

	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	Documento	Código	Fecha	Revisión
	FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	F-AC-DBL-007	10-04-2012	A
DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	Dependencia	Aprobado		Pág.
		SUBDIRECTOR ACADÉMICO		1(116)

RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

AUTORES	YURANY PAOLA PÉREZ GARCIA		
FACULTAD	CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS		
PLAN DE ESTUDIOS	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS		
DIRECTOR	GENNY TORCOROMA NAVARRO CLARO		
TÍTULO DE LA TESIS	APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LA NTC GP 1000-2009 EN EL SISTEMA DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA EN SU PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		
RESUMEN (70 PALABRAS APROXIMADAMENTE)			
<p>EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 6° DE LA LEY 872 DE 2003, ESTA NORMA ESTABLECE LOS REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD APLICABLE A LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO Y OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS.</p> <p>ESTA NORMA ESTÁ DIRIGIDA A TODAS LAS ENTIDADES, Y TIENE COMO PROPÓSITO MEJORAR SU DESEMPEÑO Y SU CAPACIDAD DE PROPORCIONAR PRODUCTOS Y/O SERVICIOS QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES DE LA ENTIDAD.</p>			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS: 116	PLANOS: 0	ILUSTRACIONES: 18	CD-ROM: 1



VÍA ACOLSURE, SEDE EL ALGODONAL, OCAÑA N. DE S.
Línea Gratuita Nacional 018000 121022 / PBX: 097-5690088
www.ufps.edu.co



**APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LA NTC GP 1000-2009 EN EL SISTEMA
DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO
QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA EN SU PROCESO DE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

YURANY PAOLA PÉREZ GARCIA

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS
PLAN DE ESTUDIOS ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
OCAÑA
2016**

**APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LA NTC GP 1000-2009 EN EL SISTEMA
DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO
QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA EN SU PROCESO DE
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

YURANY PAOLA PÉREZ GARCIA

**Informe final de pasantías presentado como requisito para optar el título de
Administrador de Empresas**

Director
GENNY TORCOROMA NAVARRO CLARO
Administrador de empresas

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS
PLAN DE ESTUDIOS ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
OCAÑA
2016**

ADVERTENCIA

La universidad Francisco de Paula Santander no es responsable de los conceptos emitidos en este trabajo de grado.

Acuerdo 025 de octubre de 1970, Artículo 159.

AGRADECIMIENTOS

La pasante da los agradecimientos a:

A la directora de la pasantía Administrador de Empresas GENNY TORCOROMA NAVARRO CLARO, por su colaboración en la realización del presente informe.

A todos los docentes que de una u otra manera contribuyeron al logro de esta investigación.

A la Universidad Francisco de Paula Santander seccional Ocaña.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LA NTC GP 1000-2009 EN EL SISTEMA DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA, EN SU PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.	16
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.	16
1.1.1 Misión.	18
1.1.2 Visión.	18
1.1.3 Objetivos.	18
1.1.4 Descripción de la estructura organizacional.	20
1.1.5 Descripción de la dependencia.	21
1.2 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DEPENDENCIA.	21
1.2.1 Planteamiento del problema	22
1.3 OBJETIVOS DE LAS PASANTÍAS.	23
1.3.1 General.	23
1.3.2 Específicos.	23
1.4 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.	23
1.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	24
2. ENFOQUE REFERENCIAL.	26
2.1 ENFOQUE CONCEPTUAL.	26
2.2 ENFOQUE LEGAL.	28
3. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE TRABAJO.	32
3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.	32
3.1.1 Realizar un diagnóstico real del proceso de acuerdo al cumplimiento de la NTC GP 1000:2009.	32
3.1.2 Organizar adecuadamente los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009.	68
3.1.3 Formular estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento estratégico.	85
4. DIAGNOSTICO FINAL.	90
5. CONCLUSIONES.	92
6. RECOMENDACIONES.	93
BIBLIOGRAFIA	94

REFERENCIAS DOCUMENTALES ELECTRONICAS 95

ANEXOS 96

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Matriz DOFA	22
Cuadro 2. Actividades a realizar	23
Cuadro 3. Cronograma de actividades	24
Cuadro 4. Fase de planeación.	35
Cuadro 5. Elementos mínimos para la implementación.	36
Cuadro 6. Sistematización	52
Cuadro 7. Aspectos éticos y normativos.	53
Cuadro 8. Cambios del entorno	54
Cuadro 9. Seguridad	55
Cuadro 10. Enfoque de la gestión.	56
Cuadro 11. Humanización durante la atención.	57
Cuadro 12. Planeación	58
Cuadro 13. Coordinación.	59
Cuadro 14. Responsabilidad social	60
Cuadro 15. Misión	61
Cuadro 16. Visión	62
Cuadro 17. Cliente interno	63
Cuadro 18. Necesidades del usuario.	64
Cuadro 19. Organización	65
Cuadro 20. Análisis	66
Cuadro 21. Proceso documental de la NTC GP 1000.	68

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Sistematización	52
Grafica 2. Aspectos éticos y normativos.	53
Grafica 3. Cambios del entorno	54
Grafica 4. Seguridad	55
Grafica 5. Enfoque de la gestión.	56
Grafica 6. Humanización durante la atención.	57
Grafica 7. Planeación	58
Grafica 8. Coordinación.	59
Grafica 9. Responsabilidad social.	60
Grafica 10. Misión	61
Grafica 11. Visión	62
Grafica 12. Cliente interno	63
Grafica 13. Necesidades del usuario.	64
Grafica 14. Organización	65
Grafica 15. Análisis	66

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama	20
Figura 2. Componentes	47
Figura 3. Estándar cliente asistencial.	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Cuadros de diagnóstico del MECI.	97
Anexo B. Estándares de gerencia (GER)	109
Anexo C. Plan de mejoramiento.	111
Anexo D. Metas.	113
Anexo E. Indicadores.	114

RESUMEN

La certificación NTCGP 1000 le permite a las entidades evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003.

La NTCGP 1000, además de incluir los requisitos de la norma ISO 9001:2000, aporta:

Eficiencia y efectividad en todas las actuaciones.

Mecanismos para comunicar a las partes interesadas sobre el desempeño de los procesos.

Mapas de riesgos y puntos de control sobre los riesgos.

Control de la prestación de los servicios.

Comunicación con el cliente acerca de los mecanismos de participación ciudadana.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, esta norma establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen.

INTRODUCCIÓN

La pasantía se presenta como una propuesta metodológica que permitirá a las entidades prestadoras de servicios de salud, la fase de diseño, para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, a través de un enfoque sencillo y didáctico, de acuerdo a la experiencia y metodología utilizada por los encargados.

El documento se desarrolla mediante una secuencia lógica y descriptiva, donde se identifican los clientes, se define la política de calidad, se determinan las directrices de calidad, se formula la política y metas de calidad; la planificación del producto o servicio, con el plan de calidad para la realización del mismo; la documentación de los procesos, incluyendo la estructura documental y los procedimientos y registros y por último de desarrolla el tema de indicadores de gestión.

