110 del 10 de diciembre de 2004. Por el cual se reglamenta la ley 872 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP 1000:2004). La cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener el SGC., en las Empresas del Estado y dos años mas tarde el Ministerio de la Protección Social expide el decreto 1011 del 3 de abril 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud; que en forma explícita hace referencia a las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.

La aplicación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en las y empresas públicas anteriormente relacionadas, es responsabilidad del gerente, jefes de cada área y directores así como de todos los funcionarios públicos adscriptos a la empresa.

La aplicación de los lineamientos básicos de la norma técnica de calidad permitirá que los servidores públicos, usuario y autoridades de control sean los responsables de que día a día la atención en salud sea con los mejores estándares de calidad en beneficio de los usuarios.

El diagnóstico corresponde a una evaluación interna del estado de la empresa respecto a los requisitos de la norma NTCGP1000:2004; es la fase inicial del proyecto la cual se convierte en la radiografía de la entidad respecto al grado de aplicación de la norma y corresponde a una serie de actividades de información sobre la entidad acerca del estado actual de su Sistema de Gestión de la Calidad y se convierte a su vez en el insumo clave para realizar la planeación de la implementación.

En la planeación se determinan las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre lo que tiene la entidad y lo que debe tener según la norma NTCGP1000:2004. El producto resultante de la misma es un plan detallado de actividades que identifica entradas actividades específicas y salidas de un producto conforme a la norma.

En la fase de diseño se cumple con los requisitos establecidos en la norma NTCGP1000:2004. En esta fase se realiza la identificación y definición del mapa de procesos, la interacción entre estos, elaboración del soporte documental (planes de mejoramiento, formatos, entre otros) requeridos de la norma.

En la implementación se socializa y aplica de todo el soporte documental aprobado por el comité de coordinador de calidad y elaborado en la fase de diseño. Es importante que los funcionarios conozcan y participen activamente en la implementación del SOGCS; para esto se realizaron jornadas de capacitación y sensibilización a través del desarrollo de actividades lúdicas a todos los servidores públicos de la Entidad.

Por su puesto, el sistema de atención en salud, como todo sistema vivo, está en continuo proceso de cambio, en un proceso de reforma continua y requerirá nuevos instrumentos de gestión para cada circunstancia y nuevas soluciones para cada problema. Lo importante es saber mantener una actitud abierta al cambio y mejoramiento continuo con una visión y misión positiva para mejorar en el corto plazo.

Desde el nivel de la ciudadanía, la empresa Pasto salud ESE., entiende que la participación proactiva y estructurada de los usuarios es una herramienta fundamental para evaluar la calidad, dado que su papel no sólo es el de receptor de los beneficios, sino el de regulador del sistema. Su elección debe fomentar la competencia y promover la calidad en atención en el primer nivel de atención en el sector urbano y rural del municipio de Pasto.

1.MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

La calidad, orientada al mejoramiento continuo de los procesos y subprocesos en la Empresa Social de Estado, Pasto Salud ESE.

1.2 TITULO

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. En la Empresa Social del Estado, Pasto Salud ESE.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Antecedentes. Después de Quince (15) años de estar en vigencia el actual sistema de seguridad social en salud en Colombia con la ley 100 de 1993, se observa que el panorama de la salud pública se ha deteriorado y enfermedades de impacto social como la tuberculosis, la hipertensión arterial, la lepra, las de transmisión sexual, el paludismo, la rabia entre otras que se tenían controladas, en otrora han vuelto a emerger, convirtiéndose en las primeras causas de consulta y muerte, especialmente en la población con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas¹.

Tres (3) Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPSS), le negaron atención medico sanitarias a un niño de once (11) años el cual fue victima del “paseo de la muerte” Lo que comenzó como una simple fiebre, una semana antes, termino en tragedia.

La madre cuenta que los médicos del centro de salud más cercano donde llevo con su niño en brazos no lograron encontrar la causa de la fiebre. “Me dijeron que era una fiebre común y pasajera, el niño empezó a delirar y en el centro de salud, solo me recetaron antibióticos y calmantes y nos regresaron a la casa. Cuando la salud de mi hijo nuevamente se quebranto lo llevé de urgencias a otra clínica que me exigió un deposito de cinco millones de pesos (5'000.000); para internarlo en una unidad de cuidados intensivos, Como no tenia esa cantidad de dinero, el niño fue remitido a otra institución de la red pública que no tenían habilitado el servicio” El drama se agravó cuando la Empresa Promotora de Salud a la que su madre estaba afiliada no autorizo el traslado a una clínica privada donde le prestarían el servicio”. La madre desesperada amenazaba con demandar a las tres (3) instituciones e interponer una acción de tutela para que el niño fuera atendido de manera urgente en una clínica privada del sector, sin lograr mayor reacción de los médicos de turno.”

No lo mato en primera instancia la fiebre mal diagnosticada por los médicos de turno de la IPS, sino la indolencia de la red de urgencias y EPS que no lo atendió y lo estabilizo de manera oportuna para su traslado a otras IPSS de la disminuida red de salud pública del municipio.².

El boom de las teorías de la calidad en la administración de los servicios de salud y hospitalarios en Colombia fue utilizado como una tabla de salvación, ante la glo-

¹ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Conformación de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Publica. San Juan de Pasto: IDSN., 2004. p. 13.

² SANTOS SALAS, Mauricio. El paseo de la muerte. En: Periódico el tiempo, Cali (04, Mar., 2006); p. 12B

balización de la economía y libre mercado y no una acción voluntaria y constante del sector salud.

El sistema general de seguridad social en salud en el primer nivel de atención del municipio de Pasto muestra grandes dificultades en materia de accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad en la atención básica en salud. Con estas “modas administrativas” solo se han logrado cambios puntuales y no estructurales que de por sí no se sostienen en el tiempo, ni profundizan sobre los verdaderos aspectos de la calidad en la atención en salud. Convirtiéndose en intentos parciales y desintegrados que obedecen más a satisfacer el ego gerencial de unos, que a una positiva transformación del actual sistema de salud³.

Las políticas neoliberales generaron cambios fundamentales debido a la pérdida de vista de la misión en marcada en la ley 100 de 1993 que surgió, entre otras razones, por la necesidad de integrar las diferentes clínicas y hospitales como (IPS); y las aseguradoras como (EPS), bajo un mismo marco legal y con parámetros de competencia, para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, de manera que los usuarios pudieran acudir a cualquiera de aquellas, en busca de su salud, de acuerdo con los principios de cobertura familiar, libre escogencia, oportunidad y continuidad, que entre otros ha consagrado la legislación Colombiana en materia de seguridad social en salud.

La demanda de los servicios que día a día requiere la población exige inevitablemente, el un gigantesco flujo de millonarios recursos económicos que nutren el sistema general en salud, lo cual representa un enorme atractivo para cada uno de los actores que intervienen en el sistema, quienes de una u otra manera intentan permanentemente, quedarse con la mayor parte de los recursos. El Estado por una parte, procura no gastar mucho buscando excedentes para la atención de población pobre según el art. 157 de la ley 100.

Las EPS tanto de régimen contributivo como subsidiado, pretenden lucrarse con el mayor de las “utilidades” obtenidas de la acción parcial de sus obligaciones. Las IPS, restringen sus servicios y atenciones, mediante maniobras de selección, en busca de la mayor rentabilidad económica en beneficio propio. Esta conducta persecutora de los dineros destinado a la salud de los Colombianos, ha permitido que los usuarios, los más importantes actores del sistema SGSS resulten afectados, porque no obstante la existencia del plan obligatorio de salud (POS) y el plan de Atención Básica (PAB); no acceden plenamente a ellos, debido a la mezquindad de los demás actores del sistema general de seguridad social.⁴

1.3.2 Situación actual. La Salud ante todo se convierte en un indicador de desarrollo humano, social y económico del municipio de San Juan de Pasto, por lo ante-

³ NADAL, María Luisa. Manual de Administración Sanitaria. Gestión de la Calidad. Madrid: Días de Santos, 1998. p 401.

⁴ Ibid., p.402

rior la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E, debe constituirse en una institución líder y aliada de los propósitos y propuestas del desarrollo regional y local.

Mediante Acuerdo 04 del 13 de Febrero de 2006, emanado por el honorable Concejo Municipal de Pasto, Se crea la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE. cuyo objeto social es la prestación del servicio público de salud, como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el primer nivel de complejidad, sin perjuicio que pueda prestar otros servicios de salud de mayor complejidad, que contribuyan a su desarrollo y financiación conforme a las disposiciones y competencias constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, o que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de la población en su área de influencia, acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico con sujeción a los planes de desarrollo nacional, departamental, municipal y a los criterios operacionales de la red de servicios del departamento de Nariño⁵

PASTO SALUD ESE. tiene su domicilio principal en el municipio de San Juan Pasto e inicia su operatividad a partir del 16 de agosto de 2006. Presta sus servicios en todo el Municipio a través de la red de prestadores de servicios. Sin embargo, podrá prestar sus servicios en otros municipios del departamento, previo cumplimiento de los requisitos legales⁶.

La red de IPSS de PASTO SALUD E.S.E, presta los siguientes servicios de salud: Medicina General, Odontología General, Higiene oral, Enfermería, Urgencias Baja Complejidad, Atención de Partos, Cirugía Ambulatoria, Promoción y Prevención, Vacunación, Servicio Farmacéutico, Laboratorio Clínico, Traslado Básico Asistencial, Imaginología.

Con el fin de garantizar mayor oportunidad, accesibilidad y comodidad a los usuarios, la Empresa, pretende realizar obras de mejoramiento en la infraestructura física institucional, especialmente en los servicios de Urgencias, Salas de Partos, Hospitalización, y Consulta Externa, inversión que se pretende realizar durante el periodo de administración del Doctor Edison Benavides 2008-2011⁷.

⁵ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E Plan de Gestión Institucional 2008-2011. San Juan de Pasto: s.n. 2008. p. 7.

⁶ Ibid., p.10.

⁷ Ibid., p 18.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La red de centro y puestos de salud de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE., del municipio de San Juan Pasto, presenta problemas en materia de calidad, deshumanización, accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad en la atención básica en salud?

1. ¿Cuál es el avance en la implementación de la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública (NTCGP 1000: 2004) y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud (Decreto 1011 del 3 abril 2006). En la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE?

2. ¿Cuál es la estructura documental para la implementación de la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública (NTCGP 1000: 2004) y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud (Decreto 1011 del 3 abril 2006). En la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE?

3. ¿Cuál es la metodología para implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud. (Decreto 1011 del 3 abril 2006). En la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE., y Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública (NTCGP 1000: 2004)?

4. ¿Cuál es el grado de ejecución de todo lo planeado, documentado y aprobado por el comité de calidad de la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE. Con el fin de evaluar los resultados y efectuar acciones de retroalimentación de cumplan con la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública (NTCGP 1000: 2004) y (Decreto 1011 del 3 abril 2006) cumplan con la SOGCS?

1.5 JUSTIFICACIÓN

En la reciente creación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E como una empresa pública descentralizada del orden local con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa adscrita a la Dirección Municipal de salud de conformidad con las leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, que la reglamentan.

En la participación, directa como colaborador en la oficina asesora de planeación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E; para avanzar y consolidar, los conocimientos teóricos y prácticos en la formación integral del profesional egresado del programa de Economía. Según convenio de cooperación académica entre la Universidad de Nariño y la empresa.

En la necesidad de implementar una herramienta de gestión sistémica y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional en el marco de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000: 2004. Adoptada mediante decreto 4110 de 2004; en el cual se determinan las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad en las empresa públicas obligadas conforme al artículo 2° de la ley 872 de 2003; el cual debe implementarse hasta el día 8 de diciembre de 2008; en todas las instituciones del Estado.

En el entendimiento, de que la planeación, la acción, el control, la estrategia, la gestión y la evaluación en las empresa del Estado se debe orientar en el que hacer en el corto, mediano y largo plazo, para lograr, fundamentalmente, el objetivo del “óptimo de Calidad”: que no es más, que el ideal del sistema que oriente el desarrollo de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. Hacia el logro de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado, dentro de un proyecto viable de financiación teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr afecto la satisfacción de los usuarios.

En la creación, de un documento para la recopilación y análisis la información de campo a partir de la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos los cuales están enmarcados en el plan de gestión institucional que hace parte integral de este documento, enfocado al mejoramiento continuo de la institución en el marco de la Ley 872 de 2003, decreto 4110 de 2004; Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública NTCGP 1000: 2004 y Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General. Documentar la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, en la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE., del municipio de Pasto. En el marco ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004; por el cual se adopta la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública (NTCGP 1000: 2004) y Decreto 1011 del 3 abril 2006; por el cual se adopta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. (SOGCS)

1.5.2 Objetivo Específicos.

1. Realizar un diagnostico para establecer el grado de cumplimiento y avance en la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, en la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE. En el marco ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004; por el cual se adopta la NTCGP 1000:2004 y Decreto 1011 del 3 abril 2006; por el cual se adopta el SOGCS.

2. Identificar y analizar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE., para cumplimiento lo dispuesto, ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004. (NTCGP 1000: 2004) y Decreto 1011 de 2006. (SOGCS).

3. Establecer el plan de acción que contenga, básicamente unas entradas, unas actividades y unas salidas, de tal manera que se permita visualizar en forma didáctica y objetiva lo que se documento y pretende implementar según lo dispuesto, ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004. (NTCGP 1000: 2004) y Decreto 1011 de 2006. (SOGCS).

4. Apoyar la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad, en la Empresa Social del Estado. Pasto Salud ESE. En el marco de la ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004; (NTCGP 1000: 2004) y Decreto 1011 del 3 abril 2006 (SOGCS).

5. Publicar un informe orientado al mejoramiento continuo de procesos y subprocesos. Con sus respectivas conclusiones y recomendaciones en el marco de la Ley 872 de 2003, decreto 4110 de 2004; (NTCGP 1000: 2004) y Decreto 1011 del 3 abril 2006. (SOGCS).

1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.6.1 Universo del estudio. Todos los Funcionarios públicos de planta y contratistas que prestan sus servicios a la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. y que fueron reportados según planilla de pago del mes de abril de 2008; donde se registro una población total de 784 servidores públicos.

1.6.2 Espacio Geográfico. La sede Administrativa de la Empresa Social del Estado Pasto Salud. ESE. Esta ubicada en la Carrera 20 No. 19B - 22 centro y tiene los siguientes puntos de atención en el sector urbano y rural del municipio de Pasto.

Red Norte:

Hospital Local Civil Carrera 24 con Calle 27 esquina. Teléfonos: 7213912

Centro de Salud Primero De Mayo Barrio Aranda - Teléfono: 7230026

Centro de Salud Pandiaco Calle 19 con Carrera 44 esquina. - Teléfono: 7313040

Puesto de Salud Morasurco Morasurco Centro Rural.

Puesto de Salud Buesaquillo Vereda Alianza - Buesaquillo Rural.

Red Sur:

Centro Hospital La Rosa Diagonal 12ª No 3ª - 19 B/ La Rosa

Teléfonos: 7201564 - 7215942 - 7201416 FAX 110

Unidad Móvil equipada para la promoción y prevención y de visita en los barrios.

Centro de Salud El Progreso Carrera 7B No. 14b-08. Teléfonos: 7 21 59 42

Centro de Salud Catambuco Corregimiento Catambuco. Rural.

Centro de Salud Santa Bárbara Corregimiento Santa Bárbara. Rural.

Centro de Salud Gualmatán Vereda Gualmatán - centro Rural.

Puesto de Salud Las Iglesias Vereda Las Iglesias Rural

Red Oriente:

Centro de Salud Lorenzo Calle 18 con Carrera 3 esquina. - Teléfonos: 7321765

Puesto de Salud El Rosario Barrio El Rosario - Teléfono: 7325742

Centro de Salud El Encano Corregimiento El Encano - Centro Rural.

Puesto de Salud La Laguna La Laguna Rural

Centro. Centro de Salud Cabrera Vereda Cabrera Rural

Puesto de Salud Oral Mis Kikes Barrio Arnulfo Guerrero

Red Occidente:

Centro de Salud Tamasagra Calle 8S No. 22b-95 - Teléfonos: 7223463-7230959

Centro de Salud San Vicente Calle 5 con Carrera 35. Teléfonos: 7230132.

Puesto de Salud Obonuco Vereda Obonuco - Centro - Teléfono: 7334295

Puesto de Salud Mapachico Vereda Mapachico - Centro - Teléfono: 7232126

Puesto de Salud Villamaría Vereda Villamaría

Centro de Salud Genoy Corregimiento Genoy - Centro - Teléfono: 7232125

1.6.3 Espacio Temporal. Este estudio académico y de análisis, abarca dos (2) años de la creación de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE y se realizara en diez (10) meses de la administración del Doctor Tomas Edison Benavides Gonzáles. Actual gerente de la Empresa Social del Estado Pasto salud ESE elegido para el período 2008- 2011.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEORICO

La documentación para la calidad surgió primero en el campo de la industria y posteriormente se extendió al campo de los servicios. Pero los servicios de salud tienen ciertas características que los diferencian del resto de los servicios.

En primer lugar, el usuario de los servicios de salud no es exactamente como un cliente de la industria que compra un electrodoméstico y decide su marca color y modelo, en consecuencia, cuánto está dispuesto a pagar y si lo hace a plazos o de contado, dónde quiere comprar y en qué momento, si antes de compra el carro o después de comprar su televisor.

El usuario de los servicios de salud, no tiene opción a elegir, tampoco puede opinar sobre su recuperación y desde luego, tampoco puede elegir donde o quien le puede operar, no puede escoger entre un presupuesto u otro, incluso cuando se paga con antelación o no pague nunca y desde luego tampoco puede elegir qué tener antes la apendicitis o la úlcera.

Cuando una empresa suministra un producto defectuoso, puede ordenar no seguir la distribución y recoger los que se encuentren en el mercado. Si un juez emite un fallo con el que no estamos de acuerdo se puede apelar. Los servicios de salud en cambio se producen simultáneamente a su consumo y es muy difícil retornar a su sitio un apéndice erróneamente extirpado.

Finalmente, en el mundo de la industria se tiene muy claro que quien la sostiene es el cliente y por tanto hay que emprender acciones y estrategias dirigidas a atraerlo, no sólo desde el punto de vista de convertirlo en cliente de un determinado producto a quien no lo es sino también desde el punto de vista de que la persona se haga cliente de una empresa y no de la competencia, dado que la supervivencia depende del número de clientes que tiene cada producto. En los servicios de salud, el número de usuarios está dada globalmente; con el sistema público en salud incluso puede sobrepasar la propia capacidad instalada y además, de tener el mismo nivel de exigencia el usuario acatarrado y aquel que necesita un trasplante hepático. Uno de los objetivos de los sistemas de salud debe ser que el usuario deje de serlo, es decir que no enferme.⁸

⁸ LAMATA COTANDO, Fernando et al. La Administración y Gestión Sanitaria. 2 ed. España: Días de Santos, 1998. p 402.

El concepto de Calidad se ha desarrollado de manera paralela a diferentes enfoques gerenciales. De ahí que se pueda concluir que la calidad demanda forzosamente un estilo gerencial participativo y que tenga como uno de sus principales valores al trabajo en equipo⁹

En Estados Unidos, los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad total son: Armand V. Feigenbaum, Edwards W. Deming, Philip B. Crosby, Joseph M. Juran. Y en el Japón encontramos a: Kaoru Ishikawa, Shegeru Mizuno.

En 1945, Armand V Feigebaum publica su artículo "la calidad como gestión", donde describe la aplicación del concepto de calidad en diferentes áreas de las General Electric¹⁰.

En 1950, Edward Deming, quien había participado dos años antes en un estudio sobre el Japón encargado por el gobierno estadounidense, dicta su primera conferencia a industriales de ese país, destacando la aplicación de métodos estadísticos en el control de la calidad¹¹.

En 1961, Philip Crosby lanza el concepto de cero defectos, enfatizando la participación del recurso humano, dado que se considera que las fallas vienen de errores del ser humano. Sin embargo, en los Estados Unidos, la importancia de calidad como un elemento clave de la competitividad no logra captarse por completo hasta finales de los años setenta (70s) cuando empieza a ser manifiesta la exitosa presencia japonesa en el mercado norteamericano¹².

Esto ha implicado entender que el concepto de calidad va mas allá del simple cumplimiento de ciertas normas o especificaciones del producto o servicio, pues esto no asegura que el cliente o usuario este satisfecho. Un producto o un servicio será de calidad cuando logre satisfacer las necesidades, expectativas o requerimientos del consumidor; por ende, será él quien establezca los parámetros y alcances de una optima calidad en el servicio o producto. A su vez, la calidad no debe concebirse como un status. Si no como un proceso de cambio de actitud para el mejoramiento continuo.

La calidad total como estrategia de competitividad, ha evolucionado a través de cuatro eras: la primera de inspección (siglo XIX) que se caracterizó por la detección y solución de los problemas por la falta de uniformidad del producto; la segunda era es la del control estadístico del proceso (década de los treinta), enfoca-

9 ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. [correo electrónico] danielrora@todito.com Disponible en internet: <http://www.gestiopolis.com/> [Octubre 2003], p 4.

10 Ibid.; p 6

11 Ibid., p 8

12 Ibid., p 10

da al control de los procesos y subprocesos con aplicación de métodos estadísticos para el mismo fin y para la reducción de los niveles de inspección. La tercera era es la del aseguramiento de la calidad (década de los cincuenta), que es cuando surge la obligatoriedad y la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la organización en diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad; y la cuarta la era de la administración estratégica por calidad total (década de los noventa), donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad en el proceso de competitividad del producto o servicio.¹³.

El concepto de administración por calidad total (T Q C por sus siglas en inglés) se ha convertido en el pilar fundamental de las empresas para enfrentar el reto de cambio en el libre mercado y globalización de la economía.

Todo este proceso de constantes cambios empezó a tomar importancia al término de la Segunda Guerra Mundial y, en forma curiosa, son los países más directamente involucrados en ese conflicto quienes hoy entablan una férrea lucha por dominar los mercados mundiales, además de que han generado el conocimiento más importante del que se dispone para la administración y operación de organizaciones altamente competitivas con calidad.

La teoría de la calidad total no es un concepto completamente original en el campo de la administración de negocios, ya que tiene sus raíces en otros campos de esta área como: el desarrollo organizacional, las teorías de la motivación y comportamiento humano, la teoría del liderazgo, la administración científica, la cultura corporativa, el involucramiento de los empleados en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la organización matricial y muchos otros. Sin embargo, los principales autores en calidad total han tomado algunos de estos conceptos y los han integrado a otros aportados por ellos para crear lo que podríamos llamar la teoría de la calidad total¹⁴.

Los conceptos de calidad¹⁵.

1. Basado en el valor:

“Calidad significa lo mejor para ciertas condiciones del cliente. Estas condiciones son:

a) El uso actual y b) el precio de venta del producto”.

Armand V. Feigenbaum

¹³ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. Cit., p. 10

¹⁴ Ibid., p. 11.

¹⁵ Ibid , p. 12.

2. Basadas en la fabricación:

“Calidad (significa) conformidad con los requisitos”

Philip B. Crosby.

3. Basadas en el cliente interno y externo.

“Calidad es aptitud para el uso”

Joseph .M Juran.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Deming enseñó a los técnicos e ingenieros americanos estadísticas que pudieran mejorar la calidad de los materiales de guerra. Fue este trabajo el que atrajo la atención de los japoneses. En Julio de 1950, Deming se reunió con los japoneses quienes lo presentaron con los administradores principales de las compañías japonesas. Durante los próximos treinta años, Deming dedicaría su tiempo y esfuerzo a la enseñanza de los Japoneses y “transformo su reputación en la producción de un motivo de risa a un motivo de admiración y elogio”¹⁶.

¿Por que fue Deming un éxito en Japón y desconocido en América? Deming fue invitado a Japón cuando su industria y economía se encontraba en crisis. Ellos escucharon. Ellos cambiaron su forma de pensar, su estilo de administrar, su trato a los empleados y tomaron su tiempo. Al seguir la filosofía de Deming, los japoneses giraron su economía y productividad por completo para convertirse en los líderes del mercado mundial. Tan impresionados por este cambio, el Emperador Horohito condecoró a Deming con la Medalla del Tesoro Sagrado de Japón en su Segundo Grado. La mención decía “El pueblo de Japón atribuyen el renacimiento de la industria Japonesa y su éxito mundial a Deming”¹⁷.

No fue sino hasta la transmisión de un documental por NBC en Junio de 1980, detallando el éxito industrial de Japón que las corporaciones Americanas prestaron atención. Los presidentes de las corporaciones comenzaron a consultar con Deming acerca de negocios y encontraron que las soluciones rápidas y fáciles típicas de las corporaciones Americanas no funcionaron ni funcionarían en tiempos se crisis¹⁸.

Los principios de Deming establecían que mediante el uso de mediciones estadísticas, una compañía en particular lograría desarrollar diferentes maneras para mejorar un sistema y estarían en posición de mantenerse a la par con los constantes cambios del entorno económico mundial.

¹⁶ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit.,p 11.

¹⁷ Ibid.; p 13.

¹⁸ Ibid.; p 14.

Edwards W. Deming revolucionó la gestión en las empresas de fabricación y de servicios al insistir en que la alta dirección es responsable de la mejora continua de la calidad; conocido internacionalmente como consultor, cuyos trabajos introdujeron en la industria japonesa los nuevos principios de la gestión, revolucionaron su calidad y productividad. En agradecimiento a su contribución a la economía japonesa, la Unión de Ciencia e Ingeniería Japonesa (JUSE) instituyó el Premio Anual Deming para las aportaciones a la calidad y fiabilidad de los productos.

Sus aportaciones revolucionaron el estilo de dirección americano y su participación en un programa de televisión que se llamó “Si Japón puede, porque nosotros no”. Y sus seminarios atrajeron la atención de todos los directivos.

Los catorce puntos para la gestión de la calidad, tanto en las pequeñas organizaciones como en las más grandes, en las empresas de servicios y en las dedicadas a la fabricación, sirven para un departamento o para toda la compañía¹⁹.

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto o el servicio.

2. Adoptar la nueva filosofía de Calidad (actitud al mejoramiento continuo)

El mercado globalizado actual no tolera que los productos tengan niveles corrientes; aceptando errores, defectos, materiales no adecuados y personal que no está comprometido con adoptar la nueva filosofía de calidad.

3. Dejar de depender de la inspección en masa para lograr calidad.

Cuando la inspección o supervisión rutinaria es del 100%, es porque se está aceptando la posibilidad de que sigan los errores, esta es costosa e ineficiente. La calidad no se hace con la supervisión final. ya que la identificación, el análisis y el control de los riesgos disminuyen las acciones críticas en la falta de calidad.

4. La práctica de hacer negocios sobre la base del precio solamente. en vez de ello minimizar los costos totales trabajando con un proveedor del producto o servicio.

La nueva tarea del departamento de compras es ahora conocer a sus proveedores, sus productos y calidades, es necesario no sólo que los materiales y componentes sean excelentes cada uno por separado y en el momento de estar juntos, en el proceso de producción para obtener un producto final con calidad óptima, es necesario el seguimiento del material en todo el proceso aún hasta el cliente. Por que no basta con que los materiales se ciñan a las especificaciones y requisiciones exactas para el producto o servicio.²⁰.

¹⁹ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit.,p 15.

²⁰ Ibid., p.14.

5. Mejorar constante y continuamente todos los procesos y subprocesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del servicio o producto.

Cada producto debería ser considerado como si fuese el único; sólo hay una oportunidad de lograr el éxito. La calidad debe incorporarse desde la identificación de las necesidades.

6. Implantar la formación en el trabajo.

La alta dirección necesita formación para aprender todo lo relacionado con la compañía, desde los materiales en recepción hasta el cliente final y satisfecho.

7. Adoptar e implantar el liderazgo.

La labor de la dirección no consiste en supervisar, sino en el liderazgo. La dirección debe trabajar en las fuentes de mejora continua, la idea de calidad del producto y del servicio, en la traducción desde la idea al diseño y al producto real.

8 Desechar el miedo.

Nadie puede dar lo mejor de sí; a menos que se sienta seguro. Seguro significa sin miedo, no tener miedo de expresar las ideas, no tener miedo de hacer preguntas, no tener miedo al nuevo conocimiento; porque existe una resistencia generalizada al saber. Todas las tecnologías nuevas y avances crean un temor y una resistencia en las personas, es un miedo a lo desconocido.

9. Derribar las barreras entre las áreas de la empresa.

Al derribar las barreras se consigue un trabajo en equipo, el cual es necesario en todas las compañías.

10. Eliminar los slogans, exhortaciones.

La mayoría de estos avisos no están dirigidos a las personas adecuadas, se desvía el mensaje y puede crear reacción en las personas a quien no va dirigido. No deben ser sólo para los operarios de producción, ya que para lograr “cero defectos” depende de todo el sistema, es decir de todo el personal de la organización.

El efecto inmediato de una campaña de carteles, exhortaciones y promesas puede ser una mejora efímera de la calidad y productividad, debido al efecto de eliminar algunas causas especiales obvias. Con el tiempo, la mejora se detiene o incluso se invierte. Al final, se reconoce que la campaña ha sido un engaño. La alta dirección tiene que aprender y conocer que la responsabilidad de mejorar el sistema es suya, en cada proceso y/o momento.

11. Eliminar los cupos numéricos para la mano de obra y los objetivos cuantitativos para la alta dirección.

El trabajo a destajo son manifestaciones de la incapacidad de comprender y proporcionar una supervisión adecuada del producto o servicio

Eliminar los objetivos cuantitativos para los altos directivos. Los objetivos internos establecidos en la dirección de una compañía, sin un método, son burlescos. Si se tiene un sistema estable, no tiene sentido especificar un objetivo. Se obtiene lo que el sistema dé. No se puede alcanzar un objetivo que esté por encima de la capacidad del sistema.

12. Eliminar las barreras que privan a las personas de sentirse orgullosas de su trabajo.

La rotación de personal aumenta al aumentar el número de artículos defectuosos y la rotación disminuye cuando los empleados tienen claro que la dirección está mejorando los procesos y subprocesos de la empresa.²¹.

13. Estimular la educación y la auto mejora de todo el personal.

En las organizaciones no sólo necesitan gente buena; sino gente que se prepare y actualice permanentemente. Hay un miedo extendido al saber, pero la competitividad está en el saber. La dirección tiene que aprender, las personas necesitan oportunidades cada vez mayores para añadir y aportar algo ya sea material o espiritual a la sociedad.

14. Poner a trabajar a todo el personal de la empresa para conseguir la transformación.

La dirección debe estar de acuerdo en sacar adelante la nueva filosofía para la Calidad, y romper con los antiguos esquemas y deben explicar por medio de seminarios, capacitaciones a todo el personal por qué es necesario el cambio y su papel o función dentro de este.

Toda actividad, todo trabajo, hace parte del proceso y/o subprocesos de la empresa y debe comenzarse lo más pronto posible. Además todo el mundo puede formar parte de un equipo, el objetivo del equipo es mejorar las entradas y salidas de cualquier etapa, puede conformarse con personas de diferentes áreas de la empresa.

²¹ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit.,p16

Joseph M. Juran. Nació en Estados Unidos, publicó su primer libro en 1951, el manual de Control de Calidad. Total como Deming fue invitado a Japón para dar seminarios y conferencias a altos ejecutivos²².

Sus conferencias tienen un fuerte contenido administrativo, y se enfocan a la planeación, organización y responsabilidades de la administración en la calidad, y en la necesidad que tienen de establecer metas y objetivos para la mejora. Enfatizó que el control de la calidad debe realizarse como una parte integral del control administrativo.

Algunos de sus principios son su definición de la calidad de un producto como “adecuación al uso”; su “trilogía de la calidad”, consistente en planeación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad; el concepto de “autocontrol” y la “secuencia universal de mejoramiento”.

La relación que se da es constructiva sólo cuando se respeta las necesidades de precio, de fecha de entrega y adecuación al uso. Sólo cuando se han cumplido las necesidades y expectativas del cliente se dice que el producto o servicio tiene adecuación para el uso²³.

La adecuación al uso implica todas las características de un producto que el usuario reconoce que lo van a beneficiar. Esta adecuación siempre será determinada por el usuario y nunca por el prestador o proveedor.

La calidad de diseño nos asegura que el producto va a satisfacer las necesidades del usuario y que su diseño contempla el uso que le va a dar. Para poder hacer esto, primero se tiene que llevar a cabo una completa investigación del mercado, para definir las características del producto y las necesidades del cliente.

La calidad de conformidades, tiene que ver con el grado en que el producto o servicio se apegue a las características planeadas y que se cumplan las especificaciones del proceso y de diseño. Para poder lograr esto, debe contar con la tecnología, administración y cantidad de mano de obra óptima capacitada y calificada.