Finalmente, hay que aclarar que con este informe se pretende facilitar a las entidades del Estado la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y como tal, pueden tomarse otras metodologías que la enriquezcan y se obtenga el objetivo común de lograr la gestión basada en la mejora continua de la calidad en las entidades.

El objetivo de este trabajo es apoyar a la implementación de la NTC GP 1000-2009 en el sistema de calidad para el mejoramiento de la E.S.E. hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, en su proceso de direccionamiento estratégico, al igual que realizar un diagnóstico general del proceso de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009, organizar adecuadamente los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana y formular estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento estratégico.

1 APOYO A LA IMPLEMENTACION DE LA NTC GP 1000-2009 EN EL SISTEMA DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA, EN SU PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

Nuevamente al igual que con la fundación de Ocaña, la Ciudad de Pamplona jugó un papel muy importante en materia de salud con la fundación del primer Hospital denominado SAN JUAN DE DIOS, en 1622 en la ciudad de Pamplona, por la comunidad de los hermanos de San Juan de Dios, se hace necesario fundar uno en la Ciudad de Ocaña, es así que desde Pamplona, se trasladan seis (6) religiosos en el año 1645 y fundan un hospital manicomio que además prestaba los servicios en Medicina General, dicho centro hospitalario funcionó poco tiempo en una casa ubicada en el Barrio San Agustín cerca al convento de la capilla de San Sebastián; este Hospital se terminó debido a las guerras de la época y a la expulsión de los religiosos de la Nueva Granada.

Luego a Medios del siglo XVIII, se fundó una clínica que también funcionó en el barrio San Agustín, más concretamente en la casa de los COLOBON, donde funcionaba la panadería la INSUPERABLE, y quién fuera propietario el controvertido presbítero padre BUZETA.

En el año 1888 llegó a Ocaña, el pavoroso azote de la FIEBRE AMARILLA, dejando la ciudad reducida a menos de su tercera parte; ante esta epidemia y desolación y ante la ausencia de una Institución Hospitalaria, mediante Decreto Eclesiástico No. 203 de 1890 emanado de la Diócesis de Santa Marta se autorizaba al Párroco RAFAEL CELEDÓN de la parroquia de Santa Ana de Ocaña, la creación del Hospital de Caridad SANTA ANA DE OCAÑA, con escritura pública No. 445 del 25 de julio de 1890, el cual inició labores el 1° de febrero de 1891 en el sitio denominado "El Llano de Echavez".

Desde diciembre de 1955, ofrece sus servicios en el local donde actualmente funciona, adoptando el nombre de HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES, por Resolución No.23 de 1960. El Doctor Emiro Quintero Cañizares, en su condición de Secretario General de Salud hizo posible su construcción y dotación. El Acuerdo del Concejo Municipal No.27 de 1938 establece los estatutos que posteriormente fueron reformados por la Resolución No. 001 de 1960, emanada de la Junta Directiva y que define claramente su finalidad.¹

Se le da vida jurídica como una empresa social del estado según ordenanza 060 del 29 de diciembre de 1995 emanada de la honorable Asamblea del Norte de Santander. La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares es actualmente Hospital de II Nivel de atención, es Hospital de referencia para los Municipios de Ocaña, Abrego, Hacarí, La Playa, Teorama, San Calixto, Convención, El Tarra, El Carmen, Cachira, y la Esperanza en el Departamento

¹ <http://www.hospitaleqc.gov.co/historico/plataforma-estrategica/resena-historica.html>

Norte de Santander, y de los Municipios de Río de Oro y González del Departamento del Cesar.

De otra parte el Hospital, es el centro asistencial más importante de la provincia de Ocaña ya que tiene una cobertura aproximada de 300.000 mil usuarios tiene como misión la prestación de servicios de salud con atención humanizada, dignidad, eficiencia, integridad y calidad a toda la población de Ocaña y municipios vecinos, que además ofrece servicios de promoción y prevención realizando visitas a diferentes zonas del área rural y puestos de salud, se encuentra en un momento trascendental e importante en su historia siendo el líder en el sector a través de la prestación de servicios, brindando atenciones en salud a miles de ciudadanos en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad, con buen nivel científico y realizando un aporte significativo al desarrollo de la región.

También cuenta con una infraestructura que dispone de confortables instalaciones físicas y personal altamente calificado garantizando calidad en el servicio prestado, de esta manera se prestan los siguientes servicios:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

URGENCIAS

Atención las 24 horas del día.

Consulta de Urgencias (3 consultorios).

Observación (12 camas adultos y 3 pediátricas)

Urgencias psiquiátricas.

Atención inicial de Pacientes

Admisiones de Gineco-Obstetricia.

Sala de Procedimientos.

Servicio de Rayos X 24 horas.

Servicio de Laboratorio Clínico 24 horas.

Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

Ortopedia

Referencia y contrarreferencia de pacientes para la red pública de hospitales y Centros de Salud del área de influencia.

Ambulancias para el traslado de pacientes. (TAB y TAM)

HOSPITALIZACIÓN

Cinco áreas de atención por especialidades:

Gineco-Obstetricia

Medicina Interna

Pediatría

Cirugía

Psiquiatría

QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO

Especialidades quirúrgicas:

Cirugía General.
Ortopedia y Traumatología.
Dermatología
Gineco-Obstetricia.
Otorrinolaringología
Oftalmología.
Anestesiología.
Cirugía Ambulatoria

CONSULTA EXTERNA

Medicina General.
Medicina Especializada.
Cirugía General.
Ortopedia y Traumatología.
Gineco-Obstetricia.
Medicina Interna.
Anestesiología.
Dermatología.
Otorrinolaringología.
Psiquiatría.
Odontología.
Promoción y Prevención

1.1.1 Misión. Somos una Empresa Social del estado que presta servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la provincia de Ocaña, con altos estándares de calidad y mejora continua a los usuarios del sistema general de seguridad social en salud en la sede principal y redes integradas; basadas en la participación social, el desarrollo del talento humano, la relación docente, servicios de investigación, con tecnología apropiada y en pro de la sostenibilidad financiera, respetando la dignidad del individuo, con enfoque diferencial, enfoque de género, enfoque de derechos, logrando satisfacer las necesidades en salud.

1.1.2 Visión. Para el año 2013 la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares quiere ser reconocida en el nororiente colombiano como una institución líder en salud, en la prestación de servicios, modelo de atención, acreditada, promoviendo la gestión del conocimiento a través de la atención humanizada para mejorar la salud de los individuos y comunidad, enfocada a la población materno-infantil.

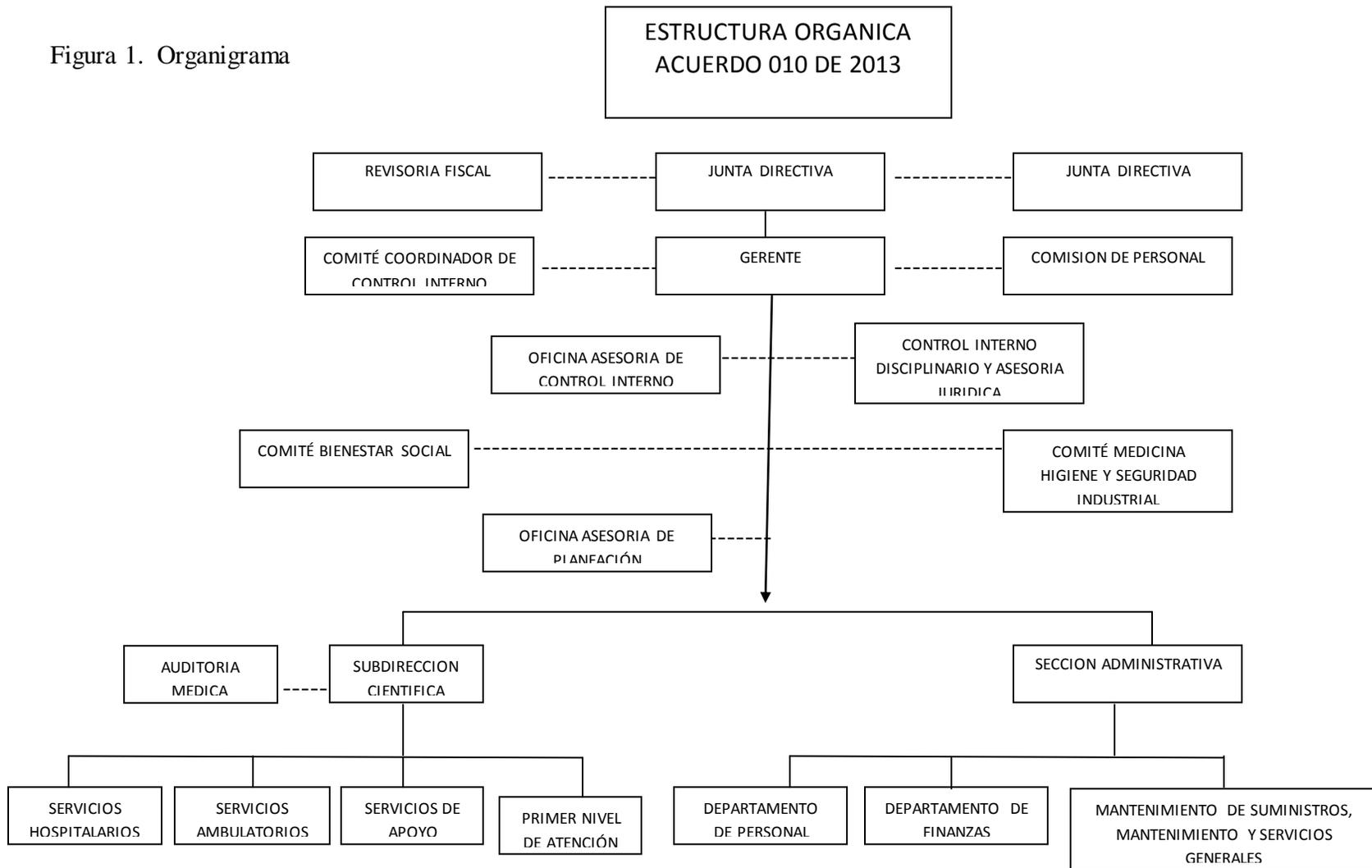
1.1.3 Objetivos. 1. Contribuir al desarrollo social de la región mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.

2. Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con las reglamentaciones que se expida para tal propósito.

3. Garantizar, mediante un manejo Gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.
4. Ofrecer a las Empresas Promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demandan, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.
7. Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
8. Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de salud de la población usuaria a través de acciones gremiales, organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.
9. Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

1.1.4 Descripción de la estructura organizacional. Actualmente se cuenta con un organigrama estructurado.

Figura 1. Organigrama



Fuente: ESE HOSPITAL EMIERO QUINTERO CAÑIZARES. Plataforma estratégica. Información general. [En línea]. (Citado el 13 de junio de 2014). Disponible en Internet En: <<http://www.hospitaleac.gov.co/organigrama.html>>

1.1.5 Descripción de la dependencia. La oficina de auditoría de calidad, se divide en cuatro procesos; habilitación, acreditación, sistema de información y PAMEC.

En el sistema de habilitación se manejan siete estándares de calidad, en la acreditación se operan 158 estándares, los cuales del 1 al 74 son los asistenciales, de la 74 al 154 del los de apoyo, de la 154 al 158 son los planes de mejora.

El sistema de información bajo la Resolución 1446 se maneja indicadores de calidad según Circular 030, indicadores de alerta, eventos adversos, prevención y corrección, continuidad de los procesos en casa y seguir con la parte de prevención y corrección en las áreas comunitarias.

El PAMEC es el Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Salud siendo una herramienta documental que deben implementar obligatoriamente todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes, que contribuye a brindar una atención en salud con excelencia, a que se fomente la cultura de la seguridad y el autocontrol en la organización, garantizando así el cumplimiento de estándares superiores a los de habilitación, que son de carácter obligatorio.

El PAMEC debe buscar el Mejoramiento Continuo de la Calidad, lo cual permite identificar las fallas en el proceso de atención y que son susceptibles de mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los clientes usuarios que acceden a los servicios de salud que oferta la entidad.

De otra parte en el Hospital Emiro Quintero Cañizares no cuenta con la Norma Técnica Colombiana GP 1000-2009 implementada, siendo esta de obligatorio cumplimiento según lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, esta norma específica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

1.2 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DEPENDENCIA.

Cuadro 1. Matriz DOFA

	Fortalezas	Debilidades
	1. Cuenta con personal capacitado y con conocimientos especializados. 2. Disponibilidad equipos para los diferentes tratamientos	1. Carencia de políticas que exijan consolidación de la información a través del Departamento. 2. En la sección de

Continuación (Cuadro 1)

	médicos. 3. Infraestructura adecuada para una eficiente labor. 4. Implementación de nuevas Normas Técnicas.	urgencias la infraestructura en muy reducida. 3. Falta eficacia y eficiencia en el traslado de pacientes. 4. Reducción del tiempo en la atención al paciente.
Oportunidades	ESTRATEGIA FO	ESTRATEGIAS DO
1. Empresa número uno en el servicio de salud. 2. Ejecución de planes de salud para la comunidad vulnerable. 3. Medios de comunicación 4. La contratación de nuevos profesionales para la atención de pacientes.	Se debe aprovechar el personal capacitado, para lograr la ejecución de los planes de forma adecuada en beneficio de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad. F1+O2+O3	Se debe gestionar para lograr más contratación de funcionarios los cuales ayuden a mejorar los servicios y así conservar la posición de la empresa. D1+O1
Amenazas	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
1. La crisis que se ha venido presentando de la salud en el país. 2. Nueva normatividad y cumplimiento de Leyes. 3. Liquidación EPS. 4. Conflicto social.	El personal capacitado que se encuentra vinculado con la empresa se debe aprovechar para diseñar estrategias que permitan mitigar la crisis del área de la salud. F1+A1	Se debe diseñar políticas informativas y formativas que ayuden al correcto manejo de los momentos de crisis presentados a diario en la institución. D2+A1

Fuente: Pasante

1.2.1 Planteamiento del problema. La Norma Técnica NTCGP 1000 le permite a las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público evaluar y dirigir el desempeño de las diferentes instituciones que lo componen en términos de calidad y de satisfacción social, de forma sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003. El principal objetivo del Proceso de Calidad es la transformación de la Administración Pública Estatal, que se refleje en la calidad de los procesos, productos y servicios, y en una dignificación de la imagen de los servidores públicos, así como de las dependencias y entidades, desde el punto de vista de la ciudadanía.