La disponibilidad, es otro factor de la adecuación de la calidad al uso, este se define durante la atención y tiene que ver con el desempeño que tenga y su vida útil. Si demandamos el servicio y falla entonces este no será disponible aunque hubiera sido la mejor opción en el momento de la solicitud del servicio debe servir de manera continua al usuario.

²² ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit., p 17

²³ Ibid., p 19.

El Talento humano de la compañía, debe estar totalmente capacitado y actuar de manera inmediata para poder causar al cliente la sensación de que esta en buenas manos²⁴.

El mejoramiento de la calidad se compone de tres tipos de acciones, según Juran:

- Control de calidad.
- Mejora de nivel o cambio significativo.
- Planeación de la calidad.

Cuando ya existe un proceso se empieza con acciones de control; para mejorar un proceso o subproceso necesitamos primero tenerlo bajo control

Cuando el proceso es nuevo, se inicia con acciones de planeación.

Las acciones de planeación de calidad: Aquí se trabaja para integrar todos los cambios y nuevos diseños de forma permanente a la operación que normalmente llevamos del proceso, pero siempre buscando asegurar no perder lo ganado. Estos cambios pueden ser para satisfacer los nuevos requerimientos que haga el mercado²⁵.

- Planeación de la calidad
- Hay que identificar quien es el cliente.
- Determinar sus necesidades (de los clientes).
- El mapa de la planeación de la calidad
- Traducir las necesidades al lenguaje de la empresa.
- Desarrollar un producto que pueda responder a esas necesidades.
- Optimizar el producto, de manera que cumpla con la empresa y con el cliente.
- Desarrollar un proceso que pueda producir el producto.
- Optimizar dicho proceso.
- Probar que el proceso puede producir el producto en condiciones normales de operación.
- Transferir el proceso a operación.

Deming y Juran sostiene que el 85 % de los problemas de una empresa son culpa y responsabilidad de la alta dirección y no de sus trabajadores, por que son ellos quienes no han podido organizar el trabajo para que los empleados tengan un sistema de autocontrol.

²⁴ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit., p 21

²⁵ Ibid., p 22.

Kaoru Ishikawa: nació en Japón en 1915, y es graduado de la Universidad de Tokio. La teoría de Ishikawa era manufacturar a bajo costo. Dentro de su filosofía de calidad él dice que la calidad debe ser una revolución gerencial.²⁶

Al igual que los dos anteriores, Ishikawa puso especial atención a los métodos estadísticos y prácticos para la industria. Prácticamente su trabajo se basa en la recopilación de datos. Una valiosa aportación de Ishikawa es el diagrama causa-efecto que lleva también su nombre (o de pescado). El diagrama causa-efecto es utilizado como una herramienta que sirve para encontrar, seleccionar y documentarse sobre las causas de variación de calidad en la producción.²⁷

De acuerdo con Ishikawa el control de calidad en Japón, tiene una característica muy peculiar, que es la participación de todos, desde los más altos directivos hasta los empleados de más bajo nivel jerárquico, expuso que el movimiento de calidad debía de imponerse y mostrarse ante todas las áreas de la empresa:

La Norma ISO; se aplica cuando el objetivo es lograr de forma coherente la satisfacción del cliente con los productos o servicios de la organización.

La importancia adquirida por las normas ISO, hasta el punto de ser adoptadas como normas internacionales en más de 100 países; se debe a que aplican a todo tipo de productos: materiales, procesados, servicios, hardware y software, y manejan el tema de sistemas de gestión utilizados por organizaciones en el diseño, producción, entrega y soporte de sus productos; brindando parámetros sobre las características que debe poseer un sistema de gestión de calidad, más no su aplicación; dando de esta manera una característica de flexibilidad en su implementación.

Las normas ISO, son elaboradas y actualizadas por el Comité Técnico de la Organización Internacional de Normalización (ISO), las series iniciales de ISO 9000; se publicaron en 1987. Para el año 1994 la familia de normas ISO 9000 estaba compuesta por tres normas, que representaban un modelo de aseguramiento de la calidad con tres formas distintas de requisitos para demostrar y evaluar la capacidad de un proveedor.

En el año 2000, se realizó una revisión, dando como resultado la integración de las normas ISO 9001/1994, ISO 9002/1994 e ISO 9003/1994, en la ISO 9001/2000. Con esta integración, la norma ISO 9001 pasó de tener (20) elementos a tener ocho (8) elementos, lo que implica que esta contiene procedimientos implícitos. Con esta revisión se le dio mayor importancia al compromiso de la alta dirección, en el desarrollo y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, y en la consideración de requisitos reglamentarios y medibles en los niveles notables de la organización.

²⁶ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit., p 23

²⁷ Ibid., p 24.

En consecuencia la familia de normas ISO se redujo un grupo de normas diseñadas para complementarse entre sí, con estructura y secuencia similares para permitir una fácil transición entre ellas, y a la vez un uso individual de las mismas; cuyo fin es promover la mejora continua y obtener la satisfacción del cliente, por medio de la relación entre la gestión de la calidad con los procesos de la organización²⁸

Se necesita manifestar la capacidad para demostrar la conformidad con los requisitos del usuario, los requisitos reglamentarios aplicables y mejoramiento continuo. Las organizaciones buscan el reconocimiento de su Sistema de Gestión de la Calidad, en un “enfoque basado en procesos”²⁹.

Los ocho (8) principios básicos de la norma ISO 9001 y de gestión de la calidad:

Estos sencillos principios, se consideran básicos en cualquier empresa que quiera perdurar en el mercado.

1. Organización enfocada a los clientes: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
2. Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósitos y dirección de la organización. Deben crear y mantener un ambiente, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.
3. Compromiso: Todo el personal independiente del nivel jerárquico de la organización en el que se encuentre, es la esencial en la organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la misma.
4. Enfoque a procesos: Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.
5. Enfoque del sistema hacia la gestión: Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficacia de una organización.
6. La mejora continua: debe ser el objetivo permanente de la organización.

²⁸ INSTITUTO URUGUAYO DE NORMAS TÉCNICAS. Montevideo, 2004. Disponible en: <http://www.unit.org.uy/ISO9000/actualización> mayo 10 de 2008.

²⁹ MORENO-LUZÓN, PERIS y GONZÁLEZ. Gestión de la Calidad y Diseño de las Organizaciones. Madrid. Op. Cit., p.10

7. Enfoque hacia la toma de decisiones: Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información disponible.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores: Una organización y sus proveedores son independientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor y riqueza.

El establecimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad consiste en la implantación de un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar a los clientes la confianza de que un producto o servicio satisface determinados requisitos de calidad³⁰

El SGC, parte del hecho que las necesidades del cliente pueden ser expresadas en especificaciones técnicas para prestar el servicio. Partiendo de estas especificaciones se elaboran las normas de calidad cuyo cumplimiento asegura que los productos y servicios de la empresa cumplen con los requerimientos del mercado y de los procedimientos establecidos.

Los objetivos que se persiguen con la implantación de las normas son los siguientes:

1. Proporcionarle a la organización elementos que le permitan lograr la calidad en los productos y/o servicios, manteniéndola en el tiempo, brindándole permanente satisfacción a los clientes y usuarios.
2. Establecer directrices que permitan a la organización trabajar de forma sistemática de acuerdo a las normas.
3. Garantizarle a la alta dirección que se está logrando la conformidad con la norma.
4. Ofrecer a clientes y usuarios la seguridad que los productos y servicios se ajustan a unos niveles de calidad establecidos en las normas.
5. Mejorar el desempeño y la productividad al interior de la organización.
6. Ofrecerle a la empresa una serie de estándares que permitan conocer el desempeño de cada uno de los procesos de la empresa.

Para conseguir el objetivo, la norma ISO 9001; se ha planteado una serie de fases que garantizan el correcto funcionamiento del Sistema de Calidad: diagnóstico, planificación, documentación del Sistema, implantación y control y mantenimiento.

³⁰ MORENO-LUZÓN, PERIS y GONZÁLEZ. Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones. Madrid: . Op. Cit., p.16

Simultáneo a estas actividades, se debe realizar la capacitación del personal afectado por el sistema, el correcto desarrollo de cada una de las fases, redundando en el logro de una certificación³¹.

Diagnóstico: implica el análisis profundo de la situación de la empresa en todas sus áreas, detallando los procesos, actividades, recursos, documentos existentes, etc. El objetivo de esta fase es determinar la distancia existente entre el funcionamiento de la empresa y lo propuesto por la norma.

Las grandes actividades de diagnóstico son las siguientes:

1. Recopilación de la información necesaria, externa e interna para conocer en detalle la actividad de la empresa.
2. Análisis de la información recopilada para determinar el nivel de cumplimiento con la norma.
3. Planteamiento del plan de acción a seguir durante la implantación.
4. Planificación: en esta fase se coordina la planeación de la implantación del SGC, indicando funciones concretas, cronogramas y requerimientos de recursos humanos y financieros. Es necesario, que este plan tenga definidos los objetivos, las responsabilidades, disponibilidad de recursos y los procesos de auditorías y certificación.

La sensibilización en el tema de calidad y en los principios de la norma, para afianzar la cultura de la calidad entre los funcionarios, procurando evitar resistencias hacia esta norma, es conveniente comenzar con una sensibilización general frente a la filosofía, propósitos, importancia, ventajas, mejoras que se obtienen en la realización de los procesos, cambios en la cultura y clima organizacional y el compromiso que deben tener todos para alcanzar el éxito en la implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad

La documentación del SGC “Un sistema de aseguramiento de calidad eficaz es aquel que recoge por escrito la forma en que funciona la empresa, por lo tanto el desarrollo del sistema documental es un paso crítico que determinará el éxito de todo el proceso.”

El principal documento que se elabora como constancia escrita del sistema es el Manual de Calidad, que tiene como objetivo describir adecuadamente el SGC, sirviendo de referencia permanente durante la aplicación y mantenimiento del sistema.

³¹ ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. Op. cit., p 27

Puede decirse que el Manual es el documento que contiene la política general de la empresa y los procedimientos que inciden sobre la misma. El contenido general del Manual de Calidad es: política de calidad, distribución de responsabilidades y de poder, relaciones entre los miembros de la organización, procedimientos e instrucciones del SGC y las políticas de revisión y actualización del mismo.

La estructura documental del SGC, consta de tres niveles: Manual de Calidad, Manual de procesos y los instructivos de trabajo:

1. Implementación o puesta en marcha del sistema: una vez se ha logrado terminar la fase de documentación, se puede poner en funcionamiento el Sistema de Gestión de Calidad. Puede hacerse gradualmente, en donde los procesos se diseñan y documentan según su nivel de importancia para la empresa.
2. Control y mantenimiento del sistema: una vez el sistema es establecido debe ser revisado periódicamente para garantizar su correcto funcionamiento o por el contrario determinar modificaciones. El control se realiza en dos vías: a través del análisis de la documentación antes y después de la implantación, identificando oportunidades de mejora, ó, por medio de auditorías internas, encargadas de detectar falencias en el sistema, reportarlas y tomar las medidas necesarias.
3. Las actividades de formación, que son realizadas en paralelo con las fases de implantación del sistema, constan de varias etapas, relacionadas con las de implantación del sistema. La primera de ellas, concientización a los alto directivos en la necesidad de aplicar sistemas de calidad, acompañado con la debida explicación de la normatividad, los pasos a seguir, tiempos requeridos. A continuación de esto, es necesario ofrecer a todo el personal la formación para lograr la correcta implantación del sistema. Otra etapa, incluye la formación específica que recibirán los miembros del equipo responsable de las auditorías internas.

Finalmente, es necesario revisar de forma periódica la experiencia y habilidades de todos los miembros de la organización que tienen tareas que pudieran afectar la calidad, el organismo realiza de forma periódica auditorías de seguimiento reportando las posibles no conformidades encontradas y el plazo para ser corregidas³².

Plantear la estrategia es lograr combinar los puntos fuertes de la compañía con las necesidades identificadas del mercado. Sin embargo, esta combinación es relativa, la competencia puede estar en capacidad de lograr una mejor combinación, haciendo que la empresa con el tiempo esté en desventaja. Es por eso, que una

³² MORENO-LUZÓN, PERIS y GONZÁLEZ. Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones. Madrid: Prenti-Hall, 2001. p. 81-83

estrategia eficaz es la que asegura que la combinación entre las fortalezas de la compañía y las necesidades de los clientes sean más sólidas que la ofrecida por la competencia.

Dado que ningún mercado permanece homogéneo, cada grupo de clientes tiene comportamientos distintos. Por tal razón, una compañía no puede llegar a todos los clientes con la misma efectividad, es necesario hacer una distinción entre los clientes de fácil acceso y aquellos que no lo son.

Para establecer una diferenciación con la competencia, se deberá segmentar el mercado identificando una o más series de clientes dentro de él, concentrando sus esfuerzos en la satisfacción de necesidades de cada uno de ellos³³.

La segmentación del mercado: por objetivos y por cobertura de clientes. La primera es una segmentación basada en los usos que le dan los clientes al producto; la segunda por su parte, está dada por las mismas restricciones de la empresa para poder atender a un vasto grupo de personas con gustos similares; recursos limitados, con clientes altamente dependientes del precio y sensibles a los productos sustitutos, son ejemplos de restricciones que obligan a segmentar por cobertura de clientes.

Una estrategia basada en la corporación, es apalancarse en las fortalezas de la misma, en relación con la competencia, en las áreas funcionales críticas. Estos puntos funcionales críticos, varían ampliamente entre industrias y es necesario tenerlos plenamente identificados para buscar explotarlos en la consecución de participación de mercado. Una empresa que analice a sus clientes y competidores pero no logra reforzar las funciones que le resultan críticas perderá posición y fortaleza en el mercado.

La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en una entidad se plantea como un proyecto, porque se puede dimensionar la real importancia, sus costos, sus beneficios y a su vez establecer controles que permitan evaluar el grado de avance del propósito.

Es conveniente diferenciar el proyecto para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema mismo; esto debido a que en muchas ocasiones se pueden confundir algunas actividades propias del Proyecto con algunas actividades propias del Sistema.

Diferencias entre el proyecto y el sistema de gestión de la calidad.

La máxima autoridad de cada entidad tendrá la responsabilidad de desarrollar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad, por lo tanto,

³³ KENICHI Ohmae, La Mente del Estratega. Estrategias basadas en el cliente. Madrid:Prentice-Hall, 2000. p. 18

el compromiso de la alta dirección será fundamental para lograr el éxito en la implementación del Sistema en armonía con los preceptos legales.

Es importante precisar que el incumplimiento del representante legal en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, la Ley 872 de 2003 lo tipifica como causal de mala conducta.

El representante legal de la entidad designará, mediante acto administrativo interno, a un funcionario del nivel directivo, distinto del Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, como representante de la Dirección para que adelante el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad.

Conformación del equipo de calidad: El representante legal mediante acto administrativo interno conformará el equipo de calidad, el cual lo integraran en lo posible funcionarios de diferentes disciplinas académicas y de la mayor cantidad de áreas de la organización.

Este equipo estará bajo la coordinación del representante de la dirección y será el dinamizador y colaborador en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Capacitación en el tema de calidad: De acuerdo al tipo de Entidad (complejidad y tamaño), se debe buscar el fortalecimiento de los conocimientos en las normas y en temas de gestión de calidad al personal involucrado en el montaje, implementación y mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad como lo son: la dirección, el equipo de calidad, los funcionarios de la Oficina de Control Interno y aquellos que considere la alta dirección que pueden cumplir con el rol de gestores y auditores internos de calidad; de tal forma que este equipo humano básico se consolide como multiplicadores al interior de la entidad en la transmisión del conocimiento a los demás servidores de la entidad.

Elaboración del plan de comunicaciones para el proyecto: La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad es, fundamentalmente un proceso de comunicación, pues a través de él se pretende homologar las mejores prácticas de la Entidad, ponerlas en común entre quienes las deben aplicar y recibir de ellos las propuestas de mejoramiento que permitan que el proyecto de implementación no solo sea exitoso sino participativo.

En ese orden de ideas, el establecimiento de un plan de comunicaciones es una herramienta necesaria para que el sistema se construya con la participación activa de todos los funcionarios y para que la dirección pueda hacer manifiesto su compromiso con la calidad.

Este plan debe además servir de plataforma para que, una vez implementado el sistema, se garantice una comunicación interna que contribuya al mantenimiento y mejoramiento del sistema.

Generalmente el plan de comunicaciones se estructura bajo el modelo: Mensaje-Emisor- Medio-Frecuencia-Perceptor-Respuesta, que describe la secuencia básica de cualquier proceso de comunicación.

Determinación de recursos: La alta dirección deberá prever y proveer los recursos humanos, tecnológicos, físicos, económicos y de infraestructura necesarios para la puesta en marcha e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad.

En la planeación del diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad deberá preverse la complementariedad y articulación de éste con otros sistemas, como son: Sistema de Desarrollo Administrativo, Sistema de Control Interno (Modelo Estándar de Control Interno), Sistema de Información Financiera, Sistema de Carrera Administrativa y demás que hagan parte de la organización; de tal forma que se logren optimizar los recursos y lograr la eficiencia, eficacia y efectividad en la administración de los mismos.

En un proyecto de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se identifican varias fases básicas que se deben desarrollar de manera secuencial y sistemática para lograr el propósito:

El Diagnóstico: Corresponde a una evaluación inicial del estado de la Entidad respecto a los requisitos de las normas.

Planeación: En esta fase se determinan las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre lo que tiene la entidad y lo que debe tener según las normas. El producto resultante de la misma es un plan detallado de entradas actividades y salidas con sus responsables, tiempos de ejecución y plazos.

Diseño: Corresponde a la definición de soluciones para cumplir con los requisitos establecidos en las normas. En esta fase se realiza la identificación y definición del mapa de procesos, la interacción entre estos, elaboración del soporte documental (manual del sistema de gestión de la calidad, planes de calidad, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros) requeridos para dar cumplimiento a dichos requisitos.

Implementación: Se realiza la divulgación y aplicación del soporte documental elaborado en la fase de diseño.

Verificación: El objetivo de ésta fase es evaluar si el SGC ha sido implementado de manera eficaz y cumple los propósitos para el cual fue diseñado. Esto se realiza a través de la auditoría interna de calidad y las demás auditorías externas que la entidad establezca de manera voluntaria, por ejemplo una pre-auditoría a través de una firma externa especializada.

Es conveniente considerar en el proyecto, otros elementos tales como la capacitación del talento humano involucrado directamente en el proceso y subprocesos facilitando la participación.

Gestión del Proyecto: El propósito es realizar el seguimiento administrativo al desarrollo del proyecto, tanto en su avance técnico como económico. Corresponde normalmente a la Alta Dirección realizar las actividades de seguimiento al proyecto y en caso de presentarse dificultades en su ejecución, tomar las medidas necesarias para lograr los objetivos que la Entidad espera alcanzar con el desarrollo del proyecto.

Los recursos más relevantes para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad:

Recursos Humanos: Es necesario prever el tiempo del personal designado para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Las personas a entrevistar deben ser funcionarios de diferentes áreas, claves, conocedores de la entidad, líderes para gestionar los procesos. Este tiempo se debe considerar como parte de los recursos y costos del proyecto.

Recursos Físicos: Es necesario prever el espacio físico y los recursos tecnológicos y de logística necesarios para la implementación del proyecto. Para las entidades que lo requieran identificar necesidades de equipos de inspección y ensayo, control del proceso, o aseguramiento metrológico para cumplir los requisitos de la norma.

Recursos tecnológicos: Considerar la posibilidad de contar al interior de la entidad con el diseño de un aplicativo que administre la documentación, las auditorías y el mejoramiento del sistema.

Es importante dimensionar dentro del proyecto el tiempo de inicio y de finalización, el cual dependerá para su cumplimiento de los recursos humanos que se le asignen, de la complejidad de los procesos de la organización y de los resultados del diagnóstico.

El diagnóstico mide cualitativamente qué tan lejos está la organización de alcanzar los requisitos exigidos por la norma, evaluando tanto su nivel de documentación como de implementación y mejoramiento. Esta etapa corresponde a la realización de la agenda programada del diagnóstico y a la recolección de la información a

través de la aplicación de la encuesta de diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad.

Como parte de este diagnóstico se deben definir ciertos aspectos claves del proyecto:

- • Actividad que desarrolla la Organización.
- • Misión, visión, objetivos.
- • Líneas de producción o de prestación de servicios.
- • Ubicación de las diferentes sedes de la Entidad.
- • Marco legal aplicable.
- • Estructura administrativa y planta de cargos.

La planificación del diagnóstico incluye la definición del objeto, alcance, programa o agenda (personas a entrevistar, entrevistadores, fechas, horarios, lugares, etc.), listas de verificación (cuestionario de afirmaciones sobre las normas y la definición de los recursos necesarios para el diagnóstico que permita identificar de manera cualitativa o cuantitativa, el estado actual de la entidad respecto a los requisitos de la norma. Consideraciones previas a la fase de Diagnóstico: Antes de realizar el diagnóstico es conveniente socializar a todo el personal de la entidad sobre el sistema de gestión de la calidad, explicar la metodología y las fases como se va a desarrollar el proyecto.

Se sugiere como una estrategia de sensibilización del personal, conocer casos exitosos de entidades que han implementado las normas o referentes similares como el de la norma NTC PG 1000:2004 con el propósito de lograr un mayor compromiso.

Según el grado de madurez del Sistema de Gestión de la Calidad el tiempo estimado para la implementación está entre 12 y 18 meses. Es conveniente elaborar un cronograma de actividades en el que se consideren aspectos tales como:

- El estado inicial de la Entidad frente al cumplimiento de los requisitos de las normas.
- Los recursos disponibles para la implementación del proyecto (Tecnológicos, de Recurso Humano, físicos, logísticos, económicos, etc).
- La participación activa de todos los involucrados.
- La complejidad de los procesos, la tecnología empleada, la competencia del personal y la normatividad aplicada.

El diagnóstico del sistema de gestión de la calidad es la fase inicial del proyecto la cual se convierte en la radiografía de la entidad respecto al grado de aplicación de la norma NTCGP1000:2004. Corresponde a una serie de actividades de recolección de información sobre la entidad acerca del estado actual de su Sistema de Gestión de la Calidad.

Esto se realiza a través de entrevistas y reuniones entre las personas asignadas para realizar el diagnóstico y los responsables de las actividades en la entidad. Es conveniente aplicar esta fase, por que permite reconocer las diferencias existentes entre lo que tiene la entidad y lo que debería tener frente a los requisitos de las Normas. Se convierte a su vez en el insumo clave para realizar la planeación de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

La fase de diagnóstico hace una valoración cuantitativa y cualitativa para definir claramente la metodología (criterios, escalas y fórmulas de cálculo)

- Planificar la realización del diagnóstico
- Ejecutar el diagnóstico
- Validar el informe de diagnóstico

Validar el informe de diagnóstico: Corresponde a la socialización del informe preliminar de diagnóstico ante el comité de calidad responsable de las actividades descritas en dicho documento, con el fin de precisar detalles o aclarar inquietudes. Se realizan los cambios y ajustes pertinentes al documento y se hace entrega del informe de diagnóstico validado.

La encuesta se constituye en una guía orientadora para las entidades, permitiéndoles conocer como se encuentra la organización y se constituye en un referente general frente a los requisitos de las normas.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causas (s) de una no conformidad u otra situación indeseable.

Acciones Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causas (s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Ambiente de Trabajo: Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo. incluyen todas aquellas que puedan tener una influencia significativa sobre el producto o servicio, Algunos ejemplos son: la ergonomía, instalaciones para el personal en la empresa, calor, humedad, luz, flujo de aire, higiene, limpieza, ruido, vibraciones y contaminación.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios.

Auditoria Interna: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencia que al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumple los procesos y subprocesos definidos para la auditoria interna.

Calidad: Es una categoría de la filosofía que refleja un cambio de la realidad objetiva. El mundo no consta de cosas preparadas y acabadas, sino que constituye un conjunto de procesos en los cuales se modifican, surgen y se destruyen. La calidad es la determinación esencial del objeto, gracias a la cual el objeto es el objeto dado y no otro..³⁴

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

Diseño y desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.

El Sistema de Gestión de la Calidad: Es una herramienta útil para el logro de los objetivos en términos de satisfacción de los usuarios, es por esto que, para su implementación, se debe comenzar por saber la situación actual de la empresa frente al cumplimiento de lo dispuesto en la norma técnica de calidad. Desde ésta

³⁴ M. M. ROSENTAL y P. F. IUDIN Diccionario Filosófico Bogotá: ediciones nacionales 1994., p.55.

perspectiva, es necesario diseñar un esquema sistemático de diagnóstico, con el fin de que sirva como referente válido para la implementación del SGC.³⁵

En definitiva y sin pretender establecer una definición, diríamos que una asistencia de calidad es aquella que tiene a aproximarse a un modelo ideal teórico, teniendo en cuenta el objetivo de los cuidados, los recursos disponibles y el estado de la ciencia, que satisface al usuario (cumple sus expectativas) y se presta sin complicaciones, errores, retrasos ni sobre costos que pongan en riesgo la vida de los ciudadanos y del sistema³⁶.

Gestión documental: Conjunto de actividades y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las empresa, desde su origen hasta su destino final, con el objetivo de facilitar su utilización y conservación

La salud: Según definición de la Organización Mundial de la Salud, es el estado óptimo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad; se asume de esta forma, que la salud es también un fenómeno colectivo, vale decir, se concibe como un proceso social. Las causas de salud- enfermedad colectiva se relaciona igualmente con la manera como la sociedad entra en contacto con la naturaleza y cómo la transforma.

La salud: Es un equilibrio entre diversos factores personales y sociales. Este equilibrio es inestable, porque tanto la vida de la persona como la de la sociedad son, por su propia naturaleza, dinámicas, y en sus cambios pueden generar desequilibrios. Es además un equilibrio relativo, no son iguales los conceptos de normalidad en todas las épocas ni en todos los lugares, por lo que un hombre equilibrado (sano) aquí puede no serlo en otro lugar o en otro momento histórico.³⁷

Plan Obligatorio de Salud (POS): Es el conjunto de servicios de salud al que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. Las EPS del Régimen Subsidiado de Salud deben garantizar el acceso con calidad a los servicios del POSS a través de la red de Instituciones Prestadores de Salud IPS, que tengan contratadas. Incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos, medicamentos y tecnología

Planificación de la calidad: Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

³⁵ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y RED UNIVERSITARIA DE EXTENSIÓN EN CALIDAD. Manual de Calidad. Bogotá. Disponible <http://www.dafp.gov.co/> Actualización Junio 30 de 2008/

³⁶ LAMATA CONTANDA, Fernando, Administración Sector Sanitario. Madrid: Díaz de Santos. 1998 p. 402.

³⁷ Ibid., p 6.

Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada para un proceso son generalmente salidas de otros procesos.

Cada empresa define los tipos de procesos con los que cuenta, típicamente pueden existir, según sea aplicable los siguientes: Procesos estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección. Procesos misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la empresa en el cumplimiento de su objetivo social o razón de ser. Procesos de apoyo: Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas.

Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que esta bajo consideración. Al considerar un producto o servicio, la trazabilidad puede estar relacionada con el origen de los materiales y las partes.

Un sistema Es un conjunto de elementos relacionados entre sí, que constituyen una determinada formación integral. El análisis de un sistema o de los objetos de un sistema forma una de las particularidades características de las disciplinas científicas. El objeto de un sistema no puede descomponerse en elementos diversos ni en relaciones entre ellos; no es posible entrar en conocimiento del sistema, si sólo se delimita una determinada conexión de las posibles que se dan: Lo específico de tal objeto estriba en la presencia de una interdependencia de conexiones: la investigación de esta interdependencia constituye un importante objetivo tanto del análisis teórico cognoscitivo (lógico – metodológico)³⁸.

El merito de haber formulado rigurosamente cuáles son los objetivos de la investigación en el marco de un sistema, pertenece a la filosofía del materialismo dialéctico. Marx y Engels realizaron un profundo análisis de un complicadísimo objeto en desarrollo – El sistema de las relaciones económicas de la sociedad capitalista y expusieron los principios fundamentales de la metodología propia de las investigaciones de este género³⁹.

³⁸ ROSENTA, M.M. y IUDIN P.F. Diccionario Filosófico: Bogota. ediciones nacionales, 1994.p.426.

³⁹ Ibid., p. 300.

2.3 MARCO LEGAL

La ley 10 del 1990; reorganiza el sistema nacional de salud descentralizando la administración de los servicios y responsabilizando a los municipios la dirección y prestación de servicios del primer nivel de atención. Se ordena además la creación de un organismo de dirección del sistema local de salud.

La constitución política de Colombia de 1991; armoniza los conceptos de descentralización y en su artículo 48 establece que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Por su parte, el artículo 49 de la Constitución de 1991; dice “los servicios de salud que presten en forma directa las empresas territoriales se hará a través de Empresas Sociales del Estado, categoría especial de empresa pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El decreto 1879 del 13 de agosto de 1994; reglamenta la organización y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado para asumir el liderazgo en los aspectos que permitan complementar el Sistema de Seguridad en Salud.

En el marco de la ley 715 de 2001; corresponde a los departamentos la prestación de los servicios de salud de manera oportuna y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción.

El párrafo primero del artículo 44 de la ley 715 de 2001; determina que los municipios que hayan asumido la prestación de servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establece la ley dentro del año siguiente de la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental en salud.

Circular 079 del primero de octubre de 2004, emitida por el Ministerio de la Protección Social. Estableció las directrices generales sobre la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, en su numeral 5 determina que en materia de conformación de redes de servicios de salud y de prestación de servicios de salud, las entidades territoriales no pueden mantener la doble característica de ser prestadoras y administradoras de los servicios de salud en su jurisdicción, por esta razón la prestación de servicios de salud, por parte de las dependencias que permanezcan a municipios, departamentos o direcciones de salud de acuerdo con lo que defina el departamento en la conformación de la red de servicios y siempre

que se articulen a la red departamental podrá ser en forma directa mediante su transformación por parte de la autoridad competente en Empresa Social del Estado.

El artículo segundo de Decreto 3003 de 30 de agosto de 2005; por el cual se reglamenta el parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001. Establece los parámetros que demuestran capacidad de gestión y que deben cumplir los municipios para continuar asumiendo la prestación de servicios de salud y en su artículo sexto establece que los municipios que no demuestren esta capacidad, de acuerdo con la metodología expedida por el ministerio de la protección social no podrán continuar asumiendo la competencia de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en consecuencia será el respectivo departamento quien asuma la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de esa población.

Tanto la Ley 872 de 2003 como el Decreto 4110 de 2004 son coherentes con el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional, el cual tiene entre sus objetivos fundamentales la Renovación de la Administración Pública, cuyo propósito esencial es la construcción de un Estado comunitario, basado entre otros aspectos, en una nueva cultura de gestión de lo público. En este sentido el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Red Universitaria de extensión en Calidad realizaron un convenio inter-administrativo y de cooperación académica para el desarrollo académico-administrativo.

La metodología documental debe entenderse como una guía de adopción voluntaria, por parte de las empresas obligadas por la Ley 872 de 2003, para implementar y aplicar los requisitos establecidos en la norma NTCGP1000:2004. La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en una empresa se plantea como un proyecto, porque se puede dimensionar la real importancia, sus costos, sus beneficios y a su vez establecer controles que permitan evaluar el grado de avance y el logro del propósito.

Es conveniente diferenciar el proyecto para implementar el SGC del Sistema mismo; esto debido a que en muchas ocasiones se pueden confundir algunas actividades propias del Proyecto con algunas actividades propias del Sistema.

El compromiso y respaldo de la alta dirección conforme lo establece la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004 (la máxima autoridad de cada empresa pública) tendrá la responsabilidad de desarrollar, mantener, revisar y perfeccionar el SGC. Por lo tanto, el compromiso de la alta dirección será fundamental para lograr el éxito en la implementación del Sistema en armonía con los preceptos legales.

3. DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta el marco general de la investigación y el planteamiento del problema este documento se caracteriza por ser un estudio explicativo y de análisis para el mejoramiento continuo de la entidad en cada uno de sus procesos.

Una vez revisada la literatura es necesario hacer uso de elementos exploratorios con el objeto de familiarizarse con el tema de la implementación del sistema de obligatoria de garantía de calidad de la atención de salud en la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE., del municipio de San Juan de Pasto. Luego es necesario también hacer uso de los elementos descriptivos para analizar como se manifiesta este fenómeno y sus componentes.

La adopción de un enfoque de operación basado en procesos nos permitirá identificar cómo se relacionan numerosas actividades entre sí. De esta forma el sistema busca controlar cada una de las partes que lo integra y describe sus características, componentes y elementos singulares necesarios para el funcionamiento del mismo.

El estudio determina y analiza los datos apropiados para demostrar realmente la implementación del sistema obligatorio de la garantía de calidad de la atención de salud como una herramienta de gestión sistémica y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño enfocado al mejoramiento continuo de la institución en le marco de la norma técnica de calidad de gestión publica NTCGP 1000: 2004.

Finalmente y de manera creativa es proponer la aplicación y desarrollo de las disposiciones en el marco de la Ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004; Norma Técnica de Calidad de gestión Pública NTCGP 100: 2004 y decreto 1011 de abril 3 de 2006. SOGCS.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población universo son todos los funcionarios públicos reportados en la nómina de pago del personal de planta y contratista del mes de abril de 2008; donde se verifica una población total de 784 servidores públicos.

La aplicación de la tabla de números aleatorios es garantizar que todos los servidores públicos tengan la misma oportunidad de ser encuestados. La muestra aplica criterios estadísticos en el ámbito de la investigación social con un nivel de confianza 95% y con un margen de error 5%

La metodología para establecer la muestra poblacional resulta de aplicar la tabla de números aleatorios, propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía de diagnostico implementación del sistema de gestión de la calidad NTCGP 1000:2004.

Por lo anterior se aplicaran 260 encuestas divididas de la siguiente manera:

En la sede administrativa con 88 funcionarios y contratistas reportados en planilla y nomina del mes de abril, se aplicaran 30 encuestas.

En la red norte con 191; funcionarios y contratistas reportados en planilla y nomina del mes de abril, se aplicaran 63 encuestas.

En la red Occidente con 186; funcionarios y contratistas reportados en planilla y nomina del mes de abril, se aplicaran 56 encuestas.

En la red Oriente con 199; funcionarios y contratistas reportados en planilla y nomina del mes de abril, se aplicaran 66 encuestas.

En la red sur con 135; funcionarios y contratistas reportados en planilla y nomina del mes de abril, se aplicaran 45 encuestas.

Para la lectura de la TABLA, No. 1. se utilizan las siguientes convenciones: PO, significa población, es decir, el número total de servidores públicos de la empresa; MU, significa muestra, es decir, el número de personas que deberán diligenciar la encuesta.

Tabla 1. Números aleatorios para determinar la muestra.

PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU	PO	MU
10	10	41	38	72	61	103	82	134	100	165	116	196	131
11	11	42	38	73	62	104	83	135	101	166	117	197	132
12	12	43	39	74	63	105	83	136	101	167	117	198	133
13	13	44	40	75	63	106	84	137	102	168	118	199	134
14	14	45	41	76	64	107	84	138	102	169	119	200	140
15	15	46	42	77	65	108	85	139	103	170	119	225	
16	16	47	42	78	65	109	86	140	103	171	120	226	150
17	17	48	43	79	66	110	86	141	104	172	120	250	
18	18	49	44	80	67	111	87	142	104	173	121	251	160
19	19	50	45	81	68	112	87	143	105	174	121	275	
20	20	51	46	82	68	113	88	144	105	175	121	276	170
21	20	52	46	83	69	114	89	145	106	176	122	300	
22	21	53	47	84	70	115	89	146	107	177	122	301	180
23	22	54	48	85	70	116	90	147	107	178	123	325	
24	23	55	49	86	71	117	90	148	108	179	123	326	190
25	24	56	49	87	72	118	91	149	108	180	124	350	
26	25	57	50	88	72	119	92	150	109	181	124	351	200
27	26	58	51	89	73	120	92	151	109	182	125	375	
28	27	59	52	90	74	121	93	152	110	183	125	376	210
29	28	60	53	91	74	122	93	153	110	184	126	400	
30	28	61	53	92	75	123	94	154	110	185	126	401	218
31	29	62	54	93	76	124	94	155	111	186	127	500	
32	30	63	55	94	76	125	95	156	111	187	127	501	235
33	31	64	55	95	77	126	96	157	112	188	128	600	
34	32	65	56	96	77	127	96	158	112	189	128	601	249
35	33	66	58	97	78	128	97	159	113	190	128	700	
36	33	67	58	98	79	129	97	160	113	191	129	701	260
37	34	68	58	99	79	130	98	161	114	192	129	800	
38	35	69	59	100	80	131	98	162	114	193	130	801	270
39	36	70	60	101	81	132	99	163	115	194	130	900	
40	37	71	61	102	82	133	99	164	115	195	131	900 1000	278

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía de diagnóstico.

3.3 PROCEDIMIENTOS Y METODOS

Los procedimientos metodológicos a utilizar son los siguientes:

Las fuentes documentales secundarias que se necesitan son: Plan de gestión gerencial periodo 2008-2011, plataforma estratégica de la empresa, manual de procedimientos, manual calidad, Resoluciones, circulares, indicadores de gestión de calidad, contratos, código de ética, código del buen gobierno, rendición pública de cuentas, decretos nacionales, sentencias, ordenanzas departamentales, acuerdos municipales, revistas especializadas, periódicos y libros trabajos de grado.

Para la recolección de la información primaria, se recurrirá a la encuesta, observación directa, al diálogo con el dueño del proceso y jefes de dependencia.

La divulgación “masiva” del SOGCS como estrategia para comprometer a todos los servidores públicos. Es importante que los funcionarios conozcan los términos, definiciones y participen activamente; para esto se realizarán jornadas de sensibilización a través de actividades de capacitación lúdicas a todos los servidores públicos de la empresa quienes deben interiorizar las ventajas de trabajar bajo esquemas de calidad, como un componente intrínseco para la optimización de recursos y esfuerzos.

La gestión documental en la implementación del SOGCS se caracteriza por que todos y cada uno de los servidores públicos de la Empresa conocen, aplican y dejan evidencia real de lo descrito en los procesos y disposiciones definidas en el manual de procesos. Esta actividad involucra aspectos relacionados con la comunicación, indicadores de gestión, competencias, adquisición de bienes y servicios, administración del riesgos, control de documentos, medición y análisis.

Responsabilidad de la alta dirección de ejercer un liderazgo importante a través de la aplicación de principios gerenciales y la fijación de lineamientos, que impulsen una verdadera cultura de “hacer cada vez mejor las cosas”, lo que redundará en una gestión eficaz y eficiente que le permita cumplir con su misión, visión y objetivos estratégicos de la empresa.

En la prestación de los servicios de salud es posible hacer uso de otras metodologías que enriquezcan los procesos y subprocesos que están orientados a satisfacer las necesidades expectativas de los usuarios internos y externos.

4. PROYECTO SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD. EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.

4.1 DIAGNOSTICO DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN SOGCS.

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

Con el apoyo de la oficina de control interno y gestion de la calidad de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. Se hace la socialización de los resultados de la encuesta aplicada a los funcionario y contratistas de las diferentes IPSS. Con el objetivo de establecer el grado de avance en la implementación del sistema de gestión de calidad.

Las características del SOGCS. Se orientarán a la mejora continua de los resultados en la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de la infraestructura hospitalaria o de la documentación de los procesos y subprocesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mejores resultados.

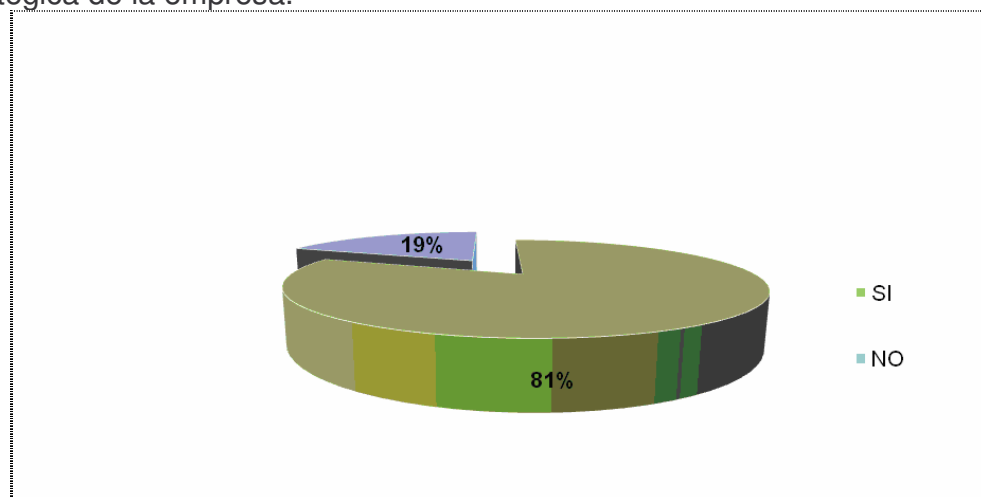
El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por la secretaria de salud Municipal o Departamental, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Para la interpretación del resultado en las encuestas es necesario tener en cuenta la definición de los siguientes rangos de calificación utilizado en la tabulación de las preguntas:

SATISFACTORIO: Si la respuesta es correcta.
MEDIANAMENTE SATISFACTORIO: Si la respuesta es contestada de manera regular e incompleta.
INSATISFACTORIO: Si la respuesta es errónea, fuera de contexto o la desconocen.

Según el Gráfico 1; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (81%) conoce los componentes de la Plataforma Estratégica de la Empresa, mientras un (19%) los desconoce debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

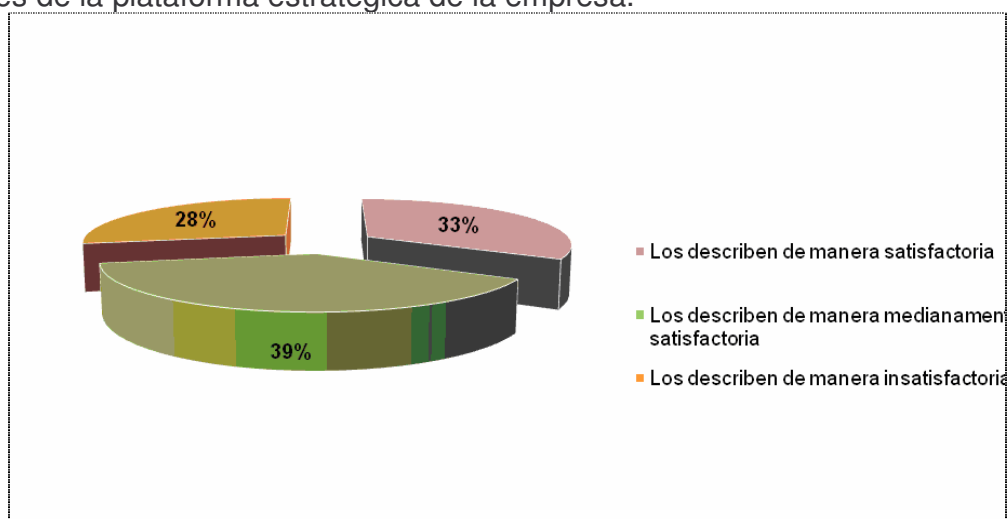
Gráfico 1. Total de trabajadores que conocen los componentes de la plataforma estratégica de la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 2; del total de trabajadores que conocen los componentes de la Plataforma Estratégica de la Empresa un (33%) los describen de manera satisfactoria, un (39%) los describen medianamente satisfactorio mientras que un (28%) lo hacen insatisfactoriamente.

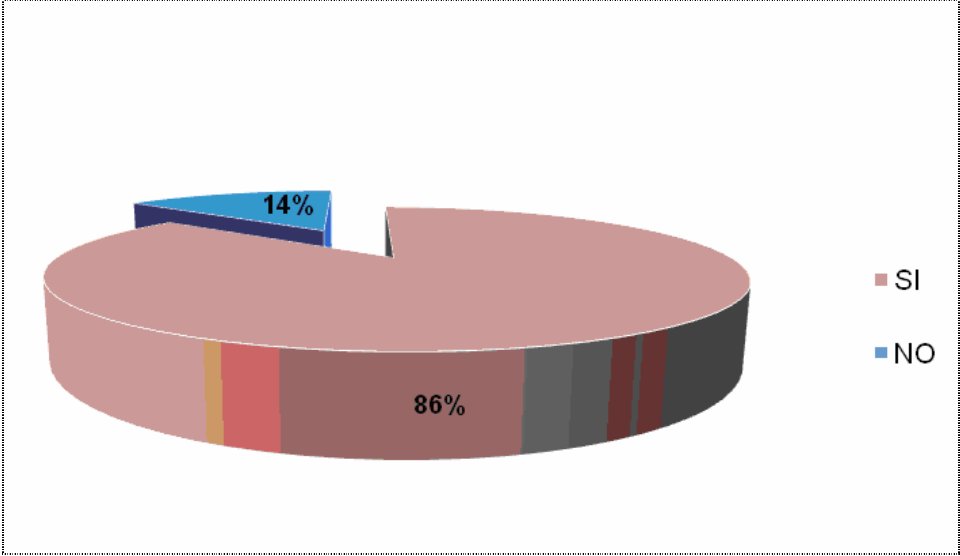
Gráfico 2. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los componentes de la plataforma estratégica de la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 3; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (86%) conoce los Principios Corporativos que rigen la Empresa y el (14%) restante los desconoce debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

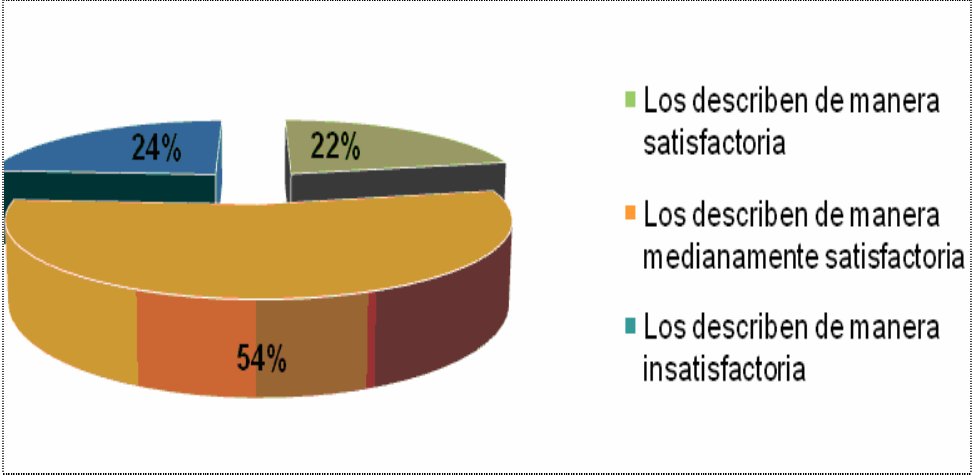
Gráfico 3. Total de trabajadores que conocen los principios corporativos que rigen la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 4; del total de trabajadores que describen los Principios Corporativos de la Empresa un (22%) los describen satisfactoriamente, un (54%) los describen medianamente satisfactorio y un (28%) lo hace de manera insatisfactoria.

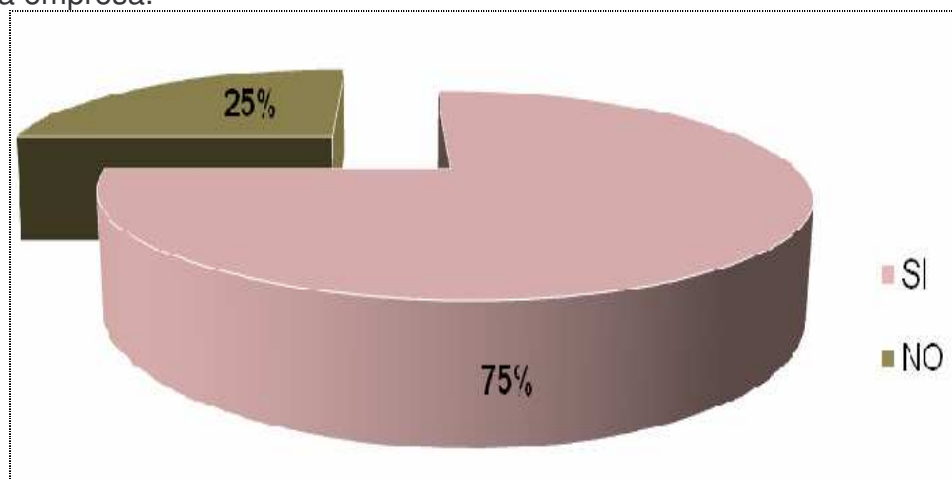
Gráfico 4. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los principios corporativos que rigen la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 5; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (75%) conoce los Objetivos Corporativos que rigen la Empresa y el (25%) restante los desconoce debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

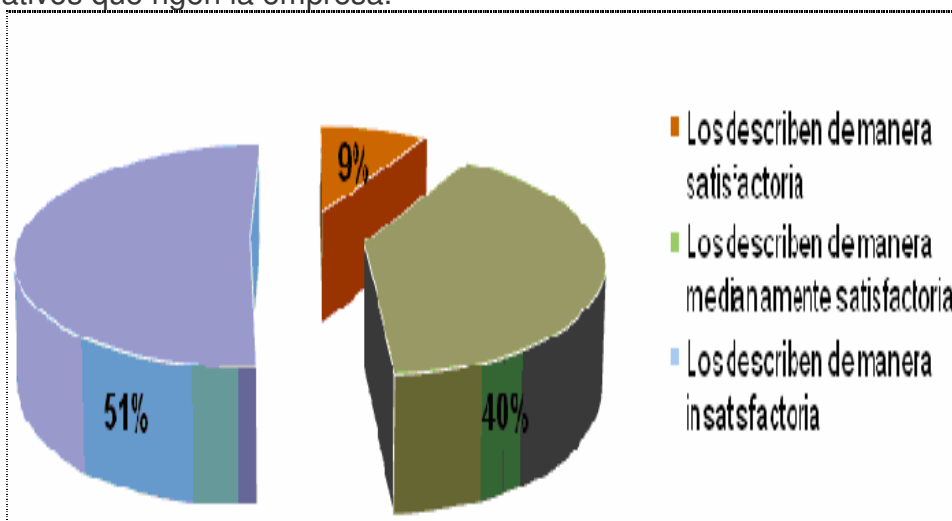
Gráfico 5. Total de trabajadores que conocen los objetivos corporativos que rigen la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 6; del total de trabajadores describa los Objetivos Corporativos de la Empresa un (9%) los describen de manera satisfactoria, un (40%) los describen medianamente satisfactorio mientras que un (51%) lo hace de manera insatisfactoria.

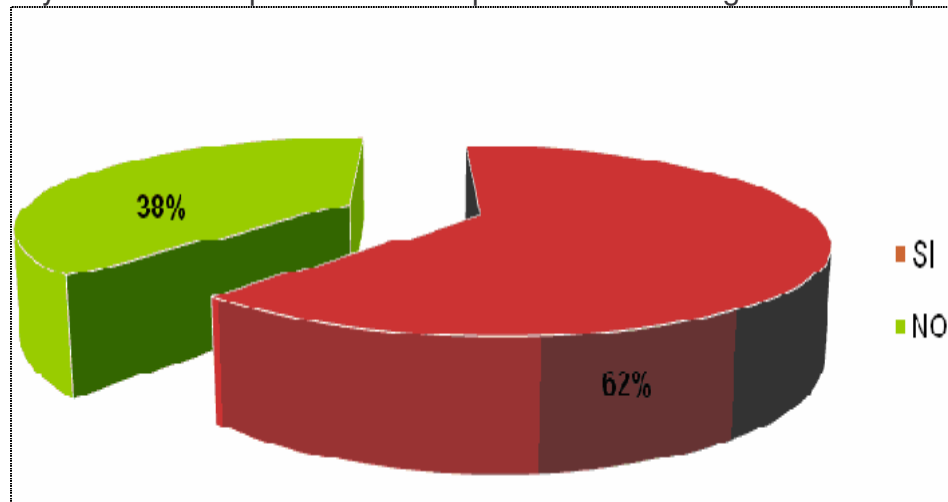
Gráfico 6. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los objetivos corporativos que rigen la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 7; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (62%) afirma que la Empresa si ha generado espacios y mecanismos para conocer la Plataforma Estratégica mientras un (38%) afirman que la Empresa no lo ha hecho; por falta una programación de capacitaciones sobre el tema.

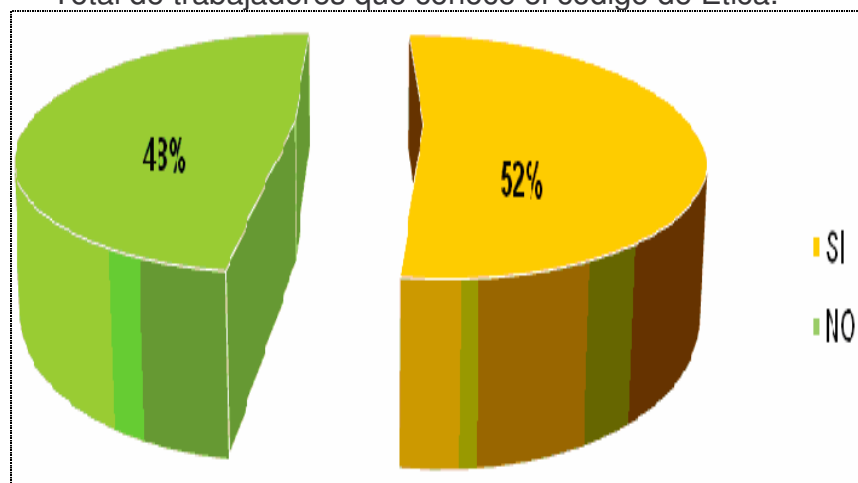
Gráfico 7. Total de trabajadores que afirman que la empresa si ha generado espacios y mecanismos para conocer la plataforma estratégica de la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 8; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (52%) conoce el Código de Ética que rige su labor en la Empresa contrario a un (48%) que lo desconoce, debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

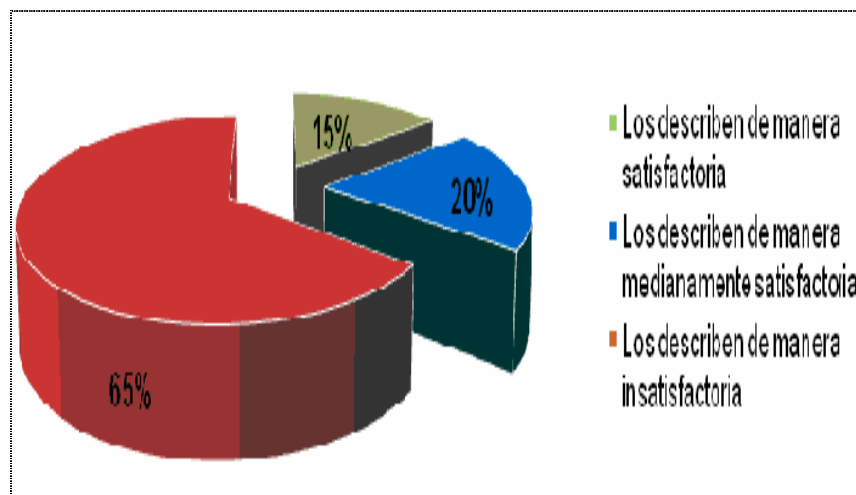
Gráfico 8 Total de trabajadores que conoce el código de Ética.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 9; del total de trabajadores que describen el Código de Ética de la Empresa un (15%) lo describen de manera satisfactoria, un (20%) los describen medianamente satisfactorio y un (65%) lo hace de manera insatisfactoria siendo este el mayor porcentaje.

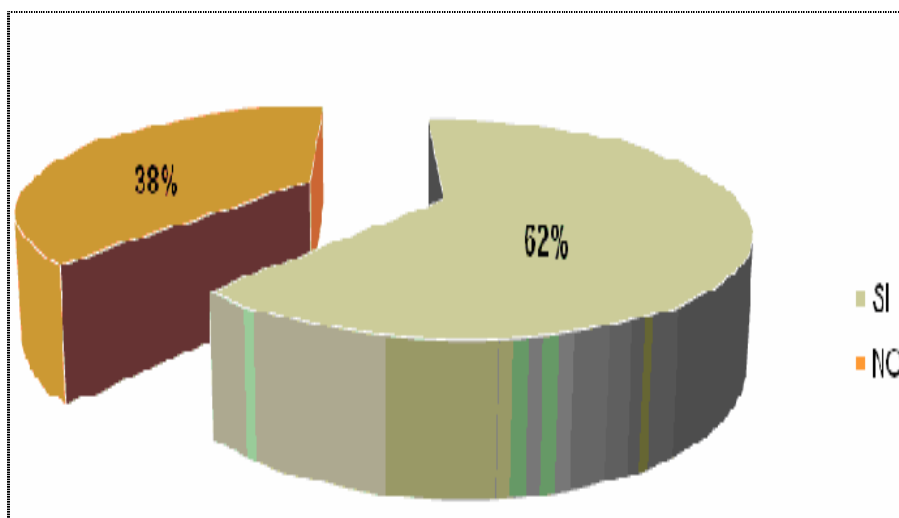
Gráfico 9. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente el código de Ética.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 10; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (62%) conoce el Protocolo de Atención al Usuario que rige su labor en la Empresa, mientras en el (38%) ocurre lo contrario debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

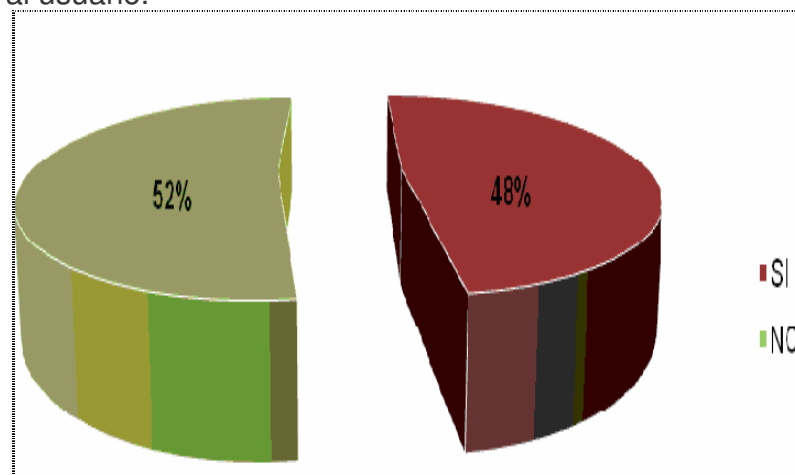
Gráfico 10. Total de trabajadores que conocen el protocolo de atención al usuarios.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 11; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (48%) conoce los componentes del Protocolo de Atención al Usuario y en mayor porcentaje (52%) lo desconocen, debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema.

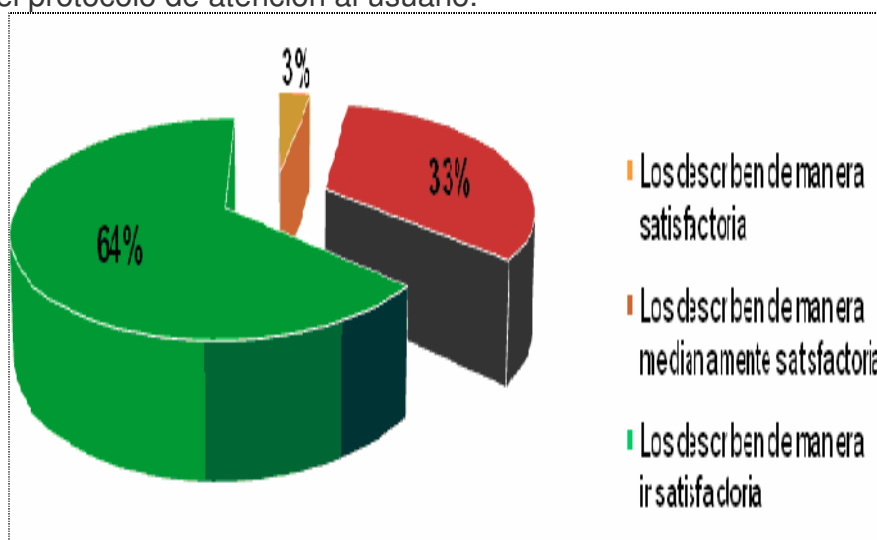
Gráfico 11. Total de trabajadores que conocen los componentes del protocolo de atención al usuario.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 12; del total de trabajadores que conocen los componentes del Protocolo de Atención al Usuario de la Empresa tan solo un (3%) los describen de manera satisfactoria, un (33%) los describen medianamente satisfactorio y un (64%) lo hace de manera insatisfactoria siendo este el mayor porcentaje.

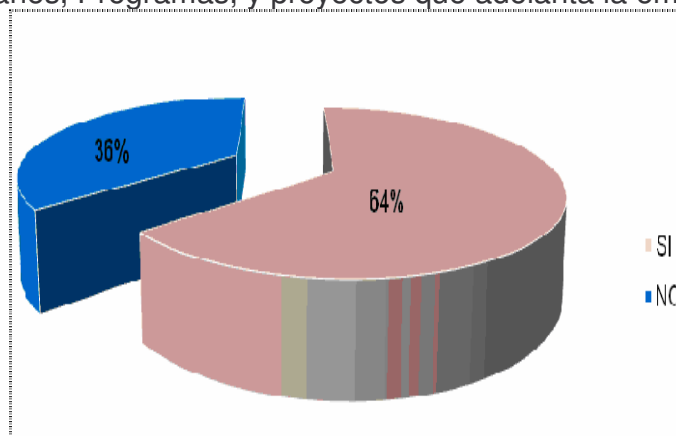
Gráfico 12. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente los componentes del protocolo de atención al usuario.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 13; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (64%) afirma que la Empresa si ha capacitado en temas de Políticas, Planes, Programas y Proyectos que adelanta, mientras el (36%) responde negativamente, debido a razones tales como: ser personal nuevo, falta de interés y no haber sido capacitado en el tema. Además los trabajadores consideran que algunos temas no se relacionan con su función en la Empresa.

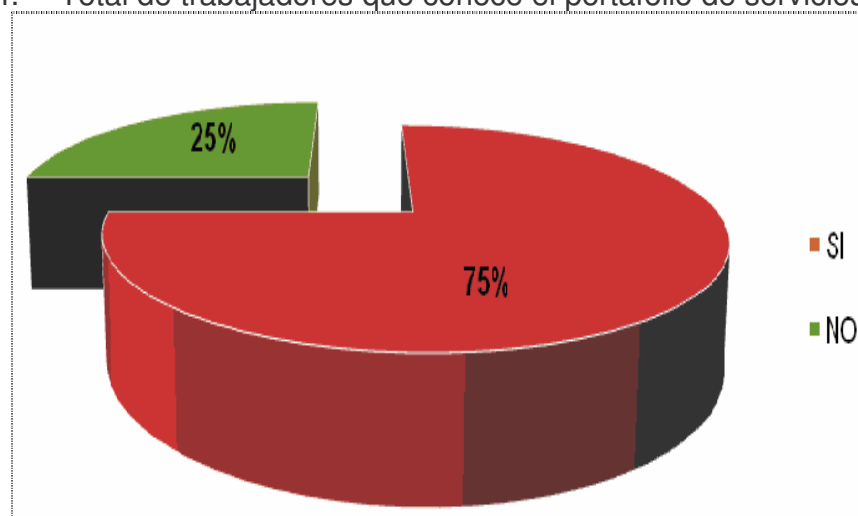
Gráfico 13. Total de trabajadores que afirma que la empresa les ha informado sobre Políticas, Planes, Programas, y proyectos que adelanta la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 14; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (75%) conoce el Portafolio de Servicios de la Empresa mientras el porcentaje restante (25%) lo desconocen, debido a razones tales como, ser personal nuevo, falta de interés de los trabajadores por auto informarse y de capacitaciones que informen sobre el tema y de una inducción que contemple estos temas.

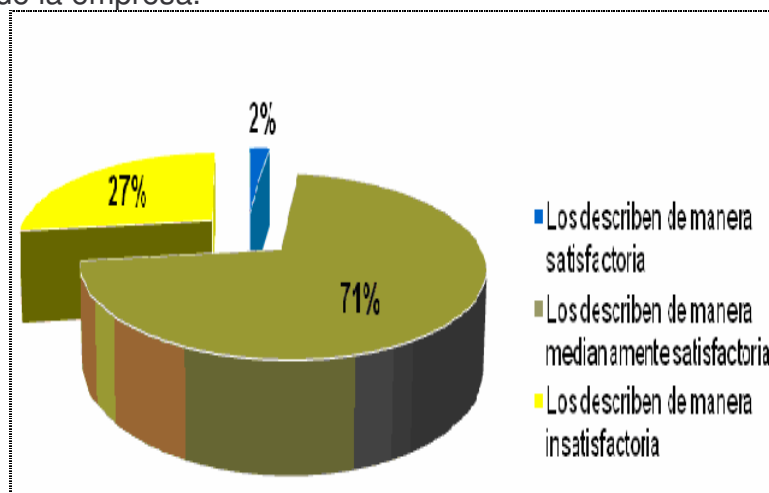
Gráfico 14. Total de trabajadores que conoce el portafolio de servicios.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 15; del total de trabajadores que conocen el Portafolio de Servicios de la Empresa tan solo un (2%) los describen de manera satisfactoria, un (71%) los describen medianamente satisfactorio y un (27%) lo hace de manera insatisfactoria.