Es necesario comprender que un sistema de gestión de calidad en las dependencias y entidades públicas garantizaría que los procesos de estado se manejaran de una mejor manera; la actual estructura administrativa pública del hospital no obedece a un criterio técnico, pues no se fundamenta en el desempeño y en las competencias laborales que cada uno de los servidores públicos que la integran habrían de tener. Sumado a ello, existen limitaciones en materia tecnológica, falta de seguimiento a las tareas realizadas, y de instrumentos de medición y evaluación de la calidad de la gestión.

1.3 OBJETIVOS DE LAS PASANTÍAS.

1.3.1 General. Apoyo a la implementación de la NTC GP 1000-2009 en el sistema de calidad para el mejoramiento de la E.S.E. hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, en el proceso de direccionamiento estratégico.

1.3.2 Específicos. Realizar un diagnóstico general del proceso de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009.

Organizar adecuadamente los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009.

Formular estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento estratégico.

1.4 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

Cuadro 2. Actividades a realizar

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES PARA HACER POSIBLE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Apoyo a la implementación de la NTC GP 1000-2009 en el sistema de calidad para el mejoramiento de la	Realizar un diagnóstico real del proceso de acuerdo al cumplimiento de la NTC GP 1000:2009.	Realizar un análisis del diagnóstico MECI. Describir el proceso necesario para la implementación de las GP 1000 y su acreditación (estándares de direccionamiento 75 y gerencia 88/91).
	Organizar adecuadamente los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009.	Estructurar el archivo con los documentos necesarios para la implementación de las GP 1000. Crear una base de datos de la documentación existente del archivo.

Continuación (Cuadro 2)

<p>E.S.E. hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, en el proceso de direccionamiento estratégico.</p>	<p>Formular estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento estratégico.</p>	<p>Formular un plan de mejora.</p> <p>Apoyar la construcción de las metas para el logro de la implementación de las GP 1000 y su acreditación estándares de direccionamiento 75 y gerencia 88/91.</p> <p>Respaldar la elaboración de los indicadores para el seguimiento y medición del sistema gestión de calidad, enfocado en GP 1000 y su acreditación.</p>
--	---	--

Fuente. Pasante

1.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Cuadro 3. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
ENTIDAD	E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares			
DEPENDENCIA	Área administrativa			
JEFE INMEDIATO	Marcela Álvarez			
DURACIÓN	Cuatro meses			
ACTIVIDADES	1	2	3	4
Realizar un análisis del diagnóstico MECI.				
Describir el proceso necesario para la implementación de las GP 1000 y su acreditación (estándares de direccionamiento 75/88 y gerencia 88/102).				
Estructurar el archivo con los documentos necesarios para la implementación de las GP 1000.				
Crear una base de datos de la documentación existente del archivo.				
Formular un plan de mejora.				
Apoyar la construcción de las metas para el logro de la implementación de las GP 1000 y su acreditación estándares de direccionamiento 75 y				

Continuación (Cuadro 3)

gerencia 88/91.				
Respaldar la elaboración de los indicadores para el seguimiento y medición del sistema gestión de calidad, enfocado en GP 1000 y su acreditación.				

Fuente. Pasante

2 ENFOQUE REFERENCIAL

2.1 ENFOQUE CONCEPTUAL.

Sistema. Un sistema es un conjunto de "elementos" relacionados entre sí, de forma tal que un cambio en un elemento afecta al conjunto de todos ellos.

Calidad. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.²

Sistema de calidad. Es un instrumento de gestión que integra procesos, define responsabilidades, procedimientos y los recursos necesarios que deben ser desplegados de forma coherente y coordinada en la organización de una empresa. El Sistema de Calidad se debe establecer, documentar e implantar de forma efectiva.

Gestión de calidad. La gestión de calidad constituye uno de los factores claves para que una organización logre sus objetivos. Según la Norma ISO 9001-2009, la Gestión de Calidad se define como las actividades coordinadas para dirigir y controlar los aspectos relativos a la calidad en una organización.

Principios generales de la Gestión de Calidad.

1. Enfoque al cliente: para cualquier organización el cliente es el elemento más importante, ya que sin clientes no hay negocio. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto deben interpretar sus necesidades actuales y futuras, cumplir con estos requisitos esforzarse para sobrepasar sus expectativas.
2. Liderazgo: los líderes de la organización establecen la unidad de propósito, la orientación y el ambiente interno requerido para que el personal pueda involucrarse en los logros de los objetivos de la organización.
3. La participación del personal: la gestión de calidad exige la participación activa y total de todos los miembros de la organización esto posibilita que sus conocimientos se traduzcan en beneficios para la organización.
4. El enfoque basado en procesos: para que la organización funcione de manera eficaz, se deben identificar y gestionar los numerosos procesos interrelacionados que la integran.
5. Enfoque de sistema para la gestión: la calidad requiere que se identifique, se comprenda, y se gestione como un sistema integrado. De esta manera la organización genera confianza en su capacidad y en la confiabilidad de sus procesos.
6. La mejora continua: la alta gerencia debe tomar acciones para mejorar las propiedades, características y funciones de los productos e incrementar la eficacia y eficiencia de sus procesos de realización.

² FERNÁNDEZ HASTRE, Alfonso. Implantación de un sistema de gestión de calidad. Centro para la calidad en Asturias .Marzo 2007

7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Enfoque al cliente. Cualquier tipo de organización depende de sus clientes y por tanto la organización deberá comprender las necesidades actuales y futuras de estos y esforzarse en exceder las expectativas.³

Liderazgo. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberán crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en logro de los objetivos de la organización.

Participación del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de toda organización y su total compromiso posibilita que sus competencias sean usadas para el beneficio de la empresa.

Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización deberá ser un objetivo permanente.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisión. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de toda la información necesaria.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para poder generar valor en sus respectivas cadenas.