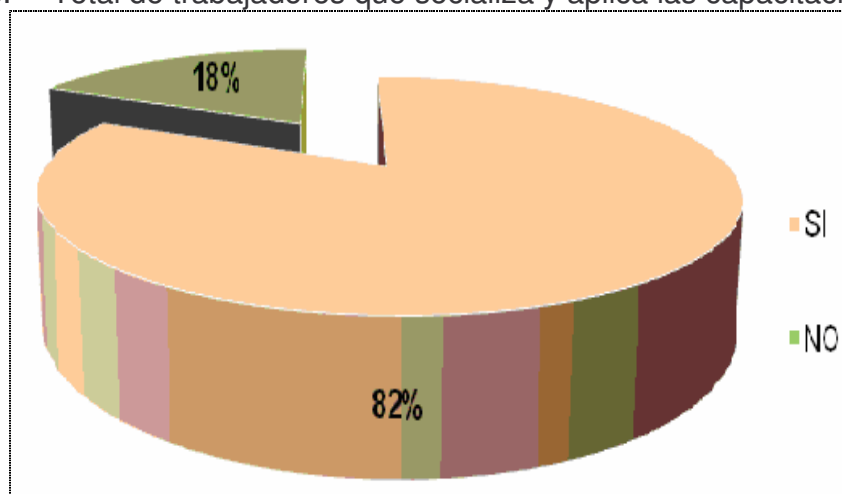
Gráfico 15. Total de trabajadores que describe satisfactoriamente el portafolio de servicios de la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 16; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (82%) socializa y aplica las capacitaciones que brinda la Empresa mientras el (18%) responde lo contrario, debido a falta de tiempo por obligaciones laborales, falta de compañerismo y porque algunos de sus compañeros consideran que no son de su interés.

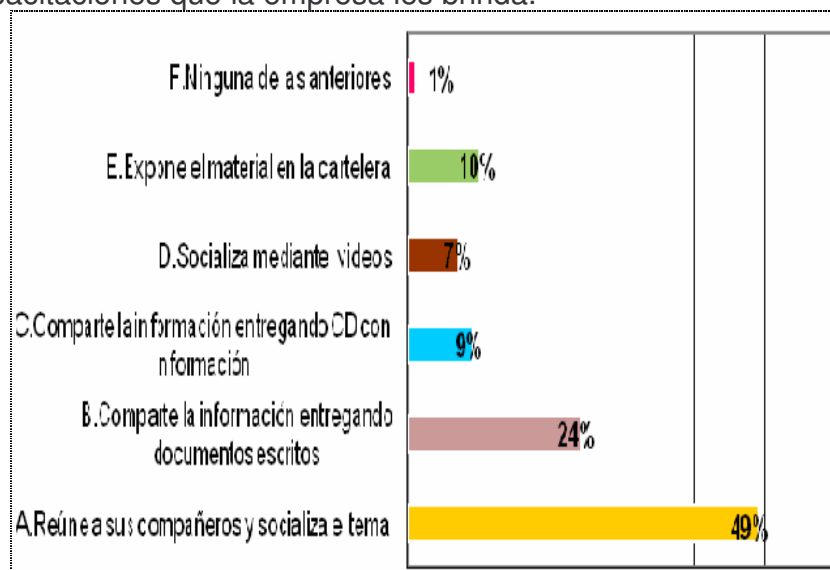
Gráfico 16. Total de trabajadores que socializa y aplica las capacitaciones.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 17; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E que socializa y aplica las capacitaciones que brinda la Empresa un (49%) lo hace reuniendo a sus compañeros, seguido de un (24%) que prefiere entregar documentos, un (10%) utiliza la cartelera, un (9%) entrega la información en medio magnético.

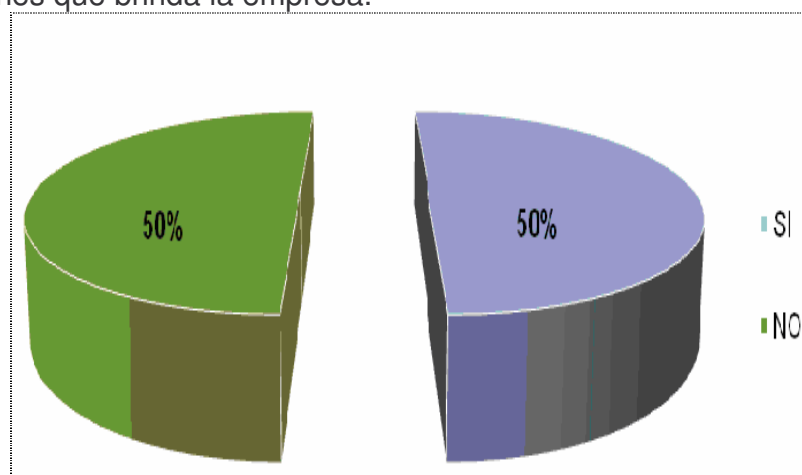
Gráfico 17. Estrategias que utilizan los funcionarios y contratistas para socializar las capacitaciones que la empresa les brinda.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 18; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (50%) ha tenido inconvenientes para asistir a las capacitaciones que brinda la Empresa, mientras que el otro (50%) afirma lo contrario.

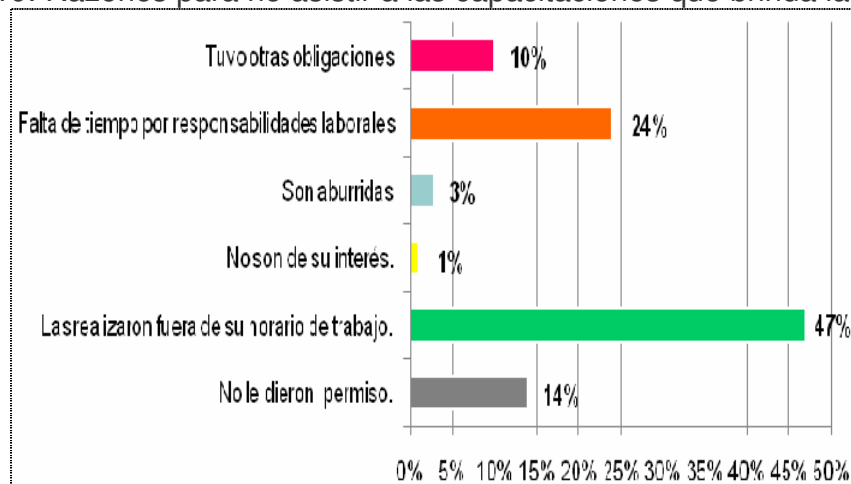
Gráfico 18. Total de trabajadores que ha tenido inconvenientes para asistir a las capacitaciones que brinda la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 19; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E que afirmaron tener inconvenientes para asistir a las capacitaciones un (14%) lo hizo por que no les dieron permiso, mientras con un (47%) afirmaron que las capacitaciones las realizaron fuera del horario de trabajo, seguido de un (24%) que afirma falta de tiempo y responsabilidades laborales, un (10%) dijo tener otras obligaciones para la no asistencia a dichas capacitaciones.

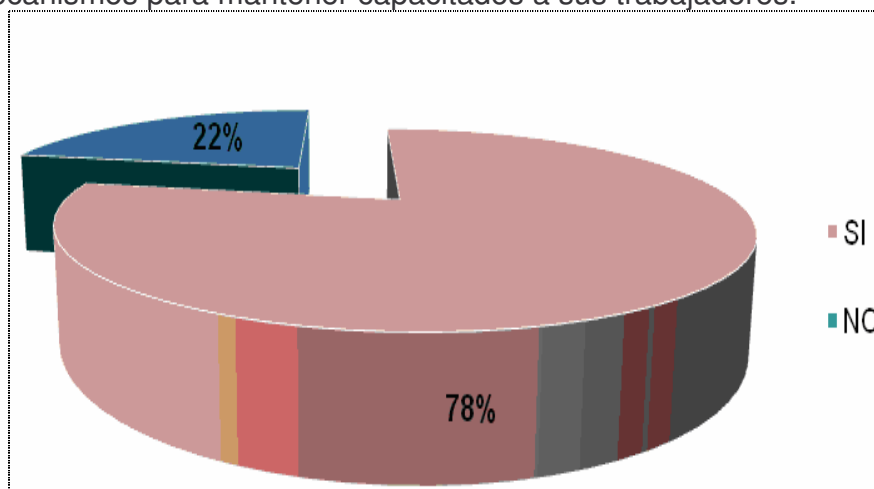
Gráfico 19. Razones para no asistir a las capacitaciones que brinda la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 20; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (78%) afirmó que la Empresa si ha generado espacios y mecanismos para mantener capacitados a sus trabajadores mientras que un 22% afirmó que no por ser personal nuevo.

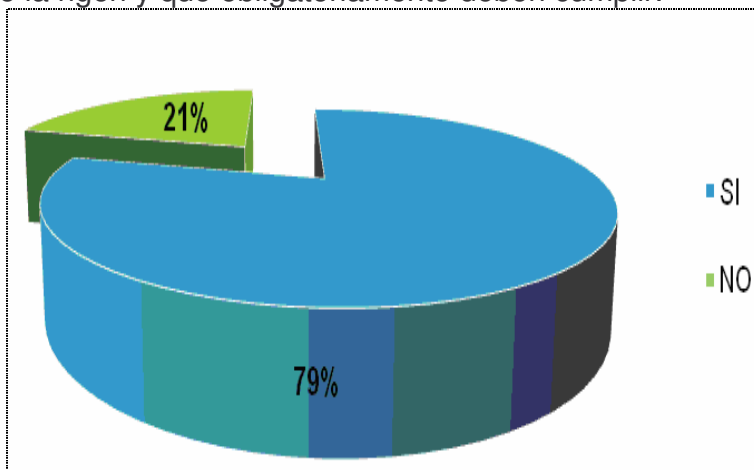
Gráfico 20. Total de trabajadores que piensan que la empresa a generado espacios y mecanismos para mantener capacitados a sus trabajadores.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 21; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (79%) afirmo que la Empresa si ha generado mecanismos o estrategias para dar a conocer manuales, guías y protocolos a sus trabajadores mientras que un 21% afirmo que no por ser personal nuevo.

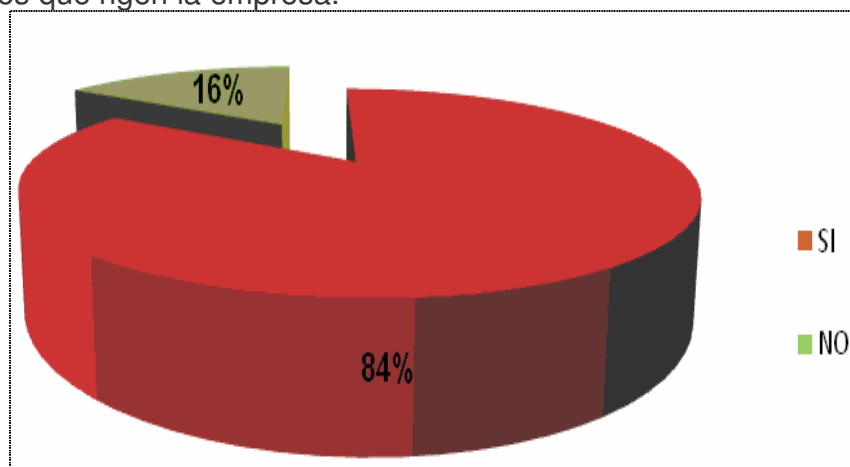
Gráfico 21 Total de trabajadores que piensan que la empresa a generado espacios y mecanismos para socializar los proceso y procedimiento, manuales, guías, protocolos que la rigen y que obligatoriamente deben cumplir.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 22; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (84%) afirma conocer y haber revisado manuales, guías y protocolos que rigen a nuestra empresa relacionados con su trabajo, mientras que un 16% afirmo que no por que desconocen la Existencia de estos documentos ya que nunca se los han dado a conocer.

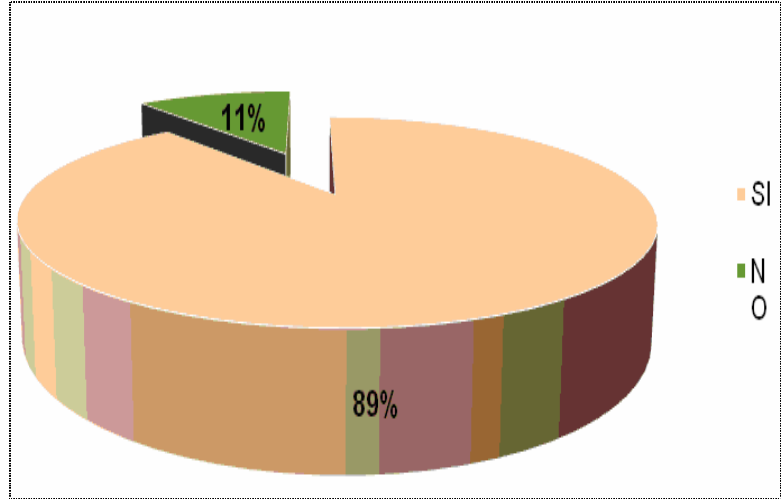
Gráfico 22. Total de trabajadores que piensan que conocen los manuales, guías y protocolos que rigen la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 23; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (89%) afirma conocer la totalidad de lo establecido en su contrato laboral o manual de funciones, mientras que un 11% afirma lo contrario por razones como, nunca se han preocupado por leer completamente el contrato, en la inducción nunca les informaron sobre la totalidad de sus funciones.

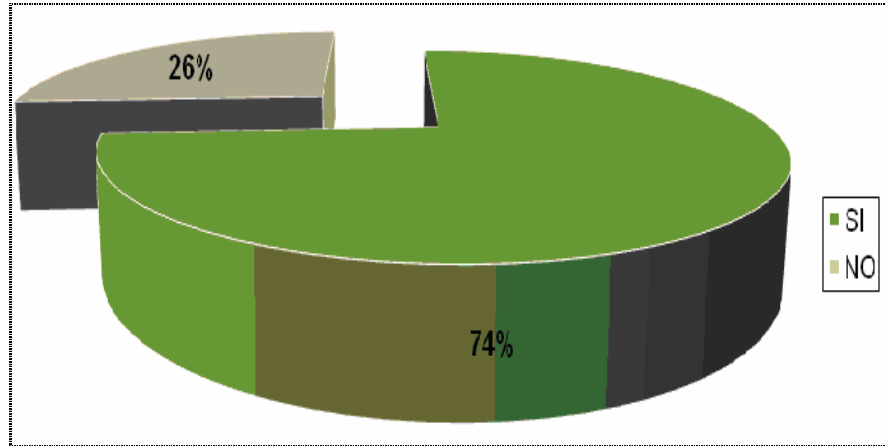
Gráfico.23 Total de trabajadores que conoce su contrato laboral y manual de funciones.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 24; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (74%) conoce la estructura Organizacional y las funciones y competencias de cada área de la Empresa, mientras que un (26%) afirma lo contrario por razones como, la Empresa no se ha preocupado por dar a conocer sobre este tema y en las carteleras nunca publican este tipo de información.

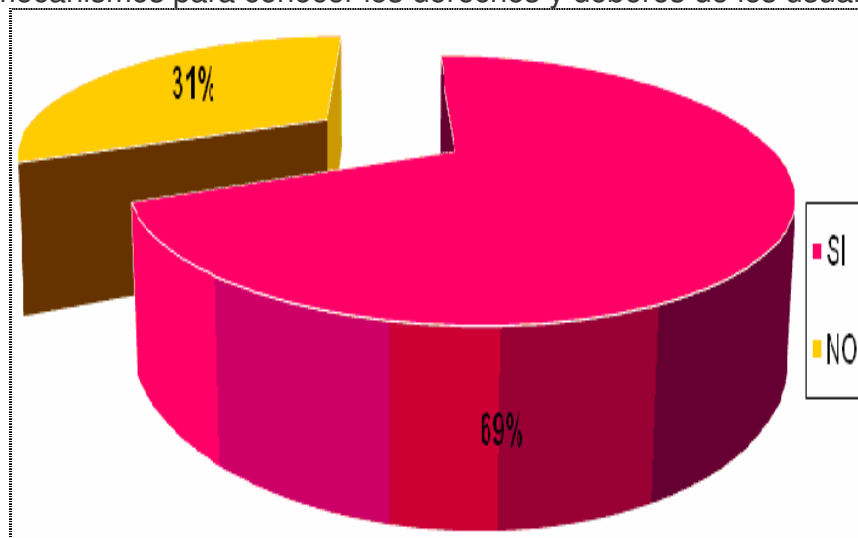
Gráfico.23 Total de trabajadores que conoce su contrato laboral y manual de funciones.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 25; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (69 %) considera que la Empresa si ha generado espacios o mecanismos para dar a conocer los derechos y deberes de los usuarios, pero un (31%) afirma que no debido a la falta de capacitaciones y falta de material impreso con esta información.

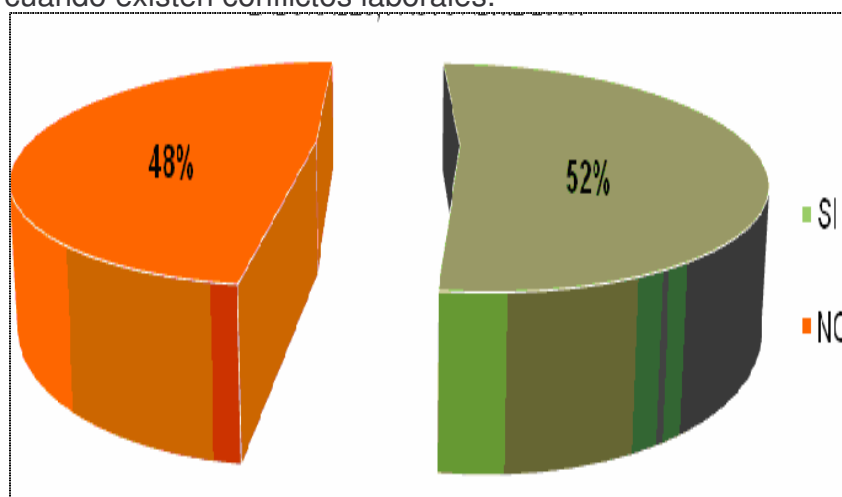
Gráfico 25. Total de trabajadores que consideran que la empresa a generado espacios y mecanismos para conocer los derechos y deberes de los usuarios.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 26; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (52%) considera que la Empresa si realiza un manejo adecuado ante los conflictos laborales, mientras un (48%) afirma lo contrario.

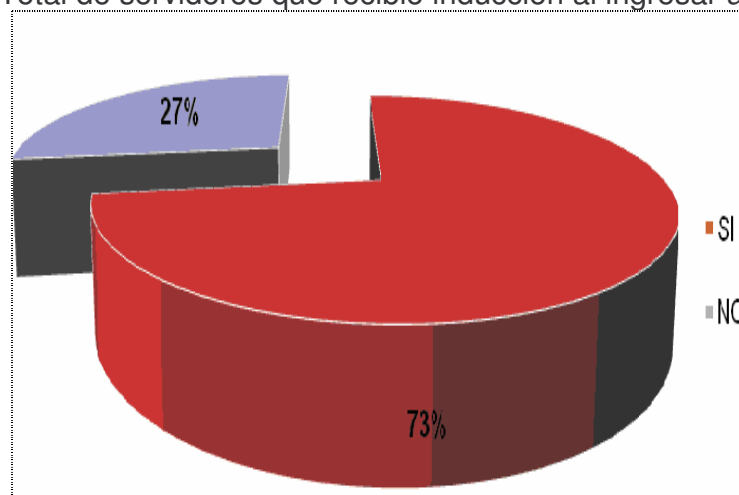
Gráfico 26. Total de trabajadores que piensan que la empresa realiza un manejo adecuado cuando existen conflictos laborales.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 27, del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (73%) recibió inducción en el momento de ingresar a la empresa, pero un (27%) no la recibió por razones como, llevan mucho tiempo en la empresa y en ese entonces no se hacían inducciones y otros afirman por ser de nomina.

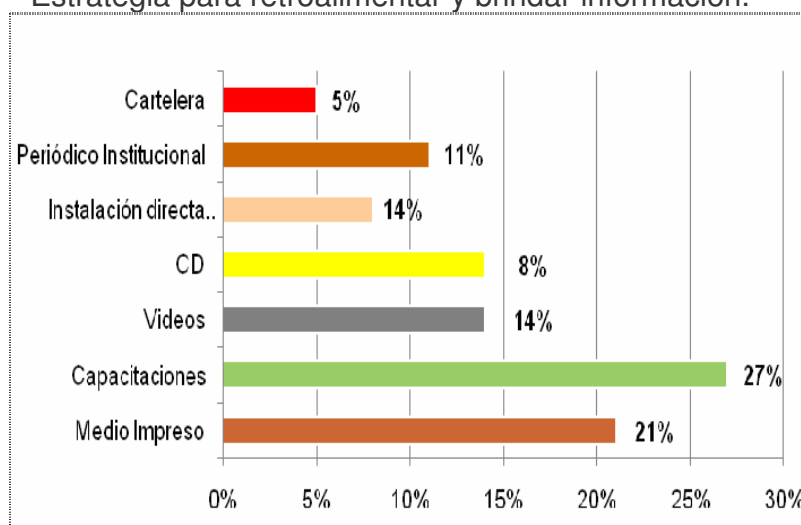
Gráfico 27. Total de servidores que recibió inducción al ingresar a la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 28, del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (21%) le gustaría retroalimentar y conocer la información que la Empresa brinda mediante material Impreso, un (27%) mediante capacitaciones, un (14%) mediante videos y CDs con información, un 8% con una instilación directa en su computador, otro (11%) prefiere se haga mediante un periódico institucional y un (5%) afirma se debería utilizar la cartelera para exponer la información que la Empresa da.

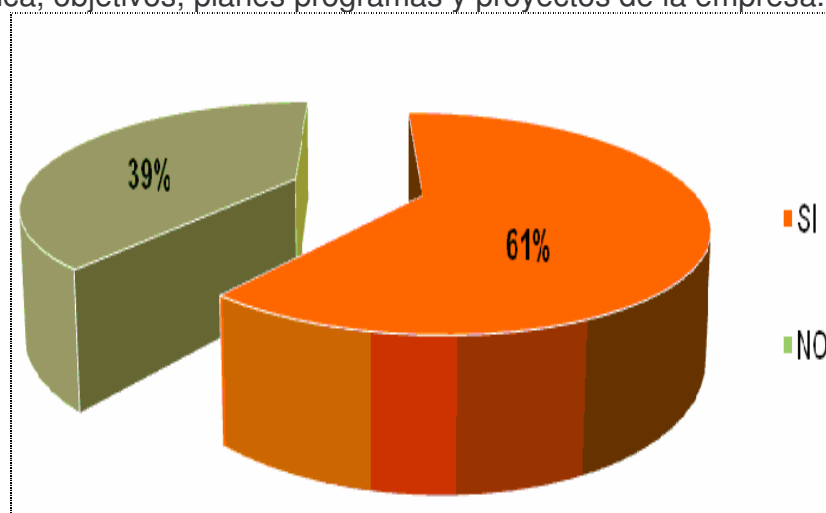
Gráfico 28. Estrategia para retroalimentar y brindar información.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 29, del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (61%) considera que sus compañeros conocen sobre las políticas, objetivos, planes, programas y proyectos que adelanta la Empresa mientras que un (39%) considera lo contrario por, desconocimiento y falta de comunicación acerca de estos temas.

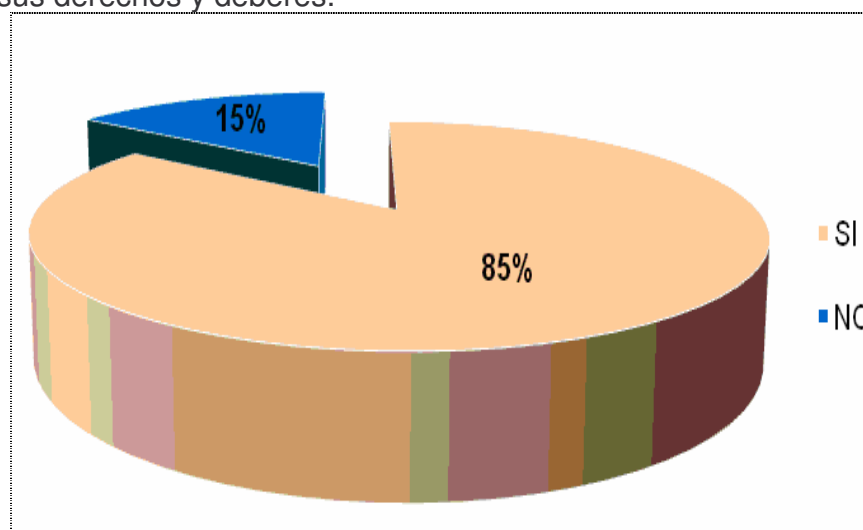
Gráfico 29. Total de trabajadores que considera que sus compañeros conocen sobre política, objetivos, planes programas y proyectos de la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 30, del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (85%) afirma haber dado a conocer a los usuarios los deberes y derechos que les aplican, mientras un (15%) afirma lo contrario debido al desconocimiento de los mismos.

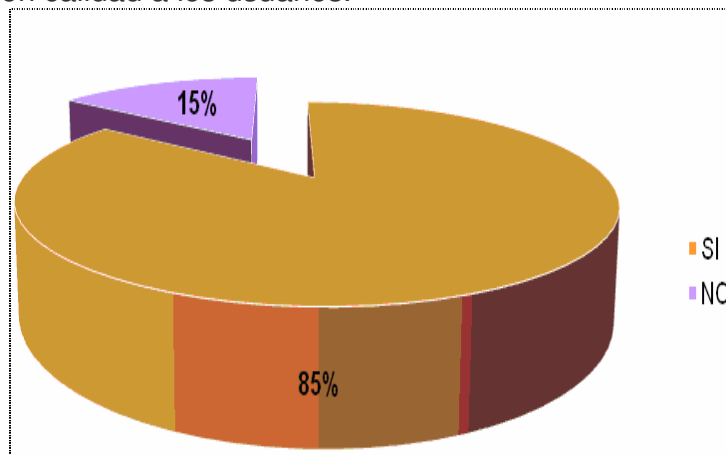
Gráfico 30. Total de trabajadores que considera haber dado a conocer a los usuarios sus derechos y deberes.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 31; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (85%) considera que sus compañeros brindan una atención con calidad a los usuarios mientras un (15%) afirma que no debido a la falta de la adopción y aplicación del manual de calidad y atención al usuario. Esta respuesta es contraria con las respuestas de los gráficos 1 al 17.

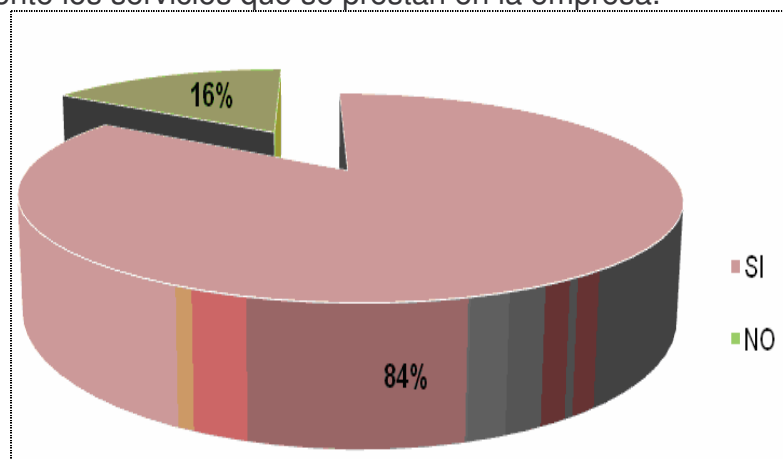
Gráfico 31. Total de trabajadores que considera que sus compañeros brindan una atención con calidad a los usuarios.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 32; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (84%) considera que sus compañeros informan adecuadamente los servicios que prestan las IPS mientras un (16%) afirma que no debido a la falta de conocimiento de los servicios que prestan los centros asistenciales por parte de los trabajadores de la Empresa.

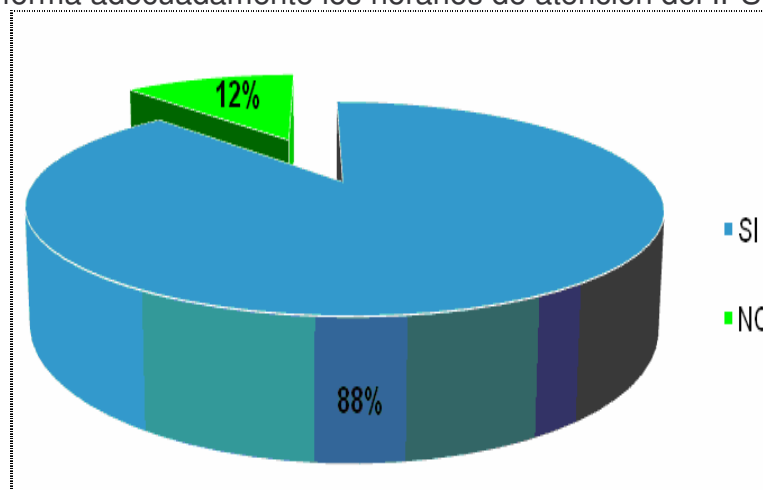
Gráfico 32. Total de trabajadores que considera que sus compañeros informan adecuadamente los servicios que se prestan en la empresa.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 33; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (88%) considera que sus compañeros informan de forma adecuada los horarios de atención de las IPS mientras un (12%) afirma que no debido a la falta de conocimiento sobre los horarios de atención que tienen los centros asistenciales y por que no es de su competencia saberlo.

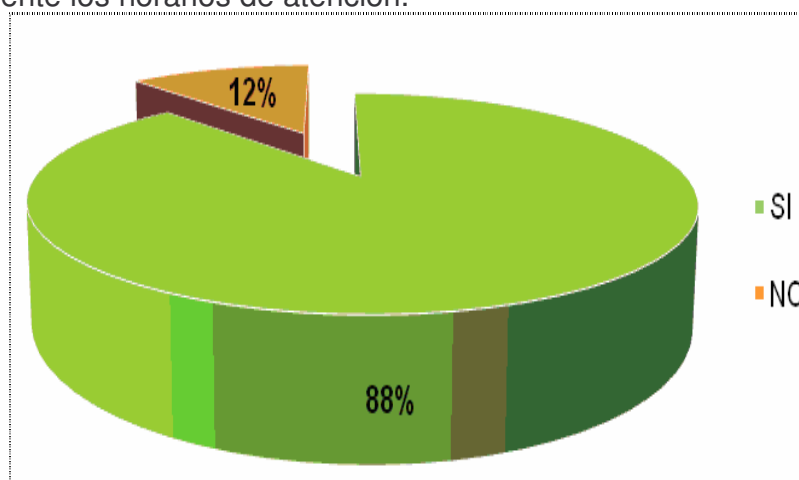
Gráfico 33 Informa adecuadamente los horarios de atención del IPS a los usuarios



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 34; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (88%) considera que sus compañeros informan adecuada a los usuarios sobre los documentos necesarios para su atención mientras el (12%) afirma que no debido a la falta de conocimiento sobre los documentos que la IPS requiere y por que no es su competencia saberlo ni hacerlo.

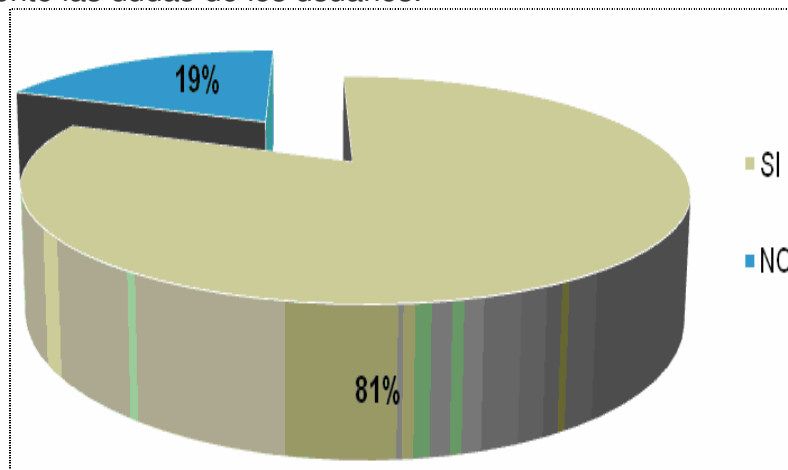
Gráfico 33. Total de trabajadores que considera que sus compañeros informan adecuadamente los horarios de atención.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 35; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (81%) considera que sus compañeros orientan de forma adecuada las dudas de los usuarios mientras el (19%) afirma que no debido a la falta de conocimiento, por que no es de su competencia saberlo ni hacerlo y por falta de adopción y aplicación del protocolo de atención al usuario.