NORMA ISO. Son una serie de normas y lineamientos que definen los requerimientos mínimos, internacionalmente aceptados, para un sistema eficaz de calidad. Estas normas y lineamientos son el resultado del trabajo del Comité Técnico 176 de la Organización Internacional de Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés), el objetivo de ISO es promover el desarrollo de la normalización y la cooperación técnica y económica de los

³ GÓMEZ GRAS, José María. Estrategias para la competitividad de las pymes. Editorial Mc. Graw Hill. España, 1997. Pp. 193.

países mediante el intercambio de bienes y servicios, al igual que conocimientos científicos y tecnológicos.⁴

Calidad y gestión de la calidad. Para la investigación se entenderá el concepto de calidad, en los términos que lo define la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP: 1000:2009) y la norma internacional ISO 9001:2008, En ambos referentes, se define la calidad como "grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos⁵". Los requisitos de la prestación de un servicio educativo son establecidos por las normas legales, por los usuarios de tales y por la propia entidad que los lleva a cabo. Tales deben ser traducidos en unas características específicas y mensurables del servicio que permitan una evaluación objetiva de la satisfacción de las necesidades de los clientes.⁵

2.2 ENFOQUE LEGAL.

Las bases legales que sustentan este trabajo de grado son las siguientes.

Constitución política de Colombia de 1991⁶. Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Código sustantivo del trabajo. Adoptado por el Decreto Ley 2663 del 5 de agosto de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo", publicado en el Diario Oficial No 27.407 del 9 de septiembre de 1950, en virtud del Estado de Sitio promulgado por el Decreto Extraordinario No 3518 de 1949. Principios Generales. ARTÍCULO 1. OBJETO. La finalidad primordial de este Código es la de lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.⁷

ARTÍCULO 2. APLICACIÓN TERRITORIAL. El presente Código rige en todo el territorio de la República para todos sus habitantes, sin consideración a su nacionalidad.

ARTÍCULO 3. RELACIONES QUE REGULA. El presente Código regula las relaciones de derecho individual del Trabajo de carácter particular, y las de derecho colectivo del Trabajo, oficiales y particulares.

⁴ JURAN, J. M. (s/f): Juran y el Liderazgo para la Calidad, Manual para Ejecutivos, E. Díaz de Santos S.A., España

⁵ GAVALDÁ, Jaime (1994). Colectividad: la mejora simultánea de la calidad y la productividad. Barcelona: Marcombo. p. 212.

⁶ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia, Edición Cupido. 1991

⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Código sustantivo del trabajo. Adoptado por el Decreto Ley 2663 del 5 de agosto de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo", publicado en el Diario Oficial No 27.407 del 9 de septiembre de 1950, en virtud del Estado de Sitio promulgado por el Decreto Extraordinario No 3518 de 1949. Ediciones norma. 2000. P 14

ARTÍCULO 5. DEFINICIÓN DE TRABAJO. El trabajo que regula este Código es toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo.

ARTÍCULO 6. TRABAJO OCASIONAL. Trabajo ocasional, accidental o transitorio, es el de corta duración y no mayor de un mes, que se refiere a labores distintas de las actividades normales del empleador.

ARTÍCULO 8. LIBERTAD DE TRABAJO. Nadie puede impedir el trabajo a los demás, ni que se dediquen a la profesión, industria o comercio que les plazca, siendo lícito su ejercicio, sino mediante resolución de autoridad competente encaminada a tutelar los derechos de los trabajadores o de la sociedad, en los casos que se prevean en la ley.

ARTÍCULO 9. PROTECCIÓN AL TRABAJO. El trabajo goza de la protección del Estado, en la forma prevista en la Constitución Nacional y las leyes. Los funcionarios públicos están obligados a prestar a los trabajadores una debida y oportuna protección para la garantía y eficacia de sus derechos, de acuerdo con sus atribuciones.

ARTÍCULO 10. IGUALDAD DE LOS TRABAJADORES. Todos los trabajadores son iguales ante la ley, tienen la misma protección y garantías, y, en consecuencia, queda abolida toda distinción jurídica entre los trabajadores por razón del carácter intelectual o material de la labor, su forma o retribución, salvo las excepciones establecidas por la Ley.

ARTÍCULO 11. DERECHO AL TRABAJO. Toda persona tiene derecho al trabajo y goza de libertad para escoger profesión u oficio, dentro de las normas prescritas por la Constitución y la Ley⁸.

Código de Comercio⁹. En el Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio, el Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades extraordinarias que le confiere el numeral 15 del artículo 20 de la Ley 16 de 1968 y cumplido el requisito allí establecido.

Artículo 10. Son comerciantes las personas que profesionalmente se ocupan en alguna de las actividades que la ley considera mercantiles.

La calidad de comerciante se adquiere aunque la actividad mercantil se ejerza por medio de apoderado, intermediario o interpuesta persona.

⁸ *Ibíd.* p 15

⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Por el cual se expide el Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio, el Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades extraordinarias que le confiere el numeral 15 del artículo 20 de la Ley 16 de 1968 y cumplido el requisito allí establecido. Edición lito imperio Ltda, Código de comercio. 2005. p 6.

Artículo 11. Las personas que ejecuten ocasionalmente operaciones mercantiles no se considerarán comerciantes, pero estarán sujetas a las normas comerciales en cuanto a dichas operaciones.

Artículo 12. Toda persona que según las leyes comunes tenga capacidad para contratar y obligarse, es hábil para ejercer el comercio; las que con arreglo a esas mismas leyes sean incapaces, son inhábiles para ejecutar actos comerciales.

Artículo 13. Para todos los efectos legales se presume que una persona ejerce el comercio en los siguientes casos:

- 1) Cuando se halle inscrita en el registro mercantil;
- 2) Cuando tenga establecimiento de comercio abierto, y
- 3) Cuando se anuncie al público como comerciante por cualquier medio.

Artículo 14. Son inhábiles para ejercer el comercio, directamente o por interpuesta persona:

- 1) Los comerciantes declarados en quiebra, mientras no obtengan su rehabilitación;
- 2) Los funcionarios de entidades oficiales y semioficiales respecto de actividades mercantiles que tengan relación con sus funciones, y
- 3) Las demás personas a quienes por ley o sentencia judicial se prohíba el ejercicio de actividades mercantiles.

Si el comercio o determinada actividad mercantil se ejerciere por persona inhábil, ésta será sancionada con multas sucesivas hasta de cincuenta mil pesos que impondrá el juez civil del circuito del domicilio del infractor, de oficio o a solicitud de cualquiera persona, sin perjuicio de las penas establecidas por normas especiales.

Artículo 17. Se perderá la calidad de comerciante por la incapacidad o inhabilidad sobrevinientes para el ejercicio del comercio.¹⁰

Ley 1122 de 2007.¹¹ Están constituidas por un conjunto de políticas y estrategias que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población enfocada tanto de manera individual como colectiva. Sus resultados se constituyen en indicadores de calidad de vida, bienestar y desarrollo. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Ley 1122 de 2007: Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

¹⁰ *Ibíd.*, p 7

¹¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1122 de 2007. Cali Edición norma. p 53

Decreto 3039 de 2007.¹² Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Este Plan será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. Tiene como alcance “Promover las condiciones y Estilos de vida saludable y proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables. Establecen prioridades en Salud Pública:

La salud infantil.