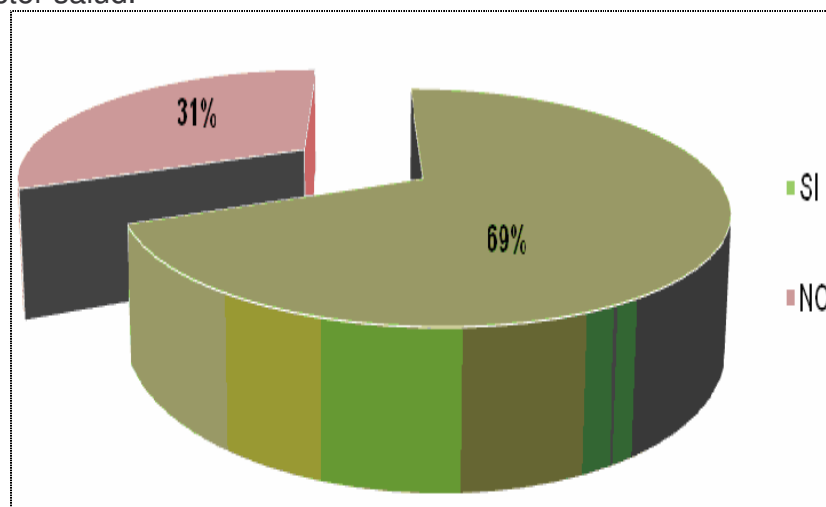
Gráfico 35. Total de trabajadores que considera que sus compañeros orientan adecuadamente las dudas de los usuarios.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 36; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (69%) conocen la función de las Ligas de Usuarios pero el (31%) la desconocen ya que no sabían sobre la existencia de estas en las IPS, falta de Auto información y por que no es su competencia saberlo.

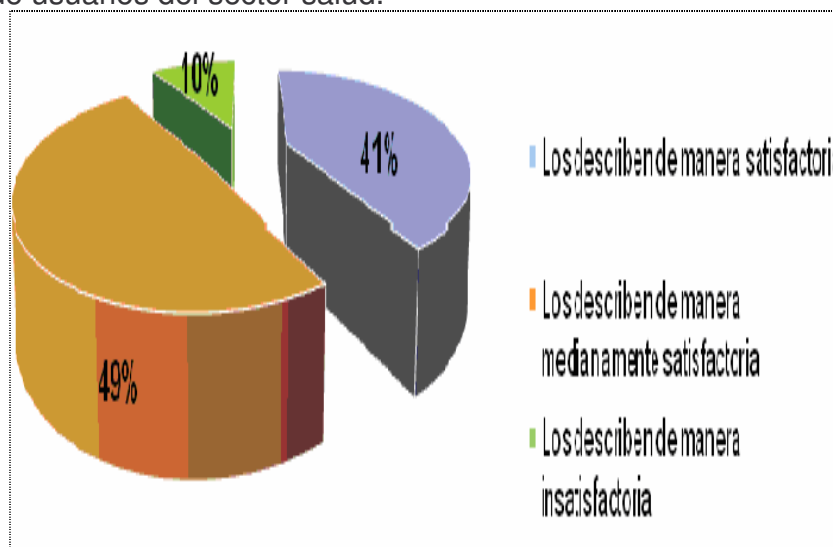
Gráfica 36. Total de trabajadores que conocen las funciones de la liga de usuarios del sector salud.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 37; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (41%) describen de manera satisfactoria la función de las Ligas de Usuarios, el (49%) medianamente satisfactoria y el (10%) de manera insatisfactoria.

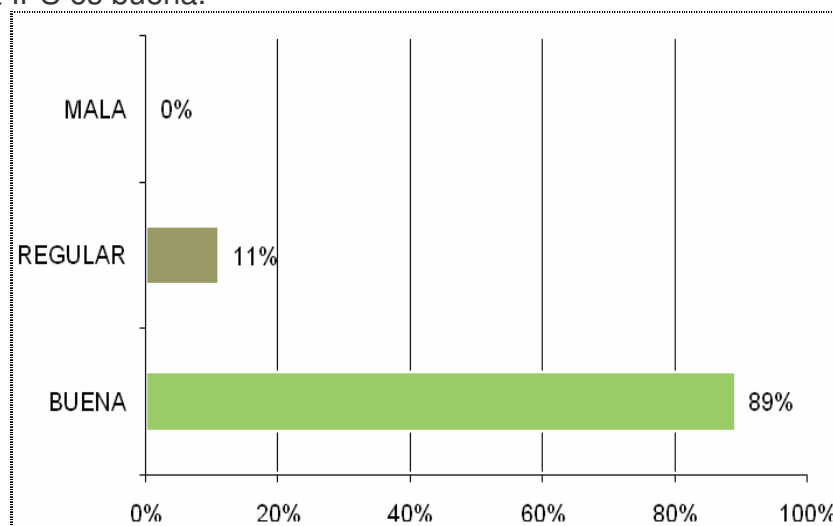
Gráfica 37. Total de trabajadores que describen satisfactoriamente las funciones de la liga de usuarios del sector salud.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 38; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E un (89%) afirma que la atención que prestan las IPS a los usuarios es buena, mientras que un (11%) afirma que dicha atención es regular o deficiente.

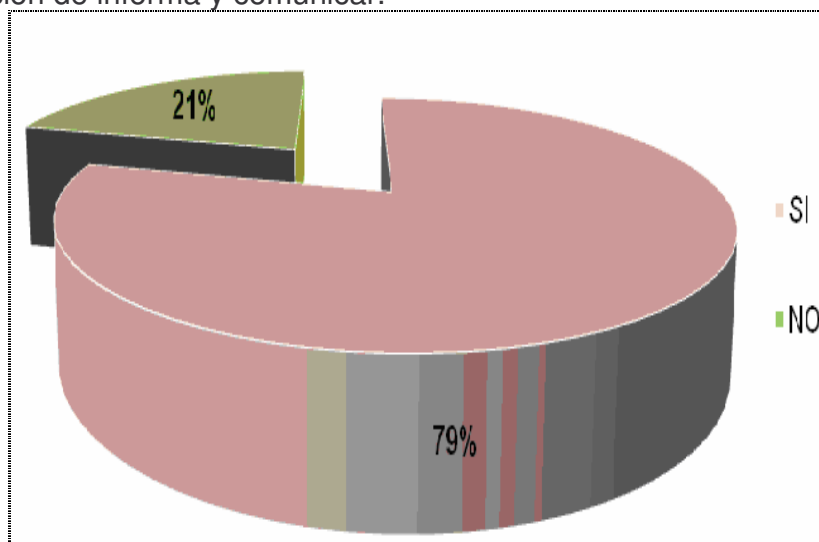
Gráfico 38. Total de trabajadores que considera que la atención en salud prestada por la IPS es buena.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 39; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (79%) afirma que las carteleras en la Empresa si cumplen la función de informar y comunicar, mientras que el (21%) considera que no debido a la mala ubicación de las carteleras y la no actualización de la información que se publica.

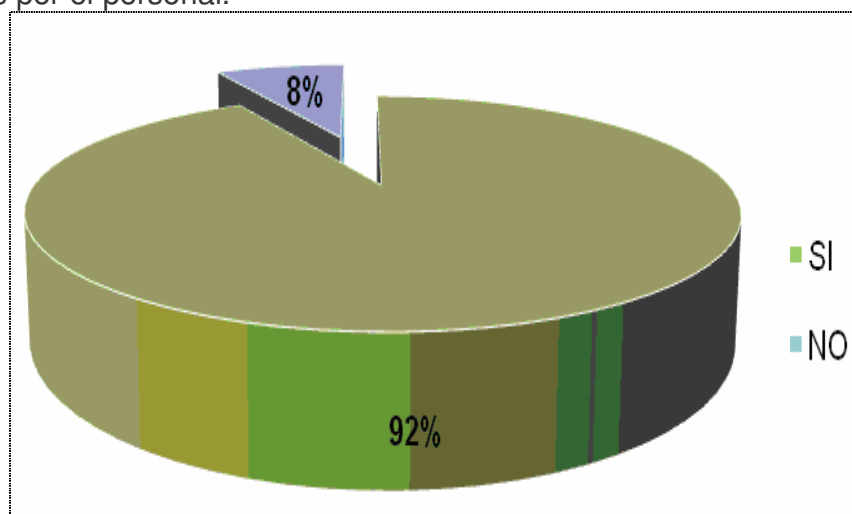
Gráfico 39. Total de trabajadores que considera que la cartelera de la IPS cumple con su función de informa y comunicar.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

Según el Gráfico 40; del total de trabajadores de Pasto Salud E.S.E el (92%) afirma que las capacitaciones son las solicitadas por el personal, mientras que un (8%) afirma lo contrario.

Gráfico 40. Total de trabajadores que considera que las capacitaciones son las solicitadas por el personal.



Fuente: Oficina de Control interno y gestión de la calidad.

El escaso porcentaje de funcionarios que describen de manera satisfactoria sus actividades y su contribución para alcanzar los objetivos corporativos de la empresa, muestra la necesidad de sensibilizar en los siguientes temas. Filosofía de la calidad, propósitos, importancia, ventajas, mejoras que se obtienen en la realización de los procesos, cambios en la cultura y clima organizacional y el compromiso que debemos asumir para alcanzar el éxito en la implementación y puesta en marcha el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en la empresa Pasto Salud ESE.

A las preguntas con los verbos conoce, sabe y/o entiende; la mayoría de los funcionarios encuestados afirmaron si conocer, si saber, y si entienden la plataforma estratégica, principios y objetivos corporativos de la empresa (escenario ideal del sistema de gestión de calidad con énfasis en la atención a los usuarios) A esta clase de preguntas, la respuesta no disminuyó del 75% que afirmo conocer, saber y/o entender satisfactoriamente lo solicitado.

A las preguntas con los verbos describa, complementa y explique; los mismos funcionarios encuestados no describen, no complementaron ni mucho menos explicaron satisfactoriamente la plataforma estratégica, principios y objetivos corporativos de la empresa (escenario real; pero al mismo tiempo interesante para establecer un proceso de mejora continua con énfasis en la atención a los usuarios). Para esta clase de preguntas, la respuesta sólo alcanzo un máximo de 33% de los funcionarios que describió, complemento y/o explico satisfactoriamente lo solicitado.

A la pregunta con conoce usted, el protocolo de atención al usuario y el código de ética que rige sus labores diarias en la empresa; la mayoría de los funcionarios encuestados afirmaron si conocer el protocolo de atención al usuario y el código de ética de la empresa pero en esta oportunidad disminuyó al 65%. Esta pregunta esta más directamente relacionada con la atención al usuario. Cuando se les pidió que continuaran con la descripción. Sólo el 3% de los encuestados describió satisfactoriamente lo solicitado.

A la pregunta conoce usted el portafolio de servicios de la empresa, el 75% afirma si conocer el portafolio de servicios de la empresa; Pero nuevamente cuando se les pide continuar con la descripción sólo el 2% de los encuestados lo hicieron satisfactoriamente.

Es evidente, que la empresa Pasto salud ESE., debe fortalecer las acciones de comunicación, autocontrol y auditoria interna para el mejoramiento de la calidad; procurando más cuidado y compromiso con el cumplimiento de los estándares que garanticen la calidad, ejecutando mejor las actividades para lograr satisfacer las necesidades y perspectivas de los usuarios y disminuir los riesgos a que se exponen durante la atención.

4.2 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES AMENAZAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS PASTO SALUD ESE.

Tabla 2. Factores externos oportunidades vrs amenazas Pasto Salud ESE.

FACTOR	Oportunidades			Amenazas		
• Económicos	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
La apertura económica		X				
EI TLC		X				
Estabilidad de la política económica		X				

FACTOR	Oportunidades			Amenazas		
• Políticos	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Política del País					X	
Cambios en los entes gubernamentales				X		
Reformas para el Sector Salud				X		
Normatividad vigente	X					
Falta de credibilidad en las instituciones del Estado				X		
Compromisos políticos				X		
Renovación en la clase dirigente						X

FACTOR	Oportunidades			Amenazas		
• Sociales	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Actual Sistema de Seguridad Social	X					
Participación comunitaria	X					
Incremento de índices delincuenciales y accidentes de tránsito		X				
Bajo nivel socio cultural y educativo de la población					X	
Presencia en el municipio de Pasto de población pobre, vulnerable y en situación de desplazamiento	X					

FACTOR	Oportunidades			Amenazas		
• Tecnológicos	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Tecnologías de información y comunicaciones	X					
Automatización de procesos para optimizar el uso de tiempos y respuestas.		X				
Sistemas de Información	X					
FACTOR	Oportunidades			Amenazas		

• Competitivos	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Alianzas estratégicas de la potencial competencia.				X		
Nuevos competidores				X		
Proyectos de ayuda internacional	X					

FACTOR	Oportunidades			Amenazas		
Geográficos	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Dificultad en el acceso a IPS					X	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación.

Tabal 3. Factores internos debilidades vrs fortalezas Pasto Salud ESE.
Salud ESE.

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
• Capacidad Directiva	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Imagen Corporativa.		X				
Uso de los planes estratégicos		X				
Evaluación y pronóstico del medio				X		
Flexibilidad de la estructura organizacional					X	
Crecimiento institucional y fortalecimiento del primer nivel de atención.				X		
Comunicación y Compromiso Gerencial				X		
Orientación empresarial			X			
Disposición para enfrentar la competencia.						X
Sistema de Información gerencial			X			

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
• Capacidad Tecnológica	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Capacidad de Innovación tecnológica					X	
Infraestructura tecnológica actual						X
Herramientas de software			X			
Licenciamiento			X			
Soporte técnico					X	
Resistencia a cambios tecnológicos			X			
Planes de contingencia		X				
Seguridad de la información					X	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación.

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
• Capacidad Talento Humano						
Nivel académico del personal				X		
Resistencia al cambio			X			
Rotación de Personal		X				
Sentido de Pertenencia						X
Motivación						X
Nivel de remuneración						X
Falta de capacitación en generalidades ESE		X				
Manejo Riesgos profesionales					X	
Evaluación de desempeño			X			
Experiencia					X	
Elevado número de personal de contratado por OPS		X				
Estabilidad laboral		X				

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
• Capacidad Competitiva						
Prestación del servicio					X	
Participación del Mercado				X		
Bajos costos de ventas de servicios					X	
Credibilidad ante Proveedores				X		
Disponibilidad de insumos					X	
Acceso a las IPS					X	
Portafolio de nuevos servicios		X				
Manual tarifario			X			
Satisfacción de los usuarios					X	
Captación de nuevos clientes						X

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
• Capacidad Financiera						
Acceso a capital y créditos Bancarios					X	
Rentabilidad, retorno de inversión					X	
Liquidez, y disponibilidad de recursos propios.		X				
Recuperación de cartera		X				
Atención oportuna obligaciones con proveedores					X	

FACTOR	Debilidades			Fortalezas		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
• Capacidad Instalada						
Falta de infraestructura propia	X					
Disposición de instalaciones y dotación puntos de atención				X		
Ubicación centros de atención en el sector rural y urbano				X		

Fuente: Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 4. Matriz de impactos DOFA factores claves Pasto Salud ESE.

Fortalezas	Debilidades
F1. Evaluación y pronóstico del sector salud. F2. Crecimiento institucional y fortalecimiento del primer nivel de atención. F3. Comunicación y Compromiso Gerencial F4. Bajos costos de venta de servicios F5. Disposición para enfrentar la competencia. F6. Nivel académico del personal vinculado. F7. Prestación del servicio de urgencias. F8. Credibilidad ante Proveedores F9. Disposición estratégica de instalaciones y dotación puntos de atención urbanos y rurales. F10. Ubicación centros de atención en el sector rural y urbano	D1. Débil Imagen Corporativa. D2. Cumplimiento de los planes estratégicos. D3. Planes de Contingencia. D4. Rotación de Personal y estabilidad laboral. D5. Falta de infraestructura propia D6. Liquidez y disponibilidad de recursos propios D7. Recuperación de cartera. D8. Elevado numero de personal contratado por Ordenes de Prestación de Servicios D9. Falta de capacitación en generalidades ESE.
Oportunidades	Amenazas
OP1. Normatividad vigente. OP2. Actual Sistema de Seguridad Social. OP3. Presencia en el municipio de Pasto de población pobre, vulnerable y en situación de desplazamiento. OP4. Participación comunitaria. OP5. Tecnologías de información y comunicaciones. OP6. Sistemas de Información. OP7. Proyectos de ayuda internacional. OP8. Factores económicos (apertura, TLC, política económica).	AM1. Cambios en los entes gubernamentales AM2. Reformas para el sector salud. AM3. Falta de credibilidad en las instituciones del estado. AM4. Compromisos políticos. AM5. Nuevos competidores AM6. Alianzas estratégicas de la potencial competencia.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación.

4.3 PLAN DE ACCION SOGCS. PASTO SALUD ESE.

Teniendo en cuenta el diagnostico anterior y la identificación de las fortalezas, debilidades oportunidades y amenazas de la empresa es necesario hacer un plan de acción que contenga básicamente unas entradas, unas actividades y unas salidas de tal manera que se permita visualizar en forma didáctica y objetiva lo que se pretende documentar, aprobar y socializar para implementar el SOGCS., en la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

Tabla 5. Matriz de Plan de Acción. Requisito NTC GP 1000-2004.

ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS (RESPONSABLES)
1. Cronograma general de Actividades NTC GP 1000 2004.	Elaboración de cronograma General de actividades. SGC	Socialización del cronograma General de Actividades (Oficina de Planeación)
2. Adopción de la norma técnica de calidad NTC GP 1000 2004.	Elaboración de actas, Resoluciones y formatos del SGC.	Cumplimiento de requisitos legales Socialización de los documentos (Oficina Jurídica)
3. Compromiso formal de la alta dirección NTC GP 1000 2004.	Conformación del Comité dirección de calidad y equipo operativo Calidad del SGC.	Actas y resoluciones aprobadas y socializadas por el (Comité Coordinador de Calidad)
4. Socialización NTC GP 1000 2004; Propuestas de Política de calidad, Visión, Misión y Objetivos de Calidad.	Divulgación de la documentación e implementación del SGC.	Evidencia de actividades y socialización (actas, listados de asistencia) (Comité operativo de calidad)
5. Mapa de procesos y Contenido del Manual de procesos y subprocesos	Elaboración del mapa de Procesos Ajustes a procesos y elaboración de nuevos procesos y subprocesos	Socialización del mapa de procesos. Aprobación de ajustes y nuevos a proceso y subprocesos. (Of. Planeación)
6. Ficha técnica y diligenciamiento de Procesos y subprocesos.	Diseño de la ficha técnica y diligenciamiento de procesos y subprocesos	Socialización de caracterización de procesos y subprocesos. (Oficina de Planeación y comité operativo calidad)
7. Identificación de Mapa de Riesgos de Pasto Salud ESE.	Diseño documental y ajuste de mapa de riesgos para el SOGCS	Socialización de Mapa de riesgos. (Oficina de Planeación Comité operativo de calidad)
8. Políticas de comunicación Pública SGC de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.	Diseño e implementación SOGCS y recolección de evidencias documentales.	Evidencias de implementación del SGC. Control de riesgos, resultados de indicadores. socialización de código de Ética (Oficina de Planeación)
9. Interrelación entre procesos y requisitos NTCGP 1000:2004.	Recolección de evidencias documentales e implementación.	Socialización de la matriz de responsabilidad del SOGCS.(Oficina de Planeación y comité operativo de calidad)
10. Indicadores de SOGCS Circular 049 Super Salud	Presentación y ajuste del Informe de indicadores circular 049	Informe reportado a la super salud según circular 049 (Oficina de Planeación y comité operativo de calidad)

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

4.3.1 Cronograma general de actividades norma NTC GP 1000-2004.

Gráfico 41. Gráfico 41 Cronograma general de actividades proyecto de calidad.

FASES DEL PROYECTO NTC GP 1000 2004.	MES DEL AÑO											
	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Diagnostico SGC.	X	X	X									
Plantación y Sensibilización SGC.				X	X	X						
Diseño SGC.							X	X				
Implementación SGC.									X	X		
Evaluación SGC.										X	X	

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

4.3 2 Creación de los comités coordinador y operativo de calidad. El representante legal mediante acto administrativo interno conforma el comité coordinador de calidad y el comité operativo de calidad, los cuales están constituidos por funcionarios de diferentes disciplinas académicas y de la mayor cantidad de áreas de la empresa. Estos comités están en coordinación con el representante legal y son quienes aprueban los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad en la empresa.

La sensibilización en el tema de calidad y en los principios de la norma, para afianzar la cultura de calidad entre los funcionarios, procurando evitar resistencias hacia esta norma, es conveniente comenzar con una sensibilización general frente a la filosofía, propósitos, importancia, ventajas, mejoras que se obtienen en la realización de los procesos, cambios en la cultura y clima organizacional y el compromiso que deberán tener todos para alcanzar el éxito en la implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad.

La implantación del Sistema de Gestión de Calidad es, fundamentalmente un proceso de comunicación, pues a través de él se pretende homologar las mejores prácticas de la Empresa, ponerlas en común entre quienes las deben aplicar y re-

cibir de ellos las propuestas de mejoramiento que permitan que el proyecto de implementación no solo sea exitoso sino participativo.

En ese orden de ideas, el establecimiento de un plan de comunicaciones es una herramienta necesaria para que el sistema se construya con la participación activa de todos los funcionarios y para que la dirección pueda hacer manifiesto su compromiso con la calidad.

Este plan debe además servir de plataforma para que, una vez implementado el sistema, se garantice una comunicación interna que contribuya al mantenimiento y mejoramiento del sistema.

Generalmente las comunicaciones se estructura bajo el modelo Mensaje-Emisor-Medio-Frecuencia-Perceptor-Respuesta, que describe la secuencia básica de cualquier proceso de comunicación.

La determinación de recursos: La alta dirección proveer los recursos humanos, tecnológicos, físicos, económicos y de infraestructura necesarios para la puesta en marcha e implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la empresa.

Articulación del proyecto de calidad con otros proyectos internos: En la planeación del diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se prevé la complementariedad y articulación de éste con otros sistemas, como son: Sistema de Desarrollo Administrativo, Sistema de Control Interno (Modelo Estándar de Control Interno), Sistema de Información Financiera, Sistema de Carrera Administrativa y demás que hagan parte de la organización; de tal forma que se logren optimizar los recursos y lograr la eficiencia, eficacia y efectividad en la administración de los mismos.

4.3.3 Compromiso formal de la alta dirección con el SOGCS. La planeación define la estructura organizativa del proyecto, así mismo se determinan las actividades a efectuar en el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar).

Conforme lo establece la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004 la máxima autoridad de cada empresa tendrá la responsabilidad de desarrollar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de Calidad, por lo tanto, el compromiso de la alta dirección será fundamental para lograr el éxito en la implementación del Sistema en armonía con los preceptos legales.

Es importante precisar que el incumplimiento del representante legal en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, la Ley 872 de 2003 lo tipifica como causal de mala conducta.

Acta de Compromiso No. 001 Implementación del Modelo estándar de control interno (MECI) y la norma técnica de calidad de gestión pública (NTC GP 1000: 2004) en la empresa social del estado pasto Salud ESE. Anexo F.

Resolución N° 0673 (02-10-2006); Por medio del cual se adopta la Norma Técnica de calidad en la gestión pública (NTCGP 100:2004).En la Empresa Social del Estado Pasto Salud. Ver Anexo G

Resolución N° 0784 (21-03-2007); Por medio del cual se modifica la resolución 0673 del 2 de octubre de 2006 Anexo I.

El sistema de gestión de la calidad debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos de esta norma permita el cumplimiento, total o parcial, de requisitos de otros sistemas.

En la implementación del sistema de gestión de la calidad se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos de convergencia, para evitar que se dupliquen esfuerzos. Específicamente, para el caso de los sistemas de control interno y de desarrollo administrativo.

4.3.4 Socialización de la NTC GP 1000 2004; SISTEMA GESTION DE CALIDAD.
ACTA N° 1 de fecha 9 de julio de 2008.

HORA: 8:30 a.m.

ASUNTO: Socialización de la Política de Calidad de la Empresa Social del Estado
Pasto Salud ESE.

Se reunieron en el Hotel Morasurco con el objeto socializar la Política de Calidad y conformar el Comité operativo de Calidad de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

El Dr. Carlos Torres Unigarro, Subgerente de Prestación de Servicios, hace una breve introducción, agradeciendo la asistencia de los participantes y da a conocer el plan de trabajo:

1. Presentación Plan de Gestión Gerencial, a cargo del Dr. EDISON BENAVIDES.
2. Presentación POA Prestación de Servicios, a cargo de la Dra Elizabeth Trujillo.
3. Revisión de la Política de Calidad.
4. Metodología de Trabajo.
5. Mesa de Trabajo.

1. El Dr. Edison Benavides, socializa de forma sucinta, su propuesta Gerencial 2008-2011, que presentó ante la Junta Directiva y solicita el compromiso de todos para el cumplimiento de las metas establecidas.

2. La Dra. Elizabeth Trujillo dentro de su intervención trata los siguientes aspectos:

a) Exposición del P.O.A 2008, donde se debe dar cumplimiento a los siguientes objetivos fundamentales

Prestar servicios de salud de bajo nivel de complejidad y complementarios con fundamento en los principios de respeto, calidad, calidez, efectividad y seguridad del paciente.

Consolidar un modelo de atención familiar con énfasis en la población vulnerable del municipio de Pasto.

Mejorar en forma continua y sostenible el sistema de información para garantizar la oportunidad y continuidad en la toma de decisiones.

Fortalecer el Sistema de Garantía de la Calidad.

Promover los mecanismos de participación ciudadana.

Garantizar mediante una gestión empresarial adecuada la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE.

b) La Subgerencia de Servicios de Salud debe presentar una propuesta de reorganización funcional de los servicios de salud, y conformar el comité de calidad: Comité Gerencial o Coordinador y Comité Operativo.

c) Se debe otorgar un nuevo enfoque al establecer una Política de Seguridad del Paciente.

d) Mejoramiento de infraestructura para ampliación, remodelación y obra nueva en las IPS de Pasto Salud ESE.

e) Operativización del Centro Obstétrico del Hospital Local Civil.

f) Fortalecimiento de Salud Familiar.

3.- A continuación el Dr. Luís Emilio Marín informa que dentro del Plan Operativo Anual 2008, está establecida la conformación del equipo de calidad y establecer la política de calidad. Se solicita al Dr. Víctor Melo da lectura al documento de Política de Calidad.

4.- Se procede a conformar cuatro grupos para realizar una propuesta de Política de Calidad para la Empresa.

4.3.4.1 Propuestas de la política de calidad.

GRUPO 1: Moderador: Dr. VICTOR MELO

Todas las actividades, programadas y procesos desarrollados por la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE irán encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas tanto del cliente externo como del cliente interno. En este contexto, será prioritario garantizar la seguridad del usuario al acceder a los servicios de salud centrandose esfuerzos en brindar una atención pertinente, efectiva y oportuna nuestra empresa buscara por todos los medios el mejoramiento continuo de su procesos, con especial énfasis en los asistenciales y los racionados con el manejo y gestión del talento humano. Es prioridad brindar una atención integral de calidad con respeto y humanismo que se refleje en un mejor estado de salud y bienestar de nuestros usuarios.

GRUPO 2 Moderador: Enf. MARIA E. ARAUJO

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. se compromete a desarrollar servicios de salud con los más altos estándares de calidad orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario interno y externo a través de una cultura de seguridad y mejoramiento continuo en búsqueda de la excelencia generando las condiciones necesarias para hacer de la prestación de los servicios asistenciales una práctica segura, impactar en la mejora de la calidad de vida y hacer de las instituciones de salud de la empresa organizaciones confiables.

La Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E reconoce que la atención de la salud es compleja y entraña riesgos que se deben al manejo de factores organizativos, actitudes de los profesionales y factores clínicos de los pacientes y por eso nos comprometemos a construir la calidad y seguridad de la atención con nuestra capacidad, conocimiento, ética y actitud para contribuir en el día a día al mejoramiento y seguridad de nuestros servicios, procurando la excelencia y la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros clientes externos e internos.

GRUPO 3 Moderador: Ing. DIANA BOLAÑOS

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, con su equipo de talento humano idóneo y ético, se compromete a prestar servicios de salud integrales con los más altos estándares de calidad, orientados a satisfacer las necesidades de los usuarios externos e internos, garantizando la seguridad del paciente, la oportunidad, accesibilidad, humanización y calidez del servicio

La empresa social del Estado PASTO SALUD ESE. Se compromete a dar cumplimiento a la normatividad vigente y demás requerimientos que conlleven a la acreditación y mejoramiento continuo

GRUPO 4 Moderador: Dra. CRISTINA SANTACRUZ

Propuesta de política de calidad

Nosotros la empresa social del estado PASTO SALUD ESE. Estamos comprometidos a prestar servicios de salud, con los más altos estándares de calidad, ética, humanismo respeto y responsabilidad social, dedicando nuestros esfuerzos al mejoramiento continuo para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población del municipio de Pasto.

4.3.4.2 Conformación de comité coordinador y comité operativo de Calidad:

GERENTE

1. COMITÉ COORDINADOR.

- SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
- SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.
- OFICINA JURÍDICA.
- TALENTO HUMANO.
- COORDINADORES DE RED.
- JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

2. COMITÉ OPERATIVO.

- GRUPO DE VERIFICADORES.
- GRUPO ACREDITADORES.
- GRUPO AUDITORES DE RED.
- GRUPO ADMINISTRATIVO DEFINIDO POR EL COORDINADOR.
- GRUPO APOYO OFICINA PLANEACIÓN.
- GRUPO AUDITORES DE CALIDAD DE OFICINA CONTROL INTERNO.

Cada coordinador de red debe hacer llegar la lista de las personas que conformarán el grupo de apoyo administrativo.

Siendo las 12:00 m. se da por terminada la reunión.

CARLOS H. TORRES UNIGARRO
Subgerente

LUÍS EMILIO MARÍN
Jefe Oficina Planeación

4.3.4.3 Visión. Ser la mejor Empresa Social del Estado en el sur occidente colombiano, reconocida por la calidad de sus servicios, generadora de rentabilidad social y auto sostenible.

4.3.4.4 Misión. Prestar servicios integrales de salud, prioritariamente los de bajo nivel de complejidad, a través de una red conformada por centros de atención estratégicamente ubicados en el municipio de Pasto, con fundamento en la ética, calidad y respeto por la dignidad humana.

4.3.4.5 Política de calidad. La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. se compromete a desarrollar servicios de salud con los más altos estándares de calidad orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario interno y externo a través de una cultura de seguridad y mejoramiento continuo en búsqueda de la excelencia, generando las condiciones necesarias para ser líderes en la prestación de los servicios de salud.

4.3.4.6 Objetivos de calidad:

1. Mejorar continuamente los procesos en la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
2. Fortalecer competencias laborales de los servidores de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, para prestar servicios de salud con pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad.
3. Integrar, consolidar y fortalecer los sistemas de Control Interno y Gestión de Calidad encaminados a la acreditación institucional.
4. Desarrollar estrategias que permitan dar cumplimiento a la política de Seguridad del Paciente.

4.3.5 Mapa de procesos de Pasto Salud ESE.

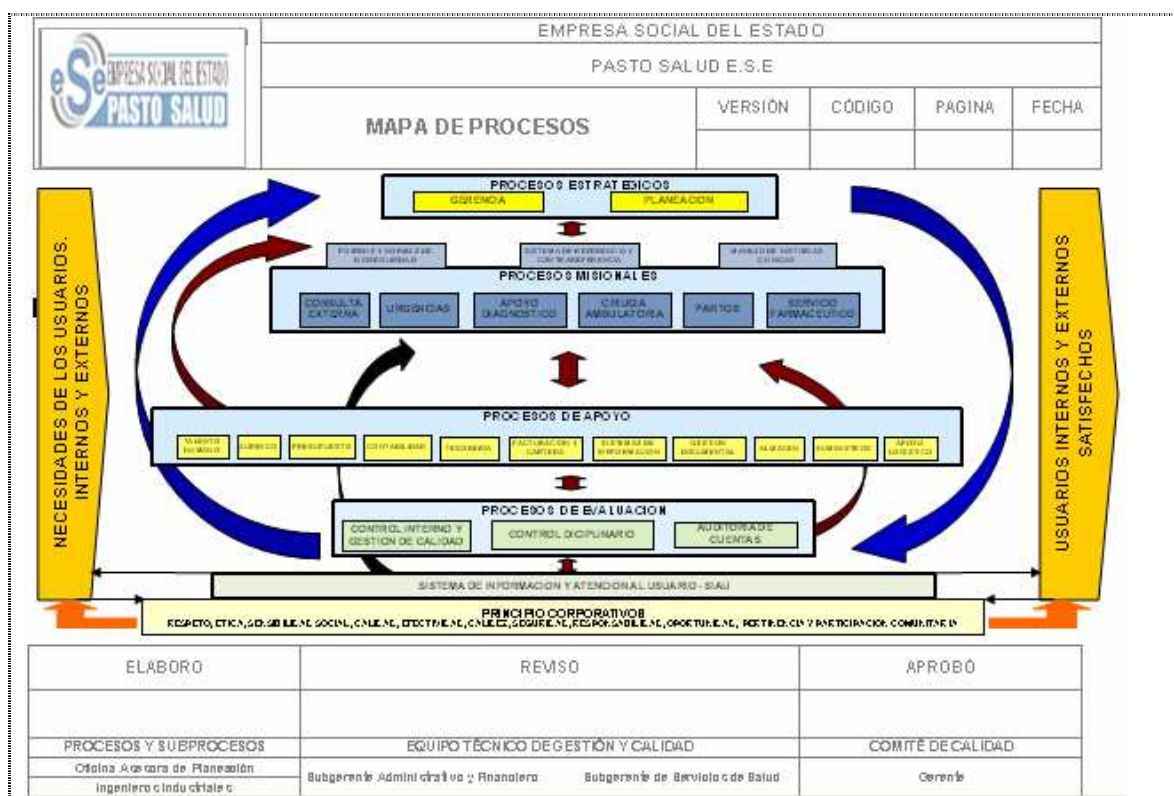
MACRO PROCESOS ESTRATEGICOS: Introducen las acciones tácticas de la organización.