La salud sexual y reproductiva.

La salud oral.

La salud mental y las lesiones violentas evitables.

Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

La nutrición.

La seguridad sanitaria y del ambiente.

La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

NTC GP 1000:2009.¹³ **Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Basado en ISO 9001:2009.** En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 872 de 2003, esta norma específica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes

¹² REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010.

¹³ NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC GP 1000. Sistema gestión de calidad. 2009, disponible en http://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ntc-iso_1000-2009.pdf

3 INFORME DE CUMPLIMIENTO DE TRABAJO

3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.

3.1.1 Realizar un diagnóstico real del proceso de acuerdo al cumplimiento de la NTC GP 1000:2009. Actividad 1. Realizar un análisis del diagnóstico MECI. El Modelo Estándar de Control Interno, MECI, es una herramienta de gestión que busca unificar criterios en materia de control interno para el sector público, estableciendo una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación.

Se espera que la organización cumpla con la incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.

La organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

El Modelo Estándar de Control Interno surge a partir de la estructura establecida por la Ley 87 de 1993 para el Sistema de Control Interno, el cual se compone por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control.

MECI permite el diseño, desarrollo y operación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado.

Principios del MECI.

Autocontrol: Es la capacidad de cada servidor público, independientemente de su nivel jerárquico, para controlar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos y garantizar los resultados que se esperan en el desarrollo de su función.

Autorregulación: Establecer de manera participativa las normas, procesos y procedimientos bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

Autogestión: Interpretar, coordinar y aplicar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada.

Para la implementación del modelo estándar de control interno al interior de la institución, se desarrolla una fase previa que consiste en un diagnóstico, el cual incluye elementos de control, productos mínimos generados, el estado en que se hallan y la evidencia encontrada; estos ítems, como componentes indispensables a la hora de establecer el MECI en la Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Desglosando uno a uno los elementos de control, se inicia con los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, este a su vez, tiene tres productos mínimos, cuyo estado arroja un

cumplimiento absoluto, estando todo ellos, documentados, revisados y evaluados. Cada uno de ellos tiene evidencias fácticas que corroboran dicha información.

En cuanto al desarrollo del talento humano, involucra como productos mínimos, ocho componentes, de los cuales tres ni siquiera existen, sin embargo los otros cinco, cumplen con todo el proceso indicado y cuentan con el material de evidencia de los mismos.

Para los planes, programas y proyectos, los conforman cinco productos mínimos, con un estado de documentación, revisión y evaluación cumplidas; sin embargo el último de estos no tiene la evidencia requerida, para demostrar dicho diagnóstico.

El modelo de operación por procesos, cuyos productos mínimos corresponden a siete, refleja un estado precario de cumplimiento, solo dos efectúan los requerimientos preestablecidos, uno no está documentado, pese a esto cuentan con las evidencias necesarias; mientras que los otros cuatro ni siquiera existen.

En la estructura organizacional solo hace parte un producto mínimo, que consiste en Evidencias que soportes la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad, sin embargo su estado es de inexistencia. Son dos los productos que conforman los indicadores de gestión, ambos existen, pero el primero está evaluado y revisado, el otro solo está documentado; se encuentran para ellos las evidencias de comprobación.

Las políticas de operación reflejan una inexistencia total de los productos mínimos, ni el Documento que contiene las Políticas de Operación, ni tampoco actas u otros documentos que soporten la divulgación de las Políticas de Operación a todos los funcionarios. La administración de riesgo como elemento de control, contiene cinco productos, satisfactoriamente la totalidad existen, aunque solo están revisados y evaluados, no se encuentran documentados; para todos ellos se encuentran las evidencias respectivas. El elemento de control como autoevaluación institucional, hacen parte cinco productos, los cuales se encuentran en proceso, ninguno está terminado ni se encuentran las evidencias de los mismos.

Para la auditoría interna se ha cumplido con la totalidad de los productos mínimos, es decir, se cuenta con la documentación, evaluación y revisión, además de encontrarse las evidencias respectivas del elemento de control. El estado actual de los tres productos mínimos que conforman el plan de mejoramiento es que se encuentran en proceso de cumplimiento o de implementación, no encontrándose evidencia alguna de ello. Otro elemento de control fundamental dentro del MECI se encuentra el de comunicación e información externa, este conlleva 8 productos mínimos, de los cuales la mitad se encuentran en proceso y los otros cuatro existen y ya fueron evaluados y revisados, encontrándose para estos últimos las evidencias.

Ahora bien, la información y comunicación interna cuenta con seis productos mínimos, dos no existen aún, otro se encuentra en proceso, y los tres restantes, están evaluados y

revisados con las evidencias respectivas. Por último se encuentra el elemento de control denominado, sistema de información y comunicación, existiendo dos en proceso y cuatro evaluados y revisados de los productos mínimos que hacen parte. De esta manera, se refleja las carencias significativas que presenta el MECI, una gran cantidad de productos mínimos que constituyen los elementos de control no existen, otro tanto no menor se encuentra en proceso y con suma preocupación se observa, la inexistencia absoluta de un número preponderante de dichos productos.

Sin embargo es preciso resaltar que si bien aún faltan muchos componentes trascendentales en la implementación del MECI, una porción bien importante ya se ha venido construyendo, dejando evidencias fácticas que corroboran dicha afirmación, para todo lo anterior se tuvo en cuenta la actualización MECI 2014-fase diagnóstico, de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares. (Ver anexo 1)

Actividad 2. Describir el proceso necesario para la implementación de las GP 1000 y su acreditación (estándares de direccionamiento 75 y gerencia 88/91. Acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la Calidad de la Atención del Cliente en una organización de salud, a través de una serie de Estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de Noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 a través del cual se designa a ICONTEC como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (S U A) y se le asigna una concesión por cinco años al Instituto para desarrollar, implantar, dirigir, orientar actualizar y mejorar dicho Sistema.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas

Por lo tanto podemos concluir diciendo que la Acreditación

Es un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud

Es uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad y se basa en exigencias superiores de calidad en comparación con la habilitación

Incorpora la experiencia internacional en el tema

Se basa en principios de confidencialidad, gradualidad y eficiencia.

La Fase de Implementación se realiza llevando a cabo los siguientes pasos:

Definir un plan de implementación con su respectivo cronograma.

Determinar, diseñar y divulgar la matriz de responsabilidades donde se especifiquen las obligaciones del Representante legal, Representante de la Dirección, líderes de los procesos, Comité Directivo, Equipo MECI – CALIDAD, servidores públicos, Coordinador de Auditoría, Líderes de auditoría y Auditores internos de calidad.

Ejecutar estrategias de sensibilización, comunicación y divulgación.

Aplicar las disposiciones planificadas por la entidad dentro de su SGC (manuales, procedimientos, instructivos, formatos, cálculo de indicadores, administración de riesgos, entre otras).

Conocer plenamente los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la entidad así como los efectos e impactos del trabajo desarrollado por cada servidor público.

Ejecutar los procesos según lo previsto con el personal consciente, capacitado y competente.

Controlar adecuadamente los documentos y registros.

Desarrollar procesos efectivos de comunicación organizacional e informativa frente a la implementación del Sistema de Calidad.

Cuadro 4. Fase de planeación.

FASE DE PLANEACIÓN		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de procesos. • Caracterizaciones de los procesos. • Mapa de riesgos de la entidad. • Declaraciones documentadas de política y objetivos de calidad. • Procedimientos, instructivos, manuales, formatos, etc. • Disposiciones documentadas. • Plan de comunicaciones. • Matriz de responsabilidades. • Manual de calidad. • Fichas de indicadores. • Listado de documentos externos. • Listados 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Elaborar el plan de implementación</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Divulgar y socializar la documentación del sgc a implementar</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Implementar el sistema y recopilar evidencia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Seguimiento a la implementación del sgc</div>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de implementación del GSC. • Evidencia de la actividad de divulgación y socialización (actas, listados de asistencia, videos entre otros). • Sgc divulgado y socializado. • Evidencias de implementación del sgc. (control de riesgos resultados de indicadores entre otros). • Evidencias de la eficacia de las actividades de implementación del sgc (encuestas, pruebas, piloto, observación directa, prueba de conocimiento).

Fuente. Equipo MECI – CALIDAD

Descripción de las actividades de la fase de implementación. Elaborar el plan de implementación. El plan de implementación debe contener la estructura de todo esquema de acción y propender por el detalle en las actividades de tipo comunicacional y de divulgación, haciendo especial énfasis en las estrategias de comunicación, medios, instrucciones, así como el seguimiento a la eficacia de los mismos. Es necesario que el plan sea aprobado por la Alta Dirección en función de los recursos a invertir en su desarrollo, los cuales tienen relación con medios de comunicación, herramientas informáticas de divulgación, acceso y administración de documentos y todo lo que se aplique a estrategias de comunicación masiva, grupales y lúdicas (entendidas no como juegos, sino como acciones de carácter didáctico y pedagógico).

A continuación se describe un ejemplo de los elementos mínimos que debe contener un plan de implementación:

Cuadro 5. Elementos mínimos para la implementación.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ESTRATEGIA	CRONOGRAMA	SEGUIMIENTO
Divulgar la política y objetivos de calidad.	Alta dirección.	Link de página web. Descansador de pantalla. Boletín impreso. Socialización masiva.		

Fuente. Pasantía.

Divulgar y socializar la documentación del SGC a implementar. La divulgación del Sistema de Gestión de la Calidad se debe ejecutar después de la aprobación de la documentación por parte del Comité de Calidad o quien determine la Entidad para esta labor.

Procesos del SGC. Es necesario evidenciar el compromiso de todos los servidores públicos con la validación y apropiación del Mapa de Procesos y su articulación con la Visión y Misión de la entidad de acuerdo con la estructura documental aprobada; además se debe tener en cuenta que por la misma dinámica del sistema la documentación debe revisarse, corregirse y actualizarse en forma permanente, con el fin de mantener la mejora continua del sistema. Igualmente, en esta etapa se deben ejecutar de una manera controlada, los procesos según lo planificado en la fase de diseño (mapa de procesos, las caracterizaciones de cada uno de estos y la interrelación que existe entre todos los procesos del SGC), asegurando que cada uno de los servidores públicos responsables: Tenga conocimiento de mapa de procesos de su entidad,

Sepa en cual o cuales participa.

Tenga claridad en la identificación de su proceso, cuando es proveedor y cuando es cliente,
Participe en la identificación y diseño de los puntos de control sobre los riesgos que puedan afectar el cumplimiento del objetivo del proceso,

Conozca los niveles de autoridad y asuma sus responsabilidades,

Asegure un buen control de documentos y registros,

Participe y garantice una efectiva gestión de las comunicaciones internas y externas cuando sea pertinente,

Esté preparado y tenga activa participación en las auditorías internas de calidad, desempeñando el papel que se le asigne, ya sea como miembro del equipo auditor o como auditado,

Sea actor protagónico de las acciones de mejora que se puedan derivar de las auditorías, de la autoevaluación o del desempeño del proceso,

Participe en el desarrollo de las acciones correctivas y preventivas de los procesos o actividades en los que tiene responsabilidad, y

Contribuya a la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Política y objetivos de la calidad. En el requisito 5.3 de la norma NTCGP 1000:2009, se contempla como requisito a cumplir, que la Alta Dirección, se asegure de que la Política de Calidad, “se comunique a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y sea entendida por ellos”; es por esto que la entidad debe realizar una divulgación de la Política y los objetivos de la calidad, con el mayor cuidado, permitiendo el entendimiento y el compromiso de los servidores públicos de la entidad para el debido cumplimiento.

La fase de implementación, es el momento adecuado para evaluar el grado de entendimiento, aporte y contribución que hacen todos los procesos, equipos de trabajo y en general cada servidor público, para alcanzar los propósitos expresados en la política de calidad. Las estrategias para evaluar lo anterior pueden ir desde encuestas, evaluaciones por grupos hasta debates sobre la relación de la política con la estrategia de la Entidad (plan de desarrollo u otro) y la relación con los objetivos operacionales o de primer nivel, de tal manera que cada servidor público, independiente de su cargo se vea reflejado en la misma.

Para mayor comprensión de lo indicado anteriormente, a continuación se describe la política y el despliegue de los objetivos de la Gobernación de Antioquia, cuya información completa se encuentra disponible en la dirección electrónica (www.gobant.gov.co), aclarando que los modelos aquí descritos tienen solo un carácter académico y para que le sirvan como referente a otras entidades públicas del país.

Política de calidad. La ESE HEQC, presta servicios, para satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios con base en el cumplimiento de los requisitos legales vigentes.

Contamos con Talento Humano altamente calificado, comprometidos con las buenas prácticas profesionales académicas científicas y con los recursos financieros, de infraestructura y tecnología, que garantice servicios de calidad en la Provincia de Ocaña. La

alta dirección expresa su compromiso en el mantenimiento y el mejoramiento continuo de su sistema de gestión integral.

Sin descuidar la interacción con el mantenimiento sostenible del medio ambiente, ocupacional y calidad.

Documentos del SGC. La documentación diseñada para la operación del SGC en la entidad debe divulgarse paulatinamente y considerando a los servidores públicos que tienen responsabilidades definidas en estos documentos; de esta manera es necesario que la divulgación de los documentos del SGC se realice por grupos de servidores públicos y por proceso con el fin de garantizar un adecuado entendimiento y aplicación de estos. Las estrategias de divulgación “puesto a puesto” por procesos y actividades, son las más adecuadas, teniendo en cuenta el mapa de procesos, las caracterizaciones, los procedimientos, instructivos y formatos, los mapas de riesgos, los indicadores y los requisitos legales aplicables al proceso o actividad.