MACRO PROCESOS MISIONALES: Hacen realidad la misión de la organización.

MACRO PROCESOS DE APOYO: Hacen referencia a las actividades de apoyo a las acciones estratégicas y misionales de la organización

MACRO PROCESOS DE EVALUACIÓN: Hacen visible los resultados de la organización.

Gráfico 42. Mapa de proceso de Pasto salud ESE.



Fuente Oficina Asesora de Planeación.

4.3.5.1 Contenido del manual de procesos y subprocesos.

Tabla 6. Macro procesos Estratégicos.

No.	TIPO	CODIGO	NOMBRE	VERSION
1	PROCESO	MP-PR-GE	GERENCIA	2
2	PROCESO	MP-PR-PL	PLANEACION	1
	SUBPROCESO	MP-SP-PL01	ELABORACION PLAN DE DESARROLLO	2
		MP-SP-PL02	ELABORACION PLAN OPERATIVO ANUAL	2
		MP-SP-PL03	FORMULACION DE PROYECTOS	2
		MP-SP-PL04	LEVANTAMIENTO, ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DE PROCESOS Y SUBPROCESOS	2

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 7. Macro procesos Misionales.

No.	TIPO	CODIGO	NOMBRE	VERSION
1	PROCESO	MP-PR-CE	CONSULTA EXTERNA	1
	SUBPROCESO	MP-SP-CE01	CONSULTA MEDICA GENERAL	2
		MP-SP-CE02	CONSULTA DE ODONTOLOGIA	2
		MP-SP-CE03	CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	2
		MP-SP-CE04	CONSULTA DE PSICOLOGIA	2
		MP-SP-CE05	CONSULTA ESPECIALIZADA	2
		MP-SP-CE06	VACUNACION	2
		MP-SP-CE07	CERTIFICACION MEDICA	2
		MP-SP-CE08	ATENCION EN SALA ERA	1
		MP-SP-CE09	HIGIENE ORAL	1
		MP-SP-CE10	CONSULTA PRIORITARIA	1
2	PROCESO	MP-PR-UR	URGENCIAS	1
	SUBPROCESO	MP-SP-UR01	TRIAGE DE URGENCIAS	2
		MP-SP-UR02	CONSULTA DE URGENCIAS	2
		MP-SP-UR03	OBSERVACION U HOSPITALIZACION	2
		MP-SP-UR04	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO	2
3	PROCESO	MP-PR-PT	PARTOS	1
	SUBPROCESO	MP-SP-PT01	PARTO DE BAJA COMPLEJIDAD	2
		MP-SP-PT02	ATENCION AL RECIEN NACIDO	2
4	PROCESO	MP-PR-CA	CIRUGIA AMBULATORIA	1
	SUBPROCESO	MP-SP-CA01	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	2

5	PROCESO	MP-PR-AD	APOYO DIAGNOSTICO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-AD01	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	2
		MP-SP-AD02	PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	2
		MP-SP-AD03	IMÁGENES Y REGISTROS DIAGNOSTICOS	2
		MP-SP-AD04	LECTURA DE CITOLOGIAS	2
		MP-SP-AD05	LECTURA DE BACILOSCOPIAS	2
		MP-SP-AD06	COLPOSCOPIA	2
		MP-SP-AD07	TOMA DE RX ODONTOLOGICOS	2
		MP-SP-AD08	PROCESAMIENTO DE UROCULTIVOS Y ANTIBIOGRAMA	2
6	PROCESO	MP-PR-SF	SERVICIO FARMACEUTICO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-SF01	SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS	2
		MP-SP-SF02	RECEPCION, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS	2
		MP-SP-SF03	MANEJO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	2
		MP-SP-SF04	CONTROL DE INVENTARIO DE MEDICAMENTOS	2
		MP-SP-SF05	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	2
		MP-SP-SF06	DESNATURALIZACION DE MEDICAMENTOS	2
		MP-SP-SF07	SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO	1
		MP-SP-SF08	FARMACOVIGILANCIA	1
		MP-SP-SF09	TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS	2

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 8. Macro procesos de Apoyo.

1	PROCESO	MP-PR-PR	PRESUPUESTO	
	SUBPROCESO	MP-SP-PR01	EXPEDICION CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	2
		MP-SP-PR02	EXPEDICION REGISTRO PRESUPUESTAL	2
		MP-SP-PR03	TRASLADOS PRESUPUESTALES	2
		MP-SP-PR04	REEMBOLSOS O REINTEGROS DE CAJA MENOR	2
	SUBPROCESO	MP-SP-PR05	VIGENCIAS FUTURAS	2
		MP-SP-PR06	CIERRE MENSUAL	2
		MP-SP-PR07	ENTREGA DE INFORMES A ENTES EXTERNOS	2
		MP-SP-PR08	CIERRE VIGENCIA FISCAL	2

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

2	PROCESO	MP-PR-CO	CONTABILIDAD	1
	SUBPROCESO	MP-SP-CO01	ELABORACION DE ORDENES DE PAGO PARA CONTRATOS, ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS, ORDENES DE COMPRA	2
		MP-SP-CO02	ORDENES DE PAGO PARA PAGO DE SERVICIOS	2
		MP-SP-CO03	ELABORACION DE ORDENES DE PAGO PARA PAGO DE NOMINA	2
		MP-SP-CO04	ELABORACION ORDENES DE PAGO PLANILLA CONTRATISTAS	2
		MP-SP-CO05	ORDEN DE PAGO PARA REINTEGRO DE CAJA MENOR	2
		MP-SP-CO06	FENECIMIENTO DE LOS GASTOS DE CAJA MENOR	2
		MP-SP-CO07	ENTREGA DE INFORMES A ENTES DE CONTROL	2
		MP-SP-CO08	MANEJO DE CAJA MENOR	2
		MP-SP-CO09	ELABORACION DE ESTADOS FINANCIEROS	1
		MP-SP-CO10	LEGALIZACION DE AVANCES Y ANTICIPOS	1
3	PROCESO	MP-PR-TE	TESORERIA	2
	SUBPROCESO	MP-SP-TE01	INGRESO DE RECURSOS POR CAJA Y BANCOS	2
		MP-SP-TE02	PAGO A PROVEEDORES	2
		MP-SP-TE03	ARQUEO CAJA FACTURACION DE SERVICIOS	2
		MP-SP-TE04	PAGO DE NOMINA, PLANILLA DE PAGO A CONTRATISTAS	2
		MP-SP-TE05	ORDEN DE PAGO Y ORDEN DE GASTO	2
		MP-SP-TE06	PAGO DE APORTES	2
4	PROCESO	MP-PR-JU	JURIDICO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-JU01	ELABORACIÓN DE CONTRATOS	2
		MP-SP-JU02	LICITACIÓN E INVITACIÓN PUBLICA	2
		MP-SP-JU03	REPRESENTACION JUDICIAL DE LA EMPRESA	1
		MP-SP-JU04	REVISION ACTOS ADMINISTRATIVOS	2
		MP-SP-JU05	EMISION DE CONCEPTOS JURIDICOS	2
		MP-SP-JU06	INFORME A CONTRALORÍA	2
		MP-SP-JU07	RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION	1

5	PROCESO	MP-PR-TH	TALENTO HUMANO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-TH01	REPORTE DE CARGOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA A LA COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL	1
		MP-SP-TH02	VINCULACION DE PERSONAL EN PROVISIONALIDAD Y EN PERIODO DE PRUEBA A CARGOS DE CARRERA	1
		MP-SP-TH03	VINCULACION PERSONAL DE CONTRATO	2
		MP-SP-TH04	INDUCCION Y REINDUCCION AL PERSONAL	2
		MP-SP-TH05	LIQUIDACION DE NOMINA	2
		MP-SP-TH06	EVALUACION Y CALIFICACION DE PERSONAL DE CARRERA ADMINISTRATIVA	2
		MP-SP-TH07	INFORMES DE CONTRATACION	2
		MP-SP-TH08	LIQUIDACION PLANILLA DE PAGO A CONTRATISTAS	2
6	PROCESO	MP-PR-SU	SUMINISTROS	1
	SUBPROCESO	MP-SP-EM01	ORDEN DE COMPRA INFERIOR A 20 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES	2
7	PROCESO	MP-PR-AL	ALMACEN	1
	SUBPROCESO	MP-SP-AL01	INGRESO DE ELEMENTOS A ALMACÉN	2
		MP-SP-AL02	EGRESO DE ELEMENTOS DE ALMACÉN	2
		MP-SP-AL03	EGRESO DE ELEMENTOS POR COMODATO	2
		MP-SP-AL04	EGRESO DE ELEMENTOS POR BAJA DE ELEMENTOS INNECESARIOS Y OBSOLETOS	2
		MP-SP-AL05	EGRESO DE ELEMENTOS POR BAJA CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR	2
		MP-SP-AL06	EGRESO DE ELEMENTOS POR PERDIDA O ROBO	2
		MP-SP-AL07	EGRESO DE ELEMENTOS POR BAJA A OTRA EMPRESA PUBLICA	2
		MP-SP-AL08	INVENTARIO DE ELEMENTOS	2
		MP-SP-AL09	EXPEDICION PAZ Y SALVO DE ALMACEN	2
		MP-SP-AL10	DEVOLUCION DE INSUMOS	1
8	PROCESO	MP-PR-SI	SISTEMAS DE INFORMACION	1
	SUBPROCESO	MP-SP-SI01	FACTURACION	2
		MP-SP-SI02	FACTURACION MANUAL	2
		MP-SP-SI03	ANULACION DE FACTURAS	2
		MP-SP-SI04	CORRECCION DE FACTURAS	2
		MP-SP-SI05	CAPTURA Y VALIDACION DE RIPS	2

9		MP-SP-SI06	ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS	2
		MP-SP-SI07	COPIAS DE SEGURIDAD	2
		MP-SP-SI08	VALIDACION Y CONSOLIDACION DE RIPS	2
		MP-SP-SI09	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE HARDWARE	2
		MP-SP-SI10	CREACION DE USUARIOS	2
		MP-SP-SI11	ASISTENCIA Y SOPORTE TECNICO DE HARDWARE Y SOFTWARE	2
		MP-SP-SI12	ADQUISICION DE HARDWARE Y SOFTWARE	2
		MP-SP-SI13	DESARROLLO DE SOFTWARE	2
		MP-SP-SI14	PROGRAMACION Y SEGUIMIENTO A EJECUCION DE ACTIVIDADES DE PYP	1
		MP-SP-SI15	ENTREGA DE INFORMACION	1
	PROCESO	MP-PR-AP	APOYO LOGISTICO	2
	SUBPROCESO	MP-SP-AP01	SOLICITUD DE AUDITORIO Y/O AYUDAS AUDIOVISUALES	2
		MP-SP-AP02	SALIDA DE AYUDAS AUDIOVISUALES DE LA SEDE ADMINISTRATIVA	2
		MP-SP-AP03	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS DE LA RED PUBLICA	2

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 9. Macro procesos de Evaluación y Seguimiento.

1	PROCESO	MP-PR-CI	CONTROL INTERNO DE GESTION Y CALIDAD	1
	SUBPROCESO	MP-SP-CI01	CONSOLIDACION Y REVISION DE INFORMES PARA RENDICION DE CUENTAS AL ORGANISMOS DE CONTROL	2
		MP-SP-CI02	SEGUIMIENTO A PROCESOS ADMINISTRATIVOS	2
		MP-SP-CI03	SEGUIMIENTO A PROCESOS ASISTENCIALES	2
		MP-SP-CI04	AUDITORIA A QUEJA PUNTUAL	2
		MP-SP-CI05	AUDITORIA AL MANEJO DE CAJA MENOR	2
			LINEAMIENTOS PARA AUDITORIA	1
2	PROCESO	MP-PR-CD	CONTROL INTERNO DICIPLINARIO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-CD01	PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO	2
3	PROCESO	MP-PR-AU	AUDITORIA DE CUENTAS	1
	SUBPROCESO	MP-PR-AU1	TRAMITE DE RESPUESTA A OBLIGACIONES	1

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 10. Nuevos procesos y subprocesos Pasto Salud ESE.

No.	TIPO	CODIGO	NOMBRE	VERSION
1	PROCESO	MP-PR-PR	PRESUPUESTO	1
	SUBPROCESO	MP-SP-PR09	REGISTRO DE OBLIGACIONES	1
2	PROCESO	MP-PR-TE	TESORERIA	1
	SUBPROCESO	MP-SP-TE01	INGRESO DE RECURSOS POR CAJA	2
		MP-SP-TE02	INGRESO DE RECURSOS POR BANCOS	2
		MP-SP-TE03	EGRESOS	2
		MP-SP-TE04	ARQUEO DE CAJA, FACTURACION POR VENTA DE SERVICIOS; CAJERO PRINCIPAL	2
		MP-SP-TE05	ARQUEO DE CAJA, FACTURACION POR VENTA DE SERVICIOS, POR AUXILIAR ADMINISTRATIVO, CAJERO O ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE RED	2
3	PROCESO	MP-PR-FC	FACTURACION Y CARTERA	1
	SUBPROCESO	MP-SP-FC01	TRAMITE DE CUENTAS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A CREDITO, POR FACTURACION	2
		MP-SP-FC02	TRAMITE DE CUENTAS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A CREDITO, POR CAPITACION	2
4	PROCESO	MP-PR-CD	ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	1
		MP-PR-GD	GESTION DOCUMENTAL	1
	SUBPROCESO	MP-SP-GD03	TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL	1
		MP-SP-GD04	ARCHIVO CENTRAL	1
		MP-SP-GD05	CONTROL DE DOCUMENTOS	1
		MP-SP-GD06	CONTROL DE REGISTROS	1
5	PROCESO	MP-PR-SI	SISTEMAS DE INFORMACION	1
	SUBPROCESO	MP-SP-SI15	ADMINISTRACION DE LA PAGINA WEB	1
		MP-SP-SI16	DISEÑO Y ESTANDARIZACION DE FORMATOS	1
6	PROCESO	MP-PR-CI	CONTROL INTERNO DE GESTION Y CALIDAD	1
	SUBPROCESO	MP-PR-CI06	CONTROL PRODUCTO NO CONFORME	1
		MP-PR-CI07	ACCION CORRECTIVA Y PREVENTIVA	1
7	PROCESO	MP-PR-AU	AUDITORIA DE CUENTAS	1
	SUBPROCESO	MP-PR-AU1	TRAMITE DE RESPUESTA A OBLIGACIONES	1

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

4.3.6 Ficha técnica y diligenciamiento del proceso. El diligenciamiento de la ficha de caracterización de los procesos y subprocesos establecida por Pasto Salud, E.S.E es de carácter obligatorio en todas sus casillas.

Los componentes de las fichas son:

FICHA CARACTERIZACION DE PROCESO: DEFINICIONES

PROCESO: Se describe le conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar un valor agregado. (Trasforman las entradas en resultados). Ver anexo

VERSION: Elemento que determina el numero de edición o actualización.

CODIGO: Mecanismo utilizado para poder identificar los documentos del sistema de gestión de calidad. Los códigos pueden ser numéricos, alfabéticos, alfanuméricos.

PAGINA: Identificación numérica que determina la cantidad de folios de los cuales se compone la caracterización del procesos o subprocesos.

Fecha: Fecha en la cual se establece o se actualiza el proceso o subproceso

OBJETIVO DEL PROCESO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual esta dirigido un plan, programa, proyecto, procesos y subproceso.

ALCANCE: Se identifica la actividad inicial y la actividad final del proceso a desarrollar.

INICIA: Primera actividad para poder dar la iniciación al desarrollo del proceso.

TERMINA: Ultima actividad que se lleva a cavo para dar cumplimiento del objetivo planteado.

RECURSOS: Elementos, materiales y equipos necesarios utilizados para lograr el objetivo.

DOCUMENTOS APLICADOS: Documentos necesarios utilizados para poder desarrollar las actividades planeadas.

CONTROLES: Instrumentos, elementos o métodos necesarios, para garantizar la calidad de los servicios.

REGISTRO: Documento en el cual se presenta los resultados obtenidos o documento que proporciona evidencia de las actividades desarrolladas.

MEDICION, SEGUIMIENTO Y MEJORA: Elementos o métodos que permiten monitorear las variables claves de los procesos; que permitan aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos.

REQUISITOS POR CUMPLIR (NORMATIVIDAD): Referencia las normas, leyes, acuerdos, decretos, vigentes que aplican a la empresa y a los procesos desarrollados en ella.

PROCESOS DE APOYO: Procesos que sirven de soporte para lograr el objetivo propuesto.

ENTRADA: Hace referencia a los procesos, subprocesos, elementos e insumos, o materiales necesarios para poder desarrollar el proceso.

PROVEEDOR: Organización, procesos o persona que nos proporciona un producto o servicio.

ACTIVIDADES: Descripción de las actividades a desarrollar: P: Planear: Descripción general de las actividades, proyectos o programas de las actividades que se van a desarrollar; H: Hacer: Descripción de las actividades de producción o ejecución del proceso o la forma que se presta un servicio; V: Verificar: Descripción de actividades o métodos que permitan confirmar que las actividades se están desarrollando adecuadamente; A: Actuar: Mostrar las acciones que se tomarán después de haber ejecutado las actividades planeadas para lograr el mejoramiento continuo de los procesos

RESPONSABLE: Es Quien asuma el cargo y debe cumplir con las obligaciones para la consecución del objetivo.

PRODUCTO/SALIDA: Resultado de las actividades desarrolladas en los procesos: (producto o servicio).

CLIENTE: Persona o empresa que requiere del producto o servicio.

INDICADOR: Elemento de control, que permite evaluar la gestión de cada uno de los procesos y de la empresa de forma cuantitativa y cualitativa.

FRECUENCIA: Determina el número de repeticiones del hecho, para medir o determinar el comportamiento del indicador, en intervalos cortos de tiempo.

FORMULA: Expresión en términos precisos que permite medir la eficiencia, eficacia o efectividad del desarrollo del proceso y subproceso.

ELABORO: En este campo se registra la firma del profesional responsable del levantamiento el proceso o subproceso y la firma de jefe de oficina dueño del proceso.

REVISOR: En este campo se registra la firma del Subgerente administrativo y financiero y Subgerente de Servicios a los procesos establecidos en la ESE. (Estratégico, misional, de apoyo y de evaluación).

APROBO: En este campo se registra la firma del gerente o gerente (e) encargado, una vez se hayan diligenciado los anteriores campos y así se proceder a su difusión y aplicación.

Ficha técnica y diligenciamiento de subprocesos.

SUBPROCESO: Son las actividades que por su tamaño e importancia pueden dividir un proceso.

VERSION: Elemento que determina el numero de edición o actualización.

CODIGO: Mecanismo utilizado para poder identificar los documentos del sistema de gestión de calidad. Los códigos pueden ser numéricos, alfabéticos, alfanuméricos.

PAGINA: Identificación numérica que determina la cantidad de folios de los cuales se compone la caracterización del procesos o subprocesos.

FECHA: Fecha en la cual se establece o se actualiza el proceso o subproceso

OBJETIVO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual esta dirigido un plan, programa, proyecto, procesos y subproceso.

ENTRADA: Procesos, subprocesos, elementos, insumos o materiales necesarios para desarrollar el subproceso.

PROVEEDOR: Organización, procesos o persona que nos proporciona un producto o servicio.

SALIDA: Resultado de un proceso o conjunto de procesos: producto o servicio.

DEFINICIONES: Exposición exacta y clara del significado de una palabra, termino o concepto o explicación o aclaración de algo dudoso.

ACTIVIDAD: Descripción secuencial de las tareas o acciones para el desarrollo normal del subproceso que permita la consecución del objetivo planteado.

RESPONSABLE: Es quien asuma el cargo y debe cumplir con las obligaciones para la consecución del objetivo.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Documentos necesarios utilizados para poder desarrollar las actividades planeadas o documento que presenta los resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desarrolladas.

PUNTO DE CONTROL: Elemento para determinar los puntos o actividades críticas que dificulten el normal desarrollo del subproceso.

TIEMPO: Determinación de los periodos, cada cuanto o Número de repeticiones que permitan medir el comportamiento de la actividad crítica y el normal desarrollo del subproceso.

RELACION DE FORMATOS Y ANEXOS: Documentos necesarios utilizados para poder desarrollar las actividades planeadas.

FLUJOGRAMA: Diagramación y descripción grafica del subproceso.

ELABORO: En este campo se registra la firma del profesional responsable del levantamiento el proceso o subproceso y la firma de jefe de oficina dueño del proceso.

REVISOR: En este campo se registra la firma del Subgerente administrativo y financiero o Subgerente de Servicios según corresponda la caracterización del proceso (estratégico, misional, de apoyo y de evaluación).

APROBO: En este campo se registra la firma del gerente o gerente encargado, una vez se hayan diligenciado los anteriores campos y así se proceder a su difusión y aplicación.

CONTROL DE CAMBIOS. En este campo se deja constancia del número de la visión y actualizaciones realizadas al proceso y/o subproceso.

FECHA: Día y mes del año en la cual se aprueban la versión y/o la actualización del proceso y/o subproceso.

VERSIÓN: Dar a conocer el numero de edición o actualizaciones realizadas al proceso y/o subproceso.

DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO: Se describe la razón por la cual se ajusto y/o modifico el proceso y/o subproceso.

APROBADO POR: En este campo se menciona al responsable que aprobó las versiones anteriores del proceso y/o subproceso.

4.3.7. Identificación de mapa de riesgos de Pasto Salud ESE. La administración de riesgos es reconocida como una parte integral de las buenas prácticas gerenciales estratégicas. Es un proceso interactivo que permite a Pasto Salud ESE, emprender acciones necesarias de protección y aseguramiento contra los efectos que pueda ocasionar la ocurrencia de los riesgos y por ende posibilita una mejora continua en el proceso de toma de decisiones, basado en el conocimiento, evaluación y administración de los riesgos.

La administración del riesgo es un proceso dinámico, interactivo, continuo, lógico y sistemático desarrollado en cada área. La Coordinación e implantación, evaluación y modificación del Mapa de Riesgos está a cargo de la Oficina de Control Interno, de acuerdo con las orientaciones del comité coordinador de Calidad.

Tabla 11. Identificación de riesgos proceso consulta externa extramural.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	SUB PROCESO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
C. EXTERNA EXTRAMURAL	VISITA DOMICILIARIA	VISITAS DOMICILIARIAS NO EFECTIVAS	La actividad realizada no cumple con el objetivo propuesto.	Personal extramural.	Desconocimiento o negligencia en las actividades de demanda inducida y seguimiento a usuarios por parte del personal extramural.	Bajas coberturas en los programas de promoción y prevención, No adherencias tratamientos y recomendaciones por parte de los pacientes.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 12. Identificación de riesgos proceso consulta externa.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCIÓN	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CONSULTA EXTERNA	MP-SP-CE01	DEFINICIÓN INADECUADA O NO PERTINENTE DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL USUARIO.	La conducta tomada por el profesional no corresponde al diagnóstico. El interpreta de forma equivocada las ayudas diagnósticas solicitadas al paciente, repercutiendo en la definición y toma de conducta.	*Medico. *Especialista.	*Desconocimiento. Negligencia. *Fallas en las ayudas diagnósticas *No aplicación de guías y protocolos de atención.	*Errores diagnósticos. *Tratamientos no pertinentes. *Remisiones no pertinentes. *Incremento en la morbimortalidad. *Pérdida de credibilidad. *Demandas.
		NO IDENTIFICACION OPORTUNA DE ALTERACIONES EN EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	El profesional de enfermería no detecta oportunamente riesgos o alteraciones que puedan afectar la salud de los niños y niñas menores de 10 años	Enfermeras que no aplican guías y protocolos.	Desconocimiento, falta de experiencia o negligencia en la aplicación de guías y normas	Aumento de la morbimortalidad durante el proceso de crecimiento y desarrollo, demandas, sanciones, pérdida de credibilidad e imagen institucional y pérdidas económicas
		CLASIFICACION INADECUADA DEL RIESGO	El profesional de enfermería no identifica adecuadamente los factores de riesgo por lo tanto no toma las conductas pertinentes para el control oportuno de los mismos.	Enfermeras no aplican protocolos y guías de atención	Desconocimiento, falta de experiencia o negligencia en la aplicación de guías y normas	Aumento de la morbimortalidad durante el proceso reproductivo, demandas, sanciones, pérdida de credibilidad e imagen institucional y pérdidas económicas

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 13. Identificación de riesgos proceso urgencias.

MATRIZ DE IDENTIFICACION DE RIESGOS PROCESOS 2008- PROCESOS MISIONALES						
PROCESO		RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CÓDIGO						
URGENCIAS	MP-SP-UR04	ACCIDENTES DE TRANSITO DE LA AMBULANCIA DURANTE EL T.A.B.	Es el suceso imprevisto producido por la participación de un vehículo o más en las vías o carreteras y que ocasiona daños materiales o lesiones a personas y hasta la muerte de las mismas.	*Ver panorama de riesgos del Programa de Salud Ocupacional.	*Desconocimiento. *Cultura ciudadana. *Imprudencia. *falta de mantenimiento. *Entorno. *Presiones.	*Complicación del cuadro clínico. *Retrasos en la referencia y contrarreferencia. *Insatisfacción. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. *Pérdida de credibilidad institucional.
		COMPLICACIONES DEL PACIENTE DURANTE EL T.A.B. POR MANEJO INADECUADO EN AMBULANCIA.	Dificultad imprevista en el estado de salud del paciente durante el traslado de la IPS de origen a la IPS de destino.	*Profesional de salud. *Auxiliar SASE	*Falta de comunicación de indicaciones en la orden de traslado. *Desconocimiento o de protocolos. *Negligencia. *Personal no calificado.	*Complicación del cuadro clínico. *Retrasos en la referencia y contrarreferencia. *Insatisfacción. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. *Pérdida de credibilidad institucional.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Cabe destacar que la actual normatividad no exige que las entidades se certifiquen, sino que exige la implementación del SOGCS. La norma se debe implementar con base en los lineamientos dados por la NTCGP 1000: 2004. Uno de los aspectos fundamentales para lograr el seguimiento a los servicios de salud está constituido por la sensibilización y motivación de todo el talento humano comprometido con el desarrollo de los procesos misionales; solo cuando se es plenamente conciente de la responsabilidad en el alcance de las propias actuaciones, puede lograrse el compromiso que se requiere para el desarrollo de habilidades basadas en la formación para brindar al usuario seguridad y calidad en la atención en salud.

Tabla 14. Identificación de riesgos de consulta de historias clínicas.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
SISTEMA	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	MP-SP-HC01	ERROR EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL ENCABEZADO Y DEL REGISTRO INTEGRAL DE LA MISMA.	En el momento de diligenciar el encabezado de la historia clínica existen errores en el registro de los datos del usuario en el nombre, identificación y edad.	Auxiliar de Archivo. Auxiliar de Enfermería.	* Elevada demanda. * Descuido. * Desorganización. * Errores del sistema. * Letra ilegible.	* Pérdida de historias clínicas. * Demandas. * Sanciones. * Insatisfacción. * Inoportunidad en la atención.
		PERDIDA DE HISTORIAS CLINICAS	Extraviar la historia clínica en el trayecto al consultorio, durante la atención del usuario, en auditorias y en el trayecto de regreso de la historia al archivo por diferentes motivos.	*Auxiliar de archivo. * Auxiliar de enfermería. * Profesional.	* Desorganización. * Descuido. * Exceso de confianza.	* Pérdida de historias clínicas. * Demandas. * Sanciones. * Insatisfacción. * Inoportunidad en la atención.
		ERROR EN EL ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA	Archivar una historia clínica en el lugar equivocado, que no coincide con el método de almacenamiento implementado.	* Auxiliar de Enfermería. * Auxiliar de Archivo.	* Descuido. * Sobrecarga laboral. * Volumen de historias clínicas. * Infraestructura. * Falta de insumos.	* Pérdida de historias clínicas. * Demandas. * Sanciones. * Insatisfacción. * Inoportunidad en la
		PERDIDA DE HOJAS Y/O ANEXOS	Extraviar los anexos, registros o paraclínicos de la historia clínica.	Profesional de la Salud. * Auxiliar de Enfermería. * Auxiliar de Archivo. * Usuario.	* Falta de insumos de trabajo. * Descuido.	* Pérdida de historias clínicas. * Demandas. * Sanciones. * Insatisfacción. * Inoportunidad en la atención.
		DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS QUE NO PERTENECEN AL USUARIO.	La historia clínica que se diligencia no corresponde al paciente atendido.	*Auxiliar de archivo. * Auxiliar de enfermería. * Profesional.	*Falta de verificación de los datos del usuario con los de la historia clínica. *Desorganización. *Descuido. *Elevada demanda. *Suplantación.	* Demandas. * Sanciones. * Insatisfacción. *Falta de credibilidad en la institución y en el profesional. *Incremento de la morbilidad. *Pérdidas

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 15. Identificación de riesgos proceso apoyo diagnostico.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
APOYO DIAGNÓSTICO	MP-PR-AD	ERROR EN EL REGISTRO E IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Error en el diligenciamiento de los datos de nombre, código y procedimiento en la muestra como en el cuaderno o planilla de registro.	* Auxiliar de Laboratorio Clínico. * Auxiliar Administrativa. * Enfermeras.	Elevada demanda.	* El resultado no corresponde a la persona. * Sobre costos * Insatisfacción de los usuarios. * Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional. * Pérdida del usuario.
		COMPLICACIONES EN LA TOMA DE MUESTRAS	La anatomía del paciente dificulta la toma de la muestra.	*Usuario. *Auxiliar de laboratorio clínico.	Impericia. Demanda variable y elevada.	*Inoportunidad en la atención. * Muestras inadecuadas para su procesamiento.
		FALLAS EN EL ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS	No se aplican las técnicas apropiadas para el almacenamiento (empaquetado) y transporte de las muestras desde el lugar donde se toman hasta el laboratorio donde se procesan.	*Auxiliar de Laboratorio Clínico. * Enfermeras. * Conductores	Desconocimiento y no aplicación de protocolos para el almacenamiento y transporte de muestras	* Alteraciones en los resultados. * Pérdidas económicas. * Demandas y sanciones. * Insatisfacción de los usuarios. * Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional. * Pérdida del usuario.
		CONFUSION EN EL MONTAJE DE MUESTRAS	Confundir o extrañar los códigos o registros de las muestras.	* Auxiliar de Laboratorio Clínico. * Auxiliar Administrativa. * Bacteriólogos. * Citotecnólogos	Letra ilegible. Elevada demanda	* Alteraciones en los resultados. * Error en diagnósticos. * Pérdidas económicas. * Demandas y sanciones. * Insatisfacción de los usuarios. * Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional. * Pérdida del usuario.
		ERROR EN LA TRANSCRIPCION DE RESULTADOS	Error en la transcripción de los resultados leídos o datos del usuario	* Auxiliar de Laboratorio Clínico. * Auxiliar Adm. Bacteriólogos. * Citotecnólogos	Letra ilegible. Elevada demanda	* Los resultados no corresponden. * Error en diagnósticos. * Pérdidas económicas. * Demandas y sanciones. Insatisfacción de los usuarios. Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional del usuario.

ERROR EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	Se entrega el resultado a la persona equivocada	* Auxiliar de Laboratorio Clínico. * Auxiliar Administrativo Bacteriólogos. * Cito-tecnólogos	Descuido. Desorganización.	* Los resultados no corresponden. * Error en diagnósticos. * Pérdidas económicas. * Demandas y sanciones. * Insatisfacción de los usuarios. * Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional. * Pérdida del usuario.
FALLAS EN LOS EQUIPOS POR INADECUADO MANTENIMIENTO	El mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos de rayos X no es adecuado, en otros casos no se realiza.	*Gestión Administrativa.	No se realiza ninguna clase de mantenimiento. * El mantenimiento del equipo es superficial. * Los canales de comunicación no funcionan. * Falta actualización en la normatividad de ionización.	* Supra o sub. Irradiación. * Mala calidad en las placas. * Diagnóstico errado. * Pérdidas económicas. * Complicaciones. * Demandas y sanciones. * Insatisfacción de los usuarios. * Mala imagen y pérdida de credibilidad institucional. * Pérdida del usuario.
CONTAMINACIÓN Y DAÑO DE LA MUESTRA DE LABORATORIO REFERIDAS TRAUMA Y LESIONES EN LA TOMA DE MUESTRAS POR MALA TÉCNICA	La calidad de la muestra enviada no es adecuada para su procesamiento, por las malas condiciones en el transporte de la misma.	*Conductor móvil- *Responsable de la toma de la muestra.	*Desconocimiento. *Mala técnica de empaque, almacenamiento y transporte de la muestra.	*Complicación del cuadro clínico. *Retrasos en la referencia y contrarreferencia. *Insatisfacción. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. *Pérdida de credibilidad institucional.
	Mala técnica utilizada en los procesos de toma de muestra de laboratorio clínico.	*Responsable de la toma de la muestra.	*Desconocimiento y no aplicación de protocolos de la toma de muestras por los funcionarios. *Impericia.	*Inoportunidad en la atención. * Muestras inadecuadas para su procesamiento. *Insatisfacción. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. *Pérdida de credibilidad institucional.
MALA CALIDAD DE REACTIVOS	Uso de reactivos que no arrojan los mejores resultados en las pruebas.	*Proveedores *Funcionarios de almacén.	*Técnicas no apropiadas en el transporte y almacenamiento de los reactivos tanto de los distribuidores, como en la bodega de la empresa. *Cadena de frío inadecuada. *Fallas en el control de calidad. *Uso de reactivos de baja calidad por bajo costo.	*Inoportunidad en la atención. * Muestras inadecuadas para su procesamiento. *Complicaciones en el diagnóstico del paciente. *Insatisfacción. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. *Pérdida de credibilidad institucional.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 16. Identificación de riesgos proceso consulta odontológica.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CONSULTA DE ODONTOLOGIA	MP-SP-CE02	CONTAMINACION CRUZADA	Es la transmisión de agentes infecciosos entre los pacientes y el personal de la salud en el entorno clínico. Dicha transmisión es el resultado del contacto persona a persona o mediante objetos contaminados “fómites”	*Auxiliar de odontología. *Odontólogo.	*No aplicación de normas de bioseguridad. *Desconocimiento. *Negligencia. *Falta de insumos (Insumos vencidos).	*Infecciones. *Enfermedades. *Demandas. *Sanciones. *Pérdidas económicas. Pérdida de imagen y credibilidad institucional.
		COMPLICACIONES EN LA ADMINISTRACION DE ANESTESICOS	Es la probabilidad de que aparezcan complicaciones como consecuencia de la administración de la anestesia.	*Odontólogo.	*Mala técnica. *Pacientes de difícil manejo. *Anatomía del paciente. *Mala información del usuario.	*Parestesia. *Fallecimiento. *Demandas. *Sanciones. Pérdidas económicas. *Insatisfacción.
		COMPLICACIONES EN EXODONCIAS	*En exodoncias simples. Complicaciones y accidentes que durante la extracción dental se le pueden presentar al odontólogo.	*Odontólogo.	*Mala técnica. *Anatomía. *Falta de ayudas diagnósticas. *Infraestructura. *No aplicación de guías y protocolos. *Mala calidad en la toma de Rx.	*Hemorragias. *Fracturas. *Inflamación. *Absceso. *Dolor. *Insatisfacción.
		COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS	Dificultad que se presenta después de realizado el procedimiento.	*Odontólogo. *Usuario.	*No seguir recomendaciones. *No se suministra la información necesaria. *Mala medicación. *Mal diligenciamiento de la historia clínica.	*Hemorragias. *Infecciones. *Inflamaciones. *Anemia. *Fallecimiento.
		PRESCRIPCION INCORRECTA DE MEDICAMENTOS	Prescribir incorrectamente medicamentos al paciente, no cumplimiento del decreto 2200/05; no pertinencia del medicamento con el diagnóstico.	*Odontólogo.	*Desconocimiento. *No aplicación de guías y protocolos. *Letra ilegible. *Falta de medicamentos.	*PRM-RAM. *Fallecimiento. *Demandas. *Sanciones.
		COMPLICACIONES ENDODONTICAS	*En el tratamiento. *Compromiso pulpar.	*Odontólogo. *Instrumental.	*Falta de ayudas Dx. *Anatomía del conducto. *Mala técnica. *Falta de insumos. *Falta de tiempo.	*Infecciones. *Perforaciones. *Pérdida de pieza dentaria. *Inflamación.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 17. Identificación de riesgos proceso partos.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFFECTO
PARTOS MP-PR-PT		HEMORRAGIAS POST-PARTOS	Salida más o menos abundante de sangre de los vasos sanguíneos por rotura, atonía uterina, inversión uterina, placenta excreta. La hemorragia es todo escape de sangre del espacio intravascular al espacio extravascular. Puede ser lenta o rápida, aguda y visible. Puede ser oculta y lenta pero persistente en caso de ruptura uterina	Condiciones de la paciente. Idiosincrasia del paciente. Profesionales de la salud	*Alteración en la coagulación del paciente. *Técnica inadecuada para alumbramiento. *Falta de líquidos, expansores plasmáticos y/sangre.	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistenciales. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución. Insatisfacción de los usuarios. Muerte materna y perinatal
		INFECCIONES PUERPERALES Y DEL RECIEN NACIDO	La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno potencial y el entorno. Se produce cuando los microorganismos consiguen superar con éxito las estrategias de defensa del huésped y sus resultados son un conjunto de cambios nocivos para el huésped. Su desarrollo va siempre precedido de interacciones complejas todavía mal conocidas.	Condiciones previas de la paciente. Profesionales, técnicos y auxiliares de la salud,	*Prácticas de asepsia y antisepsia inadecuadas, Esterilización mal realizada. Infecciones cruzadas.	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistenciales. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución. Insatisfacción de los usuarios. Muerte materna y perinatal
		HIPOXIA NEONATAL	El aporte inadecuado de oxígeno hacia el RN durante el proceso de atención del parto	Condiciones previas de la gestación. Profesionales, técnicos y auxiliares de la salud,	Inadecuado control prenatal y de trabajo de parto	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistenciales. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución. Insatisfacción de los usuarios. Muerte perinatal

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 18 Identificación de riesgos subproceso consulta externa MP SP-CE03.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CONSULTA EXTERNA	MP-SP-CE03	ERROR EN LA TOMA DE CONDUCTA.	La conducta tomada no corresponde a las impresiones diagnósticas.	*Enfermera.	*No aplicación de guías y protocolos de atención. *Desconocimiento. *Protocolos desactualizados y no basados en la evidencia.	*Incremento en la morbilidad. * Sobre costos. * Pérdida de credibilidad. *Demandas. *Sanciones. Insatisfacción.
		RUPTURA UTERINA POR INSERCIÓN DE DIU	Se presenta rompimiento de la cavidad uterina interna en el momento de la ejecución del procedimiento.	*Enfermera.	*Mala técnica. *Desconocimiento. *Falta de equipos adecuados.	*Hemorragias. *Fallecimiento. *Demandas. *Sanciones. * Pérdida de credibilidad e imagen institucional. *Pérdidas económicas.
		INFECCION	Penetración, alojamiento y multiplicación de un agente etiológico animado en un organismo, con producción de daño y con o sin síntomas aparentes. Enfermedad causada por un microorganismo (virus, bacteria, protozoo), que puede transmitirse a los individuos directa o indirectamente.	*Enfermera. *Esterilización.	*No cumplimiento de normas de bioseguridad. *Falta de mantenimiento en los equipos de esterilización. *Mala técnica. *Incumplimiento en normas de asepsia.	*Fallecimiento. *Demandas. *Sanciones. * Pérdida de credibilidad e imagen institucional. *Pérdidas económicas.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

TRAUMA EN TEJIDOS EN LA TOMA DE CITOLOGIAS	Lesión de las paredes vaginales en el momento de la introducción del espéculo en la toma de citologías.	*Enfermeras. *Personal en entrenamiento.	*Mala técnica para la especuloscopia. *Insumos (espéculos de mala calidad). *Condiciones Anatómicas del cuello uterino.	*Hemorragias *Demandas. *Sanciones. Pérdidas económicas *Pérdida de credibilidad.
MANEJO INADECUADO DE LA CADENA DE FRIO.	No se conserva adecuadamente los biológicos en la cadena de frío.	*Enfermeras. *Auxiliares de enfermería. *Grupo extramural. *Proveedores.	*Desconocimiento. *Negligencia. *No aplicación del protocolo.	*No efectividad del biológico. *Efectos postvacunales. *Incremento de la morbilidad. *Pérdida de credibilidad institucional. *Demandas. *Sanciones. Pérdidas económicas. *Detrimiento en la salud pública. *Fallecimiento.
MUESTRA INADECUADA PARA LA LECTURA.	La calidad de la muestra enviada no es adecuada para su lectura.	Responsable de la toma de la muestra, responsable del envío y transporte de la muestra	*Desconocimiento. *Mala técnica para toma y de empaque, almacenamiento y transporte de la muestra.	Diagnósticos inoportunos. Insatisfacción. *Demandas. Sanciones. Pérdidas económicas. Pérdida de credibilidad institucional.
ESAVI	Evento adverso supuestamente atribuible a la vacunación	Vacunadores que cometen errores programáticos	*Desconocimiento. Falta de habilidad y destreza o negligencia de los vacunadores. *No aplicación del protocolo y norma técnica. Lote de vacuna sin condiciones adecuadas	*No efectividad del biológico. *Incremento de la morbilidad. *Pérdida de credibilidad institucional. *Demandas. *Sanciones. Pérdidas económicas. *Detrimiento en la salud pública
NO EFICIENCIA DEL BIOLOGICO	Reacción inmunitaria inadecuada en niños y niñas vacunadas	*Enfermeras. *Auxiliares de enfermería. *Grupo extramural. *Proveedores.	*Desconocimiento. *Negligencia. *No aplicación del protocolo.	*No efectividad del biológico. . *Incremento de la morbilidad. *Pérdida de credibilidad institucional. *Demandas.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

NO IDENTIFICACION OPORTUNA DE ALTERACIONES EN EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	El profesional de enfermería no detecta oportunamente riesgos o alteraciones que puedan afectar la salud de los niños y niñas menores de 10 años	Enfermeras que no aplican guías y protocolos.	Desconocimiento, falta de experiencia o negligencia en la aplicación de guías y normas	Aumento de la morbilidad durante el proceso de crecimiento y desarrollo, demandas, sanciones, pérdida de credibilidad e imagen institucional y pérdidas económicas
CLASIFICACION INADECUADA DEL RIESGO	El profesional de enfermería no identifica adecuadamente los factores de riesgo por lo tanto no toma las conductas pertinentes para el control oportuno de los mismos.	Enfermeras no aplican protocolos y guías de atención	Desconocimiento, falta de experiencia o negligencia en la aplicación de guías y normas	Aumento de la morbilidad durante el proceso reproductivo, demandas, sanciones, pérdida de credibilidad e imagen institucional y pérdidas económicas
APLICACIÓN INADECUADA DEL APRENDIZAJE POR PARTE DE PACIENTES RESPECTO AL USO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN	Usuaris que no aplican las recomendaciones impartidas por el personal de salud.	Personal de salud que no aplica técnicas de comunicación adecuada con los usuarios Factores socioculturales que dificultan el aprendizaje a los usuarios.	No se hace preguntas de verificación para garantizar que las pacientes practiquen recomendaciones dadas por el personal de salud y haga uso adecuado de los métodos.	Embarazos no planeados y de riesgo en muchos casos. Insatisfacción de los pacientes Desprestigio de la institución.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 19 Identificación de riesgos de proceso servicio farmacéutico.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFFECTO
SERVICIO FARMACÉUTICO	MP-PR-SF	ESCASEZ DE MEDICAMENTOS (URGENCIAS)	No hay existencias de medicamentos para su dispensación. Los medicamentos prescritos están agotados, a pesar de estar solicitados no están disponibles.	Gestión Administrativa. Proveedor.	* Entregas de Proveedores. * Solicitud y distribución por parte del Químico Farmacéutico. * Solicitudes por parte de la IPS. * Elevada demanda.	* Incumplimiento terapéutico. * Pérdidas económicas. * Pérdida de imagen y credibilidad institucional. * Sanciones. * Demandas.
		ERROR EN LA RECEPCION TECNICA	Recibir los medicamentos sin que cumplan con los requisitos técnicos exigidos (cantidad, fecha de vencimiento, número de lote, BPM, etc.)	Regentes de Farmacia. Auxiliares de Bodega. Proveedores.	* Alto volumen de medicamentos recibidos. * Negligencia. *Desorganización.	* Pérdidas económicas. * Pérdida de imagen y credibilidad institucional. Demandas.
		ERROR EN EL ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS	Almacenar mal los medicamentos, en el lugar que no corresponde, sin las condiciones adecuadas, sin control de humedad y temperatura, medicamentos de control que no se encuentran bajo llave.	Regentes de Farmacia. Auxiliares de Farmacia.	* Descuido, desorganización. * Negligencia. * Malas condiciones. * Falta de Infraestructura.	* Incumplimiento terapéutico. * Error en tratamiento terapéutico. * Entrega errada de medicamentos. * Pérdidas econ
		DISPENSACION INCORRECTA DE MEDICAMENTOS	Entregar al usuario incorrectamente los medicamento en cantidad y presentación que no corresponde con los medicamentos prescritos en la formula medica. Se brinda mala orientación y/o educación en el uso de los medicamentos	Regentes de Farmacia. Auxiliares de Farmacia. Médicos	* Letra ilegible de la fórmula médica. * Mal almacenamiento. *Descuido. *Elevada demanda. * Desconocimiento.	*Problemas Relacionados con Medicamentos PRM. * Pérdidas económicas. * Pérdida de imagen y credibilidad institucional. * Fallecimiento. * Demandas.
		PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)	Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia	Medicamentos Profesional que prescribe los medicamen	Mala calidad del medicamento. Desconocimiento del manejo adecuado.	*Pérdidas económicas. *Pérdida de imagen y credibilidad institucional. *Fallecimiento.

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 20 Identificación de riesgos subproceso cirugía ambulatoria.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE.						
PROCESO	CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCION	AGENTE GENERADOR	CAUSA	EFEECTO
CIRUGÍA AMBULATORIA.	MP-SP-CA01	INFECCION INTRAHOSPITALARIA	La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno potencial y el entorno. Se produce cuando los microorganismos	Profesionales, técnicos y auxiliares de la salud,	*Prácticas de asepsia y antisepsia inadecuadas, Esterilización mal realizada. Infecciones cruzadas.	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistencia. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución.
		HEMORRAGIAS POSTQUIRÚRGICAS	Salida más o menos abundante de sangre de los vasos sanguíneos por rotura de estos después de intervenciones quirúrgicas. La hemorragia es todo escape de sangre del espacio.	Profesionales de la salud	*Alteración en la coagulación del paciente. *Técnica quirúrgica inadecuada. *Falta de expansores plasmáticos y/sangre.	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistencia. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución. Insatisfacción de los usuarios
		DESCOMPENSACIÓN CARDIOVASCULAR (Shock-Hipotensión)	Secuela de una hemorragia quirúrgica no controlada y que produzca depleción del volumen vascular que lleve a la hipotensión y choque	Profesionales de la salud	Alteraciones en la coagulación	Aumento de costos asistenciales. Demandas. Pérdida de credibilidad en la Institución. Insatisfacción de los usuarios, Fallecimientos
		COMPLICACION ANESTESICA	Probabilidad de que ocurra ante la administración de anestesia	Profesionales de la salud	Inadecuada valoración preanestesia. Idiosincrasia del paciente. Sobredosis del anestésico	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistenciales. Demandas. Pérdida de cred.
		REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	Grupo de síntomas causado por administración de medicamentos.	Profesionales de la salud	Inadecuada formulación, o información al paciente. Mala calidad del medicamento. Inadecuada comprensión.	Procesos inseguros en los pacientes. Aumento de costos asistenciales

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

4.3.8 Política de comunicación pública SGC. El Estilo de dirección constituye la forma como el nivel directivo de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE orienta las acciones de la entidad, generando autoridad y confianza demostrando capacidad gerencial, conocimiento de las necesidades de los usuarios y los entes de control para el cumplimiento de la Misión, Visión, Planes y Programas, de la empresa.

La conducción de la entidad define un estilo de gestión propio, que no debe apartarse de los principios y los requisitos de tipo moral, ético, de responsabilidad, transparencia y compromiso con el servicio de salud.

Gráfico 43. Tabulación Encuesta Estilo de Dirección Administrativo.

N°	Dependencia	MUESTRA	TOTAL	PROMEDIO
1	SEDE ADMINISTRATIVA	30	1,680	3.73
2	RED NORTE	63	3,601	3.81
3	RED SUR	45	2,786	4.13
4	RED ORIENTE	66	3,904	3.94
5	RED OCCIDENTE	56	3,230	3.85
			15.201	3.89

Fuente Oficina Asesora de Planeación.

El Gráfico 43; muestra los resultados numéricos de la aplicación de las (260) encuestas que permiten identificar la percepción de los trabajadores sobre el estilo de dirección de la actual administración de Pasto salud ESE. Con un puntaje Total de (15.201) puntos que en promedio es (3.89) aproximadamente (3.9) encontrándose en el rango se cumple en alto grado Estilo de dirección administrativo es consultivo.

4.3.8.1. Estrategias de comunicación. La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE., identificaron cinco (5) estrategias de comunicación para el periodo 2008 2011.

1 La Gerencia y el Comité coordinador de calidad de PASTO SALUD E.S.E a través de las áreas o u oficinas que considere pertinentes estará en constante comunicación con los usuarios, funcionarios y contratistas, con el fin de mantenerlos informados sobre las políticas, planes, programas y proyectos que adelanta la Empresa, esta actividad se realizara en reuniones programadas o mediante material documentado una vez cada semestre

2. La Gerencia o uno de sus delegados del comité coordinador de calidad será el responsable de brindar la información oficial relacionada con la gestión de PASTO SALUD ESE., a través de ruedas de prensa o concesión de entrevistas en los diferentes eventos que se susciten en el entorno.

3. Los diferentes medios de comunicación (Pagina Web, radio, carteleras, material Impreso, etc.) con los que cuenta la Empresa serán utilizados únicamente con fines de informar y comunicar a la ciudadanía y a los clientes internos lo relacionado con el funcionamiento de la misma, fortaleciendo de esta manera la imagen Institucional de PASTO SALUD ESE.

4. Todas las áreas de trabajo de Pasto Salud E.S.E podrían crear estrategias de comunicación que contribuyan a mejorar la imagen corporativa de la misma a través de todos los medios posibles o disponibles.

5. La Gerencia y su comité de coordinador de calidad, generaran espacios para fortalecer la participación ciudadana a través de la rendición periódica de cuentas a la comunidad dinamizando las ligas de usuarios, todo esto para dar a conocer a sus clientes externos y a la ciudadanía en general el resultado de su gestión en beneficio de un excelente desarrollo de su Misión por lo menos una vez dentro de cada vigencia.

4.3.8.2 Políticas misionales. En la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE., se identificaron cinco (5) políticas misionales para el periodo 2008 2011.

1 El comité operativo de calidad de Pasto Salud ESE dará a conocer la Plataforma Estratégica, el Protocolo de Atención al Usuario, el Código de Ética, las Políticas de Austeridad, el portafolio de servicios y las Políticas de Comunicación Publica a todos sus funcionarios y contratistas, lo cual contribuirá a mejorar la comunicación organizacional de la Empresa, esto se hará efectivo en el momento que el trabajador inicie sus labores.

2. El comité coordinador de calidad y el comité operativo de calidad en el proceso de inducción asistencial darán a conocer los protocolos, guías y normas relacionadas con cada proceso misional, con el fin de que sean aplicados en las labores diarias del personal administrativo y asistencial, esto se hará efectivo en el momento en que el Servidor Publico inicie labores con la Empresa.

3. La Gerencia y el comité coordinador de calidad, generara espacios adecuados para que todos los trabajadores asistan sin ningún inconveniente a las capacitaciones que la Empresa brinda, esto se realizara con previo acuerdo entre los jefes de oficina y los funcionarios y contratistas, además se entregara material documentado para su retroalimentación.

4. Los funcionarios y contratistas del área asistencial de PASTO SALUD ESE. crearan estrategias que contribuyan a informar a los Usuarios sobre los respectivos horarios de atención que cada IPS maneja, utilizando los medios posibles y disponibles de la Empresa.

5. La Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E contará con buzones de sugerencias para uso de clientes internos y externos los cuales serán administrados por las oficinas de Talento Humano y por la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU, información que se resolverá mensualmente a través de oficios y/o cartelera, procurando el mejoramiento continuo en los procesos.

4.3.10 Interrelación entre procesos y requisitos NTC GP 1000-2004.

Tabla 21. Interrelación entre procesos y requisito NTC GP 1000-2004.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE																										
CODIGO						VERSION 1						PAGINA 1 de 4						FECHA Nov/ 17/09								
		1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3			
		ESTRATEGICOS		MISIONALES						DE APOYO											DE EVALUACION					
SISTEMAS		SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO																								
		SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA																								
		SISTEMA DE GESTION DE BIOSEGURIDAD PIGRSH																								
		SISTEMA DE GESTION DE MANEJO Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS																								
NTC GP1000:2004		GERENCIA	PLANEACION	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	APOYO DIAGNOSTICO	CIRUGIA AMBULATORIA	PARTOS	SERVICIO FARMACUTICO	TALENTO HUMANO	JURIDICO	PRESUPUESTO	CONTABILIDAD	TESORERIA	FACTURACION Y CARTERA	SISTEMAS DE INFORMACION	ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	ALMACEN	SUMINISTROS	APOYO LOGISTICO	CONTROL INTERNO Y GESTION DE CALIDAD	CONTROL DISCIPLINARIO	AUDITORIA DE CUENTAS			
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P		
	4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACION	4.2.1 GENERALIDADES	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
		4.2.2 MANUAL DE CALIDAD	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P		
		4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P		
		4.2.4 CONTROL DE L REGISTRO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P		

R = Proceso responsable P = Proceso que participa.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION																								
5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION			R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P
5.2 ENFOQUE AL CLIENTE			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
5.3 POLITICA DE CALIDAD			R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P
5.4 PLANIFICACION	5.4.1 OBJETIVO S DE CALIDAD	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	
	5.4.2 PLANEACI ON DEL SISTEMA	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	5.5.1 RESPONS ABILIDAD Y AUTORDA D	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	5.5.2 REPRESE NTANTE DE LA DIRECCIO N	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	
	5.5.3 COMUNIC ACIÓN INTERNA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	P	P		R	P	P	
5.6 REVISION POR LA DIRECCION	5.6.1 GENERALI DADES	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	5.6.2 INFORMAC ION PARA LA REVISION	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	5.6.3 RESULTAD OS DE LA REVISION	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	

6. GESTION DE RECURSOS	6.1 PROVISION DE RECURSOS		R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	6.2 RECURSOS HUMANOS	6.2.1 GENERALIDADES	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
		6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACION	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	6.3 INFRAESTRUCTURA		P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	R	R	P	P	P
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO		P	R	P	P	P	P	P	R	P	P	P	P	P	R	P	R	R	P	P	P

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1 PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO		R	R	R	R	P	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1 DET DE LOS REQ RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.2.2 REVISION DE LOS REQ RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.2.3 COMUNICACION CON EL CLIENTE	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

El código 7.3 No aplica para la implementar en la empresa Pasto Salud ESE.

	7.4 COMPRAS	7.4.1 PROCESO DE COMPRAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	P	P	P	P
		7.4.2 INFORMACION DE LAS COMPRAS	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	P	P	P	P
		7.4.3 VERIFICACION DEL PRODUCTO	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	P	P	P	P
	7.5 PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	7.5.1 CONTROL DEL PRODUCTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.5.2 VALIDACION DE PROCESOS DE PRODUCCION Y/O SERVICIOS	P	R	R	R	R	R	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P
		7.5.3 IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
		7.5.5 PRESERVACION DEL PRODUCTO O SERVICIO	R	R	R	R	R	R	R	R	P	R	R	R	R	R	R	R	R	P	R	P	R
		7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO	P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	R	P

8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA	8.1 GENERALIDAD		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICION	8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.2.2 AUDITORIA INTERNA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P		
		8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P		
	8.4 ANALISIS DE DATOS		P	R	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	R	P	P		
	8.5 MEJORAS	8.5.1 MEJORA CONTINUA	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.5.2 ACCIONES CORRECTIVAS	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.5.3 ACCIONES PREVENTIVAS	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

Fuente Oficina Asesora de Planeación

4.3.11 Indicadores de calidad circular 049 SUPER SALUD. Un elemento clave de control son los Indicadores que utiliza la Organización:

Indicadores de Eficacia: Tienen el propósito de medir el Cumplimiento de metas de las actividades, es decir, medir que hace la entidad en cada unos de los servicios.

Indicadores de Eficiencia: Son aquellos que miden que tan óptimamente se están empleando los recursos de la entidad, es decir, se relaciona con cómo realiza sus actividades.

Indicadores de Efectividad: Miden el cumplimiento del propósito de la entidad, es decir, para qué lleva a cabo sus actividades.

Tabla 22 Matriz de indicadores de calidad circular 049 super salud.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE	
CODIGO	VERSION 1
PAGINA 1 de 3	
FECHA Nov/ 17/09	
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita. Ver anexos
	Número total de consultas medicas generales asignadas
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta especializada - Nivel de desagregación GINECOBISTETRICIA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta medica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución.
Oportunidad en la atención en consulta especializada - Nivel de desagregación PEDIATRIA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta medica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
	No. total de consultas médicas especializadas asignadas
Proporción de cancelación de cirugía programada	Numero total de cirugías canceladas en el período
	Número total cirugías programadas en el período

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS	Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atenciones la consulta urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico
	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA (Radiología y Ecografía)	Sumatoria del numero de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imaginología y el momento en el cual es prestado el servicio
	Total de atenciones en servicios de imaginología
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Odontología General y la fecha para la cual es asignada la cita
	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución
OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía.
	Número de cirugías programadas realizadas en el periodo
TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el periodo
	Número total de egresos vivos en el período
PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA	No total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia
	No total de pacientes hipertensos diagnosticados.
TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso
	Número total de pacientes hospitalizados
TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA	Número de pacientes con infección nosocomial
	Número total de pacientes hospitalizados
PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	No. total de eventos adversos detectados y gestionados
	Número total de eventos adversos detectados
TASA DE SATISFACCION GLOBAL	Número Total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS.
	Número total de pacientes encuestados por la IPS

OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula
	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período
PROPORCION DE ESQUEMAS DE VACUNACION ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
	Número total de niños menores de un año afiliados
OPORTUNIDAD EN LA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	No. total de pacientes con cuello uterino detectados in situ
	Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino ver anexos
TASA DE CONTRAREFERENCIA	Total de Contrarreferencias recibidas
	Total de referencias enviadas
TASA DE CITAS CANCELADAS	Número de citas canceladas por servicio
	Total citas asignadas por servicio
OPORTUNIDAD EN CONSULTAS DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION Nivel de desagregación VACUNACION	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita los servicios de Promoción y Prevención y la prestación del servicio
	Total usuarios atendidos en los servicios de P. P
OPORTUNIDAD EN CONSULTAS DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION - Nivel de desagregación CITOLOGIAS	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita los servicios de toma de citología y el momento de la prestación del servicio
	Total usuarios atendidos en el servicios de citología
OPORTUNIDAD EN ENTREGA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS	Sumatoria del numero de días transcurridos entre la toma de la citología y la entrega de resultados al usuario
	Total resultados de citologías entregados a los usuarios
USUARIOS NO ATENDIDOS POR TIPO DE CAUSA	USUARIOS NO ATENDIDOS POR TIPO DE CAUSA(Falta base de datos)
	Total usuarios no atendidos
USUARIOS NO ATENDIDOS POR TIPO DE CAUSA	USUARIOS NO ATENDIDOS POR TIPO DE CAUSA(Falta de documentos)
	Total usuarios no atendidos Ver anexos

Fuente Oficina Asesora de Planeación

5. ASPECTOS ADMISTRATIVOS

5.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PASANTIA PASTO SALUD ESE. AÑO 2008

ACTIVIDADES	MESES DEL AÑO	2008								2009	
		MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOS	SEPTI	NOV	DIC.	FEB	MAR
Capacitación, inducción y responsabilidades del Estudiante.		X									
Recolección de la información primaria y selección de la bibliografía general del problema de investigación.		X									
Construcción del marco general del problema de investigación: Tema, Titulo, Descripción del problema, antecedentes, situación actual del problema y formulación del Problema.			X								
Justificación			X								
Objetivo general y Objetivos específicos del proyecto.			X								
Delimitación del problema: Universo del estudio, espacio geográfico y espacio temporal elaboración de formato encuesta.				X	X						
Aplicación de encuesta Piloto.					X						
Formulación del problema de investigación y contenido aproximado del informe físico del proyecto.						X					
Construcción del Marco de referencia: Marco teórico, Marco conceptual y Marco legal del proyecto.						X	X				
Diseño y procedimientos metodológicos: Tipo de estudio, Población y Sección de la Muestra aleatoria y Aplicación de encuesta ajustada y aprobada.							X				
Análisis de datos y construcción del Diagnostico de investigación Identificación de oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas de la empresa Pasto Salud ESE.								X	X		
Conclusiones y recomendaciones										X	
Construcción del informe final y presentación física del informe UDENAR										X	
Socialización del informe final Planeación Pasto Salud y UDENAR											X

5.2 PRESUPUESTO GENERAL DE INVERSIÓN PASTO SALUD ESE.

Total de Ingresos personales

\$ 1'200.500

CANT	DESCRIPCIÓN	V. UNITARIO	V. TOTAL
1500	SERVICIO DE FOTOCOPIAS	75	112.500
2	COMPRA DE LIBROS	45000	90.000
100	SERVICIO DE INTERNET 1/ HORA	1500	150.000
4	RESMAS DE PAPEL TAMAÑO CARTA	9000	36.000
500	SERVICIO DE TRANSPORTE	1000	500.000
2	CDIS PARA REGRABAR	3000	6.000
8	ARGOLLADO DEL INFORME FINAL.	4000	32.000
1	EMPASTADO E IDENTIFICACIÓN DEL INFORME FINAL	1	174.000
1	IMPREVISTOS (10% DEL PRESUPUESTO)	0.10	100.000
TOTAL PRESUPUESTO			1.200.500
Son: Un millón doscientos mil quinientos pesos. M/CT.			

Elaboro por: JAVIER HERNAN POTOSI	Fecha 20 de Marzo de 2008.
-----------------------------------	----------------------------

6. CONCLUSIONES

La decisión, de separar de la Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud Municipal y crear la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. Para la atención y prestación del servicio de salud en el municipio de Pasto fue acertada, con una relación de beneficios costos positiva para los usuarios internos y externos.

Se inicio la cultura organizacional con enfoque hacia la calidad, en donde el seguimiento a los procesos y subprocesos es un punto de partida del mejoramiento continuo y una herramienta fundamental de la gestión de calidad.

El gerente de Pasto Salud ESE. Edison Benavides Gonzáles y el comité coordinador de calidad esta comprometido con el desarrollo, mantenimiento, revisión del Sistema de Obligatorio Garantía de Calidad en atención en salud, el cual esta suscrito en el plan estratégico de la institución.

La identificación del mapa de riesgos de Pasto Salud ESE., permitió detectar y corregir oportunamente las desviaciones de los procesos que afectan negativamente el cumplimiento de los requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios.

El ajuste integral para estandarizar y actualizar los procesos, subprocesos, procedimiento, metodología, indicadores de calidad y requisitos será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. Cubre el sector rural del municipio de Pasto; con una escasa y vetusta infraestructura y un portafolio en salud básico. Que motiva el desplazamiento de la población rural a las sedes principales de la red (Norte, Sur, Oriente u Occidente). saturando los servicios de consulta General en el sector urbano.

El estilo de dirección del nivel directivo, permite que los trabajadores se desempeñen en un ambiente de cooperación (interinstitucional) que motiva la participación para desarrollar mecanismos a través de planes, programas y proyectos que busquen mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud.

Pasto Salud ESE., presenta un crecimiento institucional y su autonomía administrativa y financiera permite garantizar la adquisición de la infraestructura física necesaria y equipos biomédicos de última generación para el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud en el municipio de Pasto.

7. RECOMENDACIONES

Facilitar el control político y presupuestal a la gestión de calidad, través de un evento masivo de rendición de cuentas período 2007-2008.

Procurar la atención en salud con un enfoque integral a los usuarios, y/o beneficiarios de los servicios que presta el centro de salud más cercano a su comunidad.