Es necesario que la entidad defina cuál(es) serán las herramientas de las que dispondrá para garantizar la consulta de la documentación a los servidores públicos que así lo requieran; esto con el fin de que en la medida que se realice la divulgación de la documentación, se comuniquen además las herramientas definidas para el acceso a ésta y los controles establecidos; entre otras se relacionan:

Intranet

Impresión física

Página web

Software especializado

Indicadores de los procesos. Respecto a los indicadores del SGC, debe realizarse divulgación de aspectos como:

La fórmula de cálculo,

Las fuentes a utilizar para la toma de datos,

Las responsabilidades frente al procesamiento de la información,

El análisis y la toma de acciones

La implementación de los indicadores del SGC en la entidad debe partir de la ficha técnica que se elaboró para los mismos; si la entidad durante la etapa de diseño configuró o adaptó un aplicativo para el cálculo de los mismos, se debe hacer uso de estos para que durante la divulgación se muestre un caso práctico con dichos indicadores.

La divulgación de los aspectos relacionados en la ficha técnica de cada indicador, debe realizarse a todos los servidores públicos de la entidad, garantizando de esta manera que la recolección y el análisis de la información dentro del SGC se realice de manera sistemática, periódica y con una adecuada toma de acciones.

Se recomienda que una vez finalice la divulgación de este elemento se tome como hora cero para iniciar la recopilación de datos, el levantamiento de la información que servirá de insumo para su cálculo. En este sentido el SGC no es retroactivo, pero si se hace necesario que de inmediato se inicie su aplicación.

Riesgos de los procesos. Durante la fase de diseño y documentación, se desarrolló el levantamiento de los riesgos por procesos, se acogió y aplicó la metodología para identificar, calificar, analizar y evaluar los riesgos y como resultado, se definieron los controles para prevenir la afectación que cada uno de ellos tiene sobre el SGC y a la vez sobre los procesos que lo conforman. En la fase de implementación, lo que se debe hacer por parte de los responsables de cada proceso, es la aplicación de las acciones tomadas para evitar, reducir, transferir o asumir el riesgo.

Una vez cumplido lo anterior, debe generarse el mapa de riesgos, con fecha de revisión y las acciones que se deriven dentro de la dinámica de seguimiento, de tal manera que cuando las acciones tomadas sobre el riesgo sean eficaces, el riesgo está “controlado”; dicho de otra manera, el riesgo ha pasado de ser inaceptable o importante a moderado o tolerante (ver metodología de administración del riesgo, DAFP, 2006).

De igual forma, se deben establecer los mecanismos sobre la administración del riesgo y de su gestión y que se mantengan espacios para la comunicación de doble vía respecto a la actualización en términos de su identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, en las que se sugiere incluir frecuencias de revisión de la gestión y actualización de los mapas de riesgos.

Competencias. Según lo estipulado en el Decreto 2539 de 2005, reglamentario de la Ley 909 de 2004, es necesario que la entidad controle y evidencie que todos sus servidores públicos poseen las competencias funcionales y comportamentales, así como también las que les son comunes.

Capacitación. Se debe diseñar y actualizar el plan de capacitación para la entidad que responda a estudios técnicos que identifiquen necesidades y requerimientos de las áreas de trabajo y de los funcionarios para desarrollar los planes anuales institucionales y las competencias laborales según lo establecido en los Decretos 1227 de 2005 y 4665 de 2007 y realizar monitoreo permanente tanto al cumplimiento del plan como a la efectividad de las capacitaciones, informando oportunamente a la alta dirección los avances en el tema y proponiendo acciones de mejora.

A continuación se enuncian algunos temas que se podrían desarrollar en la capacitación.

Gestión de la calidad de acuerdo con la norma de calidad NTCGP 1000:2004.

¿Qué son los Sistemas de Gestión de Calidad?

¿Qué hace la entidad? (Misión y Visión)

Propósitos de la Ley 872 de 2003

Generalidades de la Gestión de la Calidad en el sector público NTCGP 1000:2009

Principales conceptos de la Gestión de la Calidad según NTCGP 1000:2004

Identificar y analizar los requisitos de la NTCGP 1000:2009

Dar a conocer el plan de implementación del sistema de gestión de la calidad en la entidad.

Adicionalmente, la Circular No. 06 de fecha 27 de junio de 2006 para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado obligadas por la Ley 872

de 2003, su Decreto 4110 de 2004 y la NTCGP 1000:2009 emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, establece en sus numerales 2° y 3°, que “ para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Gestión de la Calidad, será necesario que se habiliten auditores internos dentro de la entidad, los cuales deberán ser coordinados por la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, quienes serán los responsables de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma y a la vez multiplicadores del tema de la calidad a los demás servidores públicos.

Ejecución y puesta en marcha de los Planes de Calidad. Una vez establecido el plan de calidad para la elaboración de un producto o servicio, de acuerdo con los criterios definidos en la etapa de diseño, es necesario que las entidades apliquen y establezcan los controles definidos en dicho plan, tendientes a que los objetivos de calidad del producto se cumplan a cabalidad y que el mismo sea consistente con la cadena de procesos de la entidad.

Control de Documentos. Se deben describir los requerimientos que se aplicarán a todos los documentos que sean creados y/o modificados en la entidad con el fin normalizar la elaboración, aprobación, revisión, distribución y control de los mismos.

Los documentos generados deben ajustarse a la Ley General de Archivos, Ley 594 /2000 y a los requisitos definidos por la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública 1000:2009, con base en las disposiciones establecidas.

Control de Registros. Se deben definir los criterios a aplicar en la administración y el control de los registros de la documentación de la entidad (ver Guía de Diseño para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP: 2009 Pág. 37) con el fin de evidenciar la conformidad y operación eficaz del sistema de gestión de la Calidad.

La administración y manejo de los registros debe ajustarse a la Ley General de Archivos Ley 594 /2000, la NTCGP 1000:2009 y el procedimiento definido por la entidad.

Terminología usualmente utilizada en el archivo de documentos y registros. Archivo. Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia. Soporte documental. Medios en los cuales se contiene la información, según los materiales empleados. Además de los archivos en papel existente los archivos audiovisuales, fotográficos, fílmicos, informáticos, orales y sonoros.

Tabla de retención documental. Listado de series con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.

Archivo de Gestión. Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten.

Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.

Archivo central. En el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

Archivo histórico. Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de conservación permanente.

Implementación del SGC. Implementar propiamente el SGC, no es otra cosa que la ejecución de los procesos, tanto estratégicos, misionales como los de apoyo y evaluación de acuerdo con lo que se planificó, para lo cual se debe disponer de un recurso humano debidamente capacitado y ubicado de acuerdo con sus perfiles y competencias.

En esta instancia, la alta dirección de la entidad, debe tener claramente definidos los niveles de autoridad y responsabilidad, de tal manera que a través del representante de la Dirección se han determinado esquemas de control de documentos y registros y unos procesos claros de comunicación, tanto interna como externa.

Ejecución de los Procesos en forma Controlada. Esto quiere decir que cada uno de los funcionarios debe conocer la red de procesos e identificar