Fortalecer los mecanismos de participación social y comunitaria para optimizar la correcta utilización de los servicios de la Empresa Social de Estado Pasto Salud ESE.

Mejorar los instrumentos de recolección de información de satisfacción del usuario.

Realizar una adecuada gestión del talento humano, con el fin de disminuir rotación del personal vinculado, facilitando los recursos físicos para el desarrollo de las actividades.

Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar el mejoramiento continuo tanto en la identificación, operación y control de los riesgos en salud.

Hacer el seguimiento, análisis y medición de los procesos y subprocesos. Estratégicos, misionales y de apoyo de la empresa. Pasto Salud ESE.

Implementar las acciones de evaluación para alcanzar los resultados planificados y mejora continua de los procesos y subprocesos en el corto plazo.

Establecer un manual de indicadores para el Control de Gestión como instrumento que suministre la información oportuna, veraz y objetiva de los servicios de salud validos para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparándose frente a sus resultados y buscando una mejor y óptima proyección gerencial.

Procurar que los indicadores de oportunidad y fidelidad establecidos en cada proceso o subproceso permitan obtener información en tiempo real, adecuada y oportuna. Los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, son la razón para corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.

Socializar los hallazgos de conformidad y no conformidad con los dueños de los procesos y subprocesos para registrar de forma adecuada los datos estadísticos y las acciones preventivas o correctivas adoptadas por Pasto Salud ESE.

BIBLIOGRAFIA

Net gráfica DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y RED UNIVERSITARIA DE EXTENSIÓN EN CALIDAD: Manual de Calidad. Bogotá: Disponible <http://www.dafp.gov.co/> Actualización Junio 30 de 2008. 76 p.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos; y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill, 1998. 501 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN: Compendio tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC, 2006. 112 p.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Conformación de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Publica. Pasto: 2004. 130 p.

Net gráfica INSTITUTO URUGUAYO DE NORMAS TÉCNICAS. Montevideo: Disponible en: <http://www.unit.org.uy/> ISO9000/ actualización mayo 10 de 2008. 10 p.

KENICHI Ohmae, La Mente del Estratega. 2 ed. Estrategias basadas en el cliente. Madrid: Prentice-Hall, 2000. 110 p.

LAMATA COTANDO, Fernando et al. La Administración y Gestión Sanitaria. 2 ed España: Días de Santos, 1998. 910 p.

M. M. ROSENTAL y P. F. IUDIN. Diccionario Filosófico. 6 ed. Bogotá: Taller Graficas Modernas, 1994. 498 p.

MORENO LUZÓN, Peris y GONZÁLEZ, Camilo. Gestión de la Calidad y Diseño de las Organizaciones. 3 ed. Madrid: Mc Graw-Hill, 2001. 347 p.

NADAL, María Luisa. Manual Administración Sanitaria. Gestión de la Calidad. Madrid: Días de Santos, 1998. 510 p.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E Plan de Gestión Institucional. Periodo 2008-2011. San Juan de Pasto: s.n. 2008. 175 p.

COLOMBIA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Normas técnicas de eficiencia y transparencia. Programa presidencial de lucha contra la corrupción. Bogotá: Presidencia de la República, 2002. 145 p.

Net gráfica ROJAS RAMOS, Daniel. Teorías de Calidad. [correo electrónico] danielrora@todito.com Disponible en internet: <http://www.gestiopolis.com/> [Octubre 2003], 14 p.

ANEXOS

OFICINA ASESORA DE PLANEACION

Formato de encuesta SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD SOGCS. Empresa Social del Estado.

Objetivo: Establecer el grado de cumplimiento y avance en la implementación SOGCS. En el marco de la ley 872 de 2003; decreto 4110 de 2004; Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y Decreto 1011 del 3 abril 2006. SOGCS.

Instrucciones: Agradecemos la disponibilidad de su tiempo y honestidad en las respuesta. Responda marcando con una x la casilla correspondiente

ELEMENTO DE COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

PREGUNTA		SI	NO	Si su respuesta es NO explique brevemente el porque
1	¿Conoce los componentes de la plataforma estratégica de la empresa?			
1.1	si su respuesta es SI descríbalos en la siguiente casilla			
2	¿Usted sabe cuales son los principios corporativos de la empresa?	SI	NO	
2.1	si su respuesta es SI descríbalos en la siguiente casilla			
3	¿Usted sabe cuales son los objetivos corporativos de Pasto Salud E.S.E?	SI	NO	
3.1	si su respuesta es SI descríbalos en la siguiente casilla			
4	¿La empresa ha generado espacios y mecanismos para darle a conocer a usted la plataforma estratégica?	SI	NO	
5	¿Usted conoce el Código de Ética que rige su labor en nuestra empresa?	SI	NO	
5.1	si su respuesta es SI descríbalos en la siguiente casilla			
6	¿Usted conoce el Protocolo de Atención al Usuario establecido y adoptado por nuestra Empresa?	SI	NO	
7	¿Conoce los componentes del protocolo de Atención al Usuario?	SI	NO	
7.1	si su respuesta es SI descríbalos en la siguiente casilla			

ANEXO A

20		¿Mediante que estrategias le gustaría que le den a conocer o retroalimentar toda la información que la empresa genera y sea de su interés u obligatorio conocimiento? Marque con una					
A	Medio Impreso	E	Instalación directa en su computador				Otros ¿Cuáles?
B	Capacitaciones	F	Periódico Institucional				
C	Videos	G	Cartelera				
D	CD						

ELEMENTO DE COMUNICACIÓN INFORMATIVA

No	PREGUNTA	SI	NO	Si su respuesta es NO explique brevemente el porque		
1	¿Usted considera que los trabajadores informan a los usuarios sobre las políticas, planes, programas y proyectos que adelanta la empresa?					
2	¿En alguna oportunidad usted ha dado a conocer a los usuarios sobre deberes y derechos que les aplican?	SI	NO			
3	¿Usted considera que sus compañeros de trabajo brindan una atención con calidad y calidez a nuestros usuarios?	SI	NO			
4	¿Los trabajadores de las IPS informan de forma adecuada sobre los servicios que presta la IPS?	SI	NO			
5	¿Los trabajadores de las IPS informan a los usuarios sobre los horarios de atención de forma adecuada?	SI	NO			
6	¿Los trabajadores de las IPS informan de forma adecuada a los usuarios sobre los documentos necesarios para su atención?	SI	NO			
7	¿Usted considera que sus compañeros orientan adecuadamente las dudas de nuestros usuarios?	SI	NO			
8	¿Usted sabe cual es la función de las ligas de Usuarios?	SI	NO			
8.1	Si su respuesta es SI descríbala en la siguiente casilla					
9	¿Cómo calificaría la atención que nuestras IPS brindan a los Usuarios? Marque con una X y explique su respuesta en la casilla en blanco					
	A	BUENA	B	REGULAR	C	MALA
10	¿Mediante que estrategias le gustaría se mejore la comunicación con el usuario y la de el hacia nosotros?					

ANEXO A

ANEXO A

COMPONENTE DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

No	PREGUNTA	SI	NO	Si su respuesta es NO explique brevemente el porque
1	¿Las carteleras ubicadas en nuestra Empresa si están cumpliendo su función de informar y comunicar?			
2	¿Los folletos, plegables, afiches, pasacalles, letreros etc. cumplen su función de comunicar e informar a la comunidad y al personal de la Empresa?	SI	NO	
3	¿Las pautas radiales y programas radiales han sido un medio que han informado, comunicado y educado a la comunidad y al personal de salud?	SI	NO	
4	¿Las capacitaciones como medio de comunicación han cumplido la función de informar y actualizar a los trabajadores de la empresa?	SI	NO	
5	¿Usted sabia que Pasto Salud tiene su propia pagina Web?	SI	NO	
5.1	Cual es la dirección de la página. Escribala en la siguiente casilla			
5.2	¿Usted la ha visitado?	SI	NO	
5.3	¿Si usted la ha visitado como la califica? Marque con una x			
	A Buena B Regular C Mala			
5.4	Sugerencias para mejorar nuestra pagina Web			
6	¿Usted orienta al usuario sobre la existencia y manejo del Buzón de Sugerencias?	SI	NO	

7	¿Mediante que medios le gustaría se le informe a usted y a la comunidad sobre las políticas, planes, programas y proyectos que adelanta La empresa? Marque con una x
	FOLLETOS CARTELERA PRENSA Otros ¿Cuáles?
	CARTILLAS RADIO PASACALLES
	AFICHES VIDEOS LETREROS
	CAPACITACIONES TV INTERNET

OBSERVACIONES

ANEXO B

ENTREVISTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

PEGUNTAS

¿Describe si, en su proceso o subproceso se incrementaron o disminuyeron las actividades con la implementación del SOGCS?

¿Se hace seguimiento al conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento?

¿Las auditorías apuntan generar, mantener y mejorar continuamente la calidad observada respecto de la calidad esperada en la atención de salud que reciben los usuarios?

¿En que condiciones de capacidad instalada se atienden a los usuarios en la IPS? Recursos Humanos, Tecnológica científica e infraestructura del Centro hospital

¿Existe una unidad sectorial de normalización en salud como una instancia técnica?

De las cinco características que orienta a mejorar los resultados centrados en el usuario, que van más allá de la existencia documental de los procesos los cuales solo son requisitos para alcanzar los resultados.

Según su opinión ¿Cómo estamos en el municipio respecto a:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Seguridad del paciente
- Pertinencia en medicamentos POS
- Continuidad de las intervenciones requeridas por el paciente.

De los cuatro componentes del SOGCS

Según su opinión ¿Cómo estamos en la IPS respecto a:

El sistema Único de Habilitación.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud

El sistema Único de Acreditación.

El sistema de Información para la calidad.

De las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.

Misterio Protección Social, Superintendencia de Salud, Instituto Departamental y D MS

Según su opinión ¿Cuál es el menos comprometida con el SOGCS?

¿Considera usted que los estándares del SOGCS. Están actualizados para lograr la satisfacción de los usuarios en la recuperación de su salud?

ANEXO C

LA CALDERA

GENOY

MAPACHICO

MORASURCO

P. S.
ARANDA

CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

HABILITADOS
 AREA URBANA

AÑO 2008

BUESAQUILLO

CABRERA

O BONU CO

C. S. VICENTE

C. OCHO

C. NUEVE

C. S. PANDIACO

C. DIEZ

HOSPITAL CIVIL

C. UNO

C. ONCE

C. DOCE

C. DOS

C. TRES

C. S. TAMASAGRA

C. SEIS

C. S. LORENZO

C. S. LA ROSA

C. CUATRO

C. S. EL ROSARIO

LA LAGUNA

EL ENCANO

GUALMATAN

C. CINCO

CATAMBU CO

STA. BARBARA

CONVENCIONES:

RED NORTE

RED SUR

RED ORIENTE

RED OCCIDENTE



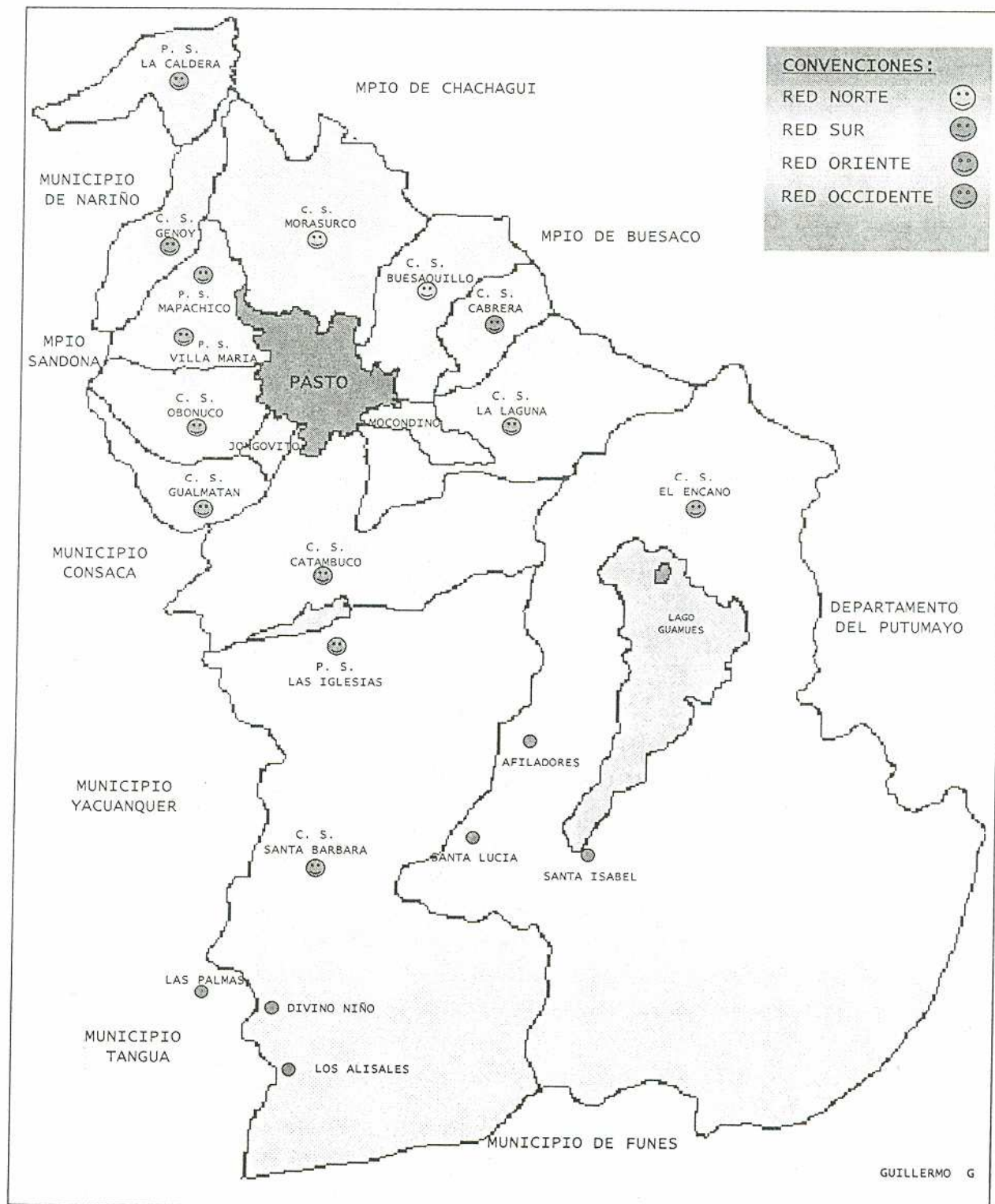
ANEXO D



Nuestro patrimonio...

... Su salud!

CENTROS Y PUESTOS DE SALUD HABILITADOS AREA RURAL AÑO 2008



ANEXO E
LOCALIZACIÓN MUNICIPIO DE PASTO EN EL DEPARTAMENTO
DE NARIÑO



LOCALIZACION DEL DEPTO. DE NARIÑO
EN COLOMBIA



PROYECTO: REPOSICIÓN CENTRO HOSPITAL DE
PRIMER NIVEL LA ROSA, MUNICIPIO DE PASTO

ANEXO F



GERENCIA

RESOLUCIÓN No. 0673
h 2 OCT. 2006

"Por medio del cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004 en la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E."

El Gerente de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E., en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

- Que la Constitución Política en su Artículo 209, establece: "La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley";
- Que, a su vez, entre otros aspectos, el Artículo 269 de la Constitución Política establece que: "En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley";
- Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones", dispuso en el artículo 6 que: *"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos"*;
- Que el Acuerdo 004 del Concejo Municipal de Pasto por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE, establece como funciones del Gerente, expedir los actos administrativos para el funcionamiento de la misma.
- Que el Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, en su Artículo 34, Numeral 31 establece entre los Deberes de todo Servidor Público: *"Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen"*.
- Que el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005, *"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2005"*, en su artículo 1º establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto.

RESOLUCION No 0673

02 OCT. 2006

- Que la Ley 872 del 30 de Diciembre de 2003, " Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras del servicio", establece que, entre otras, las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social Integral, de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, están obligadas a desarrollar y poner en funcionamiento el Sistema de Gestión de la Calidad integral, intrínseco, confiable, económico, técnico y particular para garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Que el Decreto 4110 del 9 de Diciembre de 2004 *"Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"*, en su artículo 1º establece la obligación de adoptar la NTC GP 1000:2004, la cual forma parte integral del presente Decreto.
- Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en los anexos técnicos al Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E., con el fin de ajustarlos a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005. Adoptar para la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E. el Modelo Estándar de Control Interno y su estructura establecida en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. Se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

ARTÍCULO 3. ADOPCIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA – NTC GP 1000:2004. Adoptar para la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E., la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública y su estructura establecida en el Decreto 4110 del 9 de Diciembre de 2004.

RESOLUCION No 0673

02 OCT. 2006

2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.
 - 2.1. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 2.1.1. Políticas de Operación.
 - 2.1.2. Procedimientos.
 - 2.1.3. Controles.
 - 2.1.4. Indicadores.
 - 2.1.5. Manual de Procedimientos.
 - 2.2. COMPONENTE INFORMACIÓN.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 2.2.1. Información Primaria.
 - 2.2.2. Información Secundaria.
 - 2.2.3. Sistemas de Información.
 - 2.3. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 2.3.1. Comunicación Organizacional.
 - 2.3.2. Comunicación Informativa.
 - 2.3.3. Medios de Comunicación.
3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.
 - 3.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 3.1.1. Autoevaluación del Control.
 - 3.1.2. Autoevaluación de Gestión.
 - 3.2. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 3.2.1. Evaluación del Sistema de Control Interno.
 - 3.2.2. Auditoría Interna.
 - 3.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.
ELEMENTOS DE CONTROL:
 - 3.3.1. Plan de Mejoramiento Institucional.
 - 3.3.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.
 - 3.3.3. Planes de Mejoramiento Individual.

RESOLUCION No 0673

02 OCT. 2006

ARTÍCULO 9. RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN. La Alta Dirección se asegurará de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno y Gestión de Calidad, estén definidas y comunicadas dentro de la Entidad, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley 87 de 1993 y el parágrafo 1º del artículo 2 de la Ley 872 de 2003.

ARTÍCULO 10. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN. Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la Resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, el Representante Legal delega dicha función en el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E., quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité Coordinador de Control Interno.

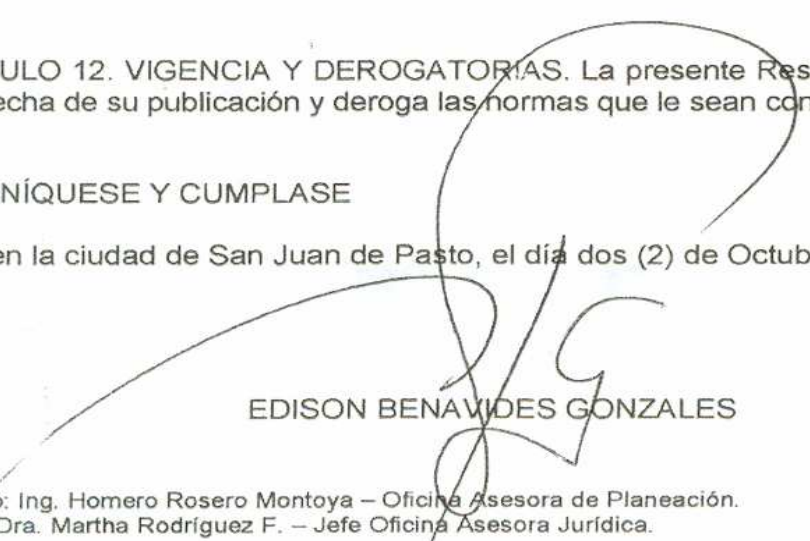
A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión y Calidad, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

ARTÍCULO 11. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y REGULACIÓN. La presente Resolución, será aplicable a todas las áreas organizacionales de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD E.S.E. y su reglamentación de orden operativo se realizará por medio de actos administrativos por las cuales se adopten los conceptos, metodologías, guías e instrumentos de aplicación así como los manuales e instrumentos que le sean inherentes.

ARTÍCULO 12. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución, rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de San Juan de Pasto, el día dos (2) de Octubre de 2006.


EDISON BENAVIDES GONZALES

Proyectó: Ing. Homero Rosero Montoya – Oficina Asesora de Planeación.
Revisó: Dra. Martha Rodríguez F. – Jefe Oficina Asesora Jurídica.

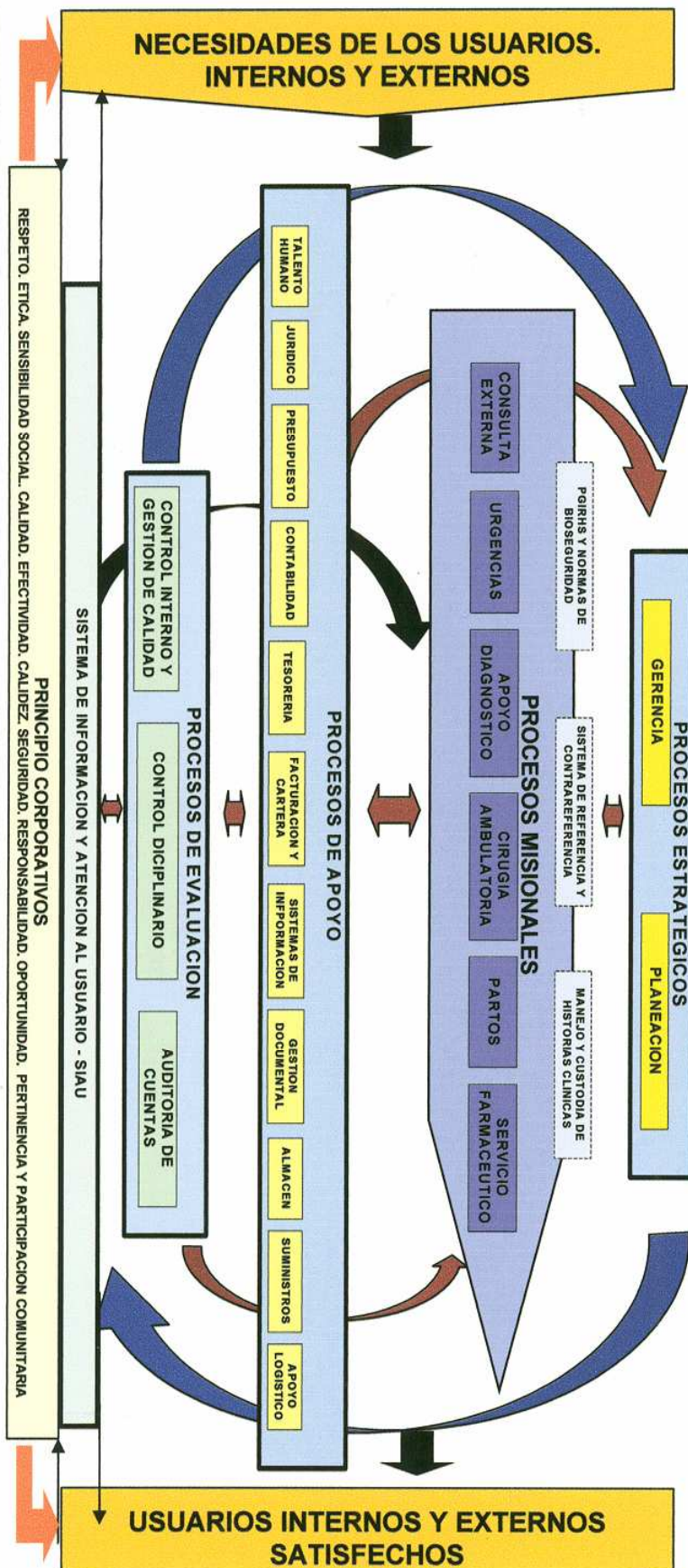


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PASTO SALUD E.S.E

MAPA DE PROCESOS

VERSIÓN	CÓDIGO	PAGINA	FECHA



ANEXO G

ELABORO	REVISO	APROBO
Oficina Asesora de Planeación	Subgerente Administrativo y Financiero	Subgerente de Servicios de Salud
	EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN Y CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD
		Gerente

ANEXO H

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO									
PASTO SALUD E.S.E									
FICHA TÉCNICA DEL PROCESO									
PROCESO: PLANTACIÓN				VERSIÓN	CÓDIGO	PAGINA	FECHA		
SUBPROCESO: MATRIZ DE COMUNICACIÓN				1	SGC	1 de 2	Noviembre 30 2008		
ÁREA	MENSAJE	EMISOR	MEDIO	FRECUENCIA	RECEPTOR	RESPUESTA		PERIODICIDAD	
						¿QUE SE COMUNICA?	¿COMO SE RETROALIMENTA?		
GERENCIA	Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad	Gerente	Reunión, Plan de Gestión Institucional, Pagina Web	Inducción Reforzando lo Durante el Proyecto	A Usuarios Internos y Externos	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		Periodicamente	
GERENCIA	Plan de Calidad	Gerente	Reuniones de Capacitación	Inducción Reforzando lo Durante el Proyecto	A Usuarios Internos y Externos	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		En el Desarrollo de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	
GERENCIA	Modelación de los Procesos	Gerente	Reuniones de Capacitación	Inducción Reforzando lo Durante el Proyecto	A todo el Personal del Proceso	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		En el Desarrollo de la Implementación	
GERENCIA	Funciones y Responsabilidades del Sistema de Gestión	Gerente	Comunicación Directa, Comunicación Escrita	Inducción cada vez que Cambie	A Usuarios Internos y Externos	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		Periodicamente	
GERENCIA	Requisitos del Cliente	Gerente	Comunicación Directa, Comunicación Escrita	Inducción cada vez que Cambie	A Usuarios Internos y Externos	Buzón de sugerencias, Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		Periodicamente	
GERENCIA	Resultados de las Revisiones de Gerencia	Gerente	Informe	Al Finalizar el Proyecto	Responsable del Proceso	Buzón de sugerencias, Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		Todos los días y al Finalizar el Proyecto	
GERENCIA	Certificado de calidad	Gerente	Todos los medios disponibles	Al momento de la obtención del certificado	Todo el personal de la Corporación y la Ciudadanía	Plan de Mejora Continua		Periodicamente	
GERENCIA	Plan Operativo Anual	Gerente	Reuniones y Socialización	Durante el Desarrollo del Proyecto	A Todo el Personal de la ESE	informes de avance POA por dependencia		Trimestralmente	
GERENCIA Y COMITÉ MECI	Modelo Estandar de Control Interno	Gerente y Comité MECI	Informes y socialización de resultados	Durante el Desarrollo del Proyecto	A todo el personal de la ESE	Aplicación de Encuestas		Trimestralmente	
PLANEACION	Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad	Jefe Oficina de Planeación	Reunión con el grupo de gestión de calidad, Intranet	Inducción, Plan de Trabajo de los Proyectos	Responsables de los Procesos y A Todo El Personal	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad		Durante la Fase de Planeacion	
PLANEACION	Documentos Maestros del Sistema de Gestión de Calidad	Comité de Gestión de Calidad	Socialización Unidades, Intranet	Plan de Trabajo del Proyecto	A Usuarios Internos y Externos	Buzón de Sugerencias y Revisión de los Documentos		Frecuentemente	
PLANEACION	Noticias de Avance del Proyecto de Implementación del SIGCC. (Acuerdos, Normas, reglamentos)	Jefe Oficina de Planeacion	Pagina Web, Intranet, Carteleras, Boletines, folletos, Socialización Unidades	Durante el Desarrollo del Proyecto	A Usuarios Internos y Externos	Buzón de Sugerencias		En el Desarrollo de la Implementación	

ANEXO H

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO									
PASTO SALUD E.S.E									
FICHA TÉCNICA DEL PROCESO									
PROCESO: PLANTACIÓN				VERSIÓN	CÓDIGO	PAGINA	FECHA		
SUBPROCESO: MATRIZ DE COMUNICACIÓN				1		1 de 2	Noviembre 30 2008		
PLANEACION	Mensaje de Compromiso de la Dirección con la Implementación del SIGCC y de Información Sobre el Avance	Comité de Gestión de Calidad	Página Web, Intranet, Carteleras, Boletines, folletos, Socialización Unidades	Durante el Desarrollo del Proyecto	A Usuarios Internos y Externos	Buzón de Sugerencias	Durante el Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad		
PLANEACION	Modificación a los Documentos del SIGCC	Jefe Oficina de Planeación	Socialización en Oficinas, IPS s, Intranet, Página Web	Al Crease o Modificarse un Documento	Responsables de los Procesos y A Todo El Personal	Buzón de Sugerencias y Revisión de los Documentos	Periodicamente		
PLANEACION, CONTROL INTERNO DE GESTIÓN Y CALIDAD	Acciones Correctivas y Preventivas	Jefe de Planeación y Responsables de los Procesos	Formato de Acciones Correctivas y Preventivas	Cuando se Presenten	Responsable del Proceso	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	Permanente		
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN Y CALIDAD	Programas de Auditoria	Jefe Oficina de Control Interno de Gestión y Calidad	Programa de Auditorias	Cuando se Programen	Audiores Internos, Responsables de los Procesos	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	Periodicamente		
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN Y CALIDAD	Resultado de Auditorías Internas	Jefe Oficina de Control Interno de Gestión y Calidad	Informe Escrito y Correo Electronico Institucional	Después de Cada Auditoria	Gerencia y Responsable del Proceso	Elaboración de Planes de Acciones Correctivas y Preventiva, Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	Al Finalizar el Proceso de Auditorias		
TALENTO HUMANO	Metodología de Trabajo	Jefe Oficina de Talento Humano	Reunión Formal con el Personal	Al Inicio de las Labores de cada Proyecto	Al Personal Vinculado a la E.S.E	Inducción y Reinducción	Periodicamente		
TALENTO HUMANO	Plan de Capacitación	Jefe Oficina de Talento Humano	Plan de Capacitación	Cuando se Programen	Al Personal Vinculado a la E.S.E	Nuevas Capacitaciones	Periodicamente		
SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO SIAU	Quejas y Reclamos	Jefe Oficina de Atención al Usuario, Subgerente de Servicios	Formato de Quejas y Reclamos	Cuando se Presenten	Gerente, Subgerente de Servicios, Coordinadores de Red	Verificación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y la Prestación de los Servicios	Constantemente		
ELABORO				REVISO		APROBO			
GRUPO APOYO PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN Y CALIDAD		COMITÉ DE CALIDAD			
Ingenieros, Industriales		Dueno del Proceso		Subgerente Administrativo y Financiero		Gerente			
CONTROL DE CAMBIOS				APROBADO POR					
FECHA		VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO		APROBADO POR			

ANEXO L

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					
		PASTO SALUD E.S.E					
		FICHA TÉCNICA DEL PROCESO					
		PROCESO:	VERSIÓN	CÓDIGO	PAGINA	FECHA	
		SUBPROCESO:					
OBJETIVO							
ENTRADAS							
PROVEEDORES							
SALIDAS							
DEFINICIONES							
No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PUNTOS DE CONTROL	TIEMPO		
1							
2							
3							
4							
RELACIÓN DE FORMATOS Y ANEXOS		1	Flujo grama subproceso elaboración y control de documentos				
		2	Organigrama				
		3	Simbología estándar para diagramas de flujo				
		4	Formato ficha de caracterización				
		5	Formato elaboración de subprocesos				
		6	Listado de registros				
		7	Listado maestro de documentos y SIS				
ELABORO		REVISO		APROBO			
APOYO PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN Y CALIDAD		COMITÉ DE CALIDAD			
Ingeniero (a) Industrial	Dueño del Proceso	Subgerente Administrativo y Financiero		Gerente			
FECHA		VERSIÓN		DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO			
				APROBADO POR			

ANEXO I

										EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO									
										PASTO SALUD E.S.E									
										FICHA TÉCNICA DEL PROCESO									
PROCESO:										VERSIÓN		CÓDIGO		PAGINA		FECHA			
ENTRADAS		PROVEEDORES		ACTIVIDADES		RESPONSABLE		PRODUCTO/ SALIDA		CLIENTES									
				P															
				H															
				V															
				A															
INDICADORES																			
No.		INDICADOR		FRECUENCIA		FORMULA		REGISTRO		RESPONSABLE									
ELABORO						REVISO				APROBÓ									
GRUPO APOYO PROCESOS Y SUBPROCESOS																			
Ingeniero (a) Industrial		Dueño del Proceso		EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN Y CALIDAD		Subgerente Administrativo y Financiero		COMITÉ DE CALIDAD		Gerente									

ANEXO I

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO								
		PASTO SALUD E.S.E								
		FICHA TÉCNICA DEL PROCESO								
		PROCESO:	VERSIÓN	CÓDIGO	PAGINA	FECHA				
SUBPROCESO:										
FLUJOGRAMA										
						ELABORO		REVISOR	APROBÓ	
						APOYO PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		EQUIPO TÉCNICO DE GESTIÓN Y CALIDAD	COMITÉ DE CALIDAD	
Ingeniero (a) Industrial	Dueño del Proceso	Subgerente Administrativo y Financiero		Gerente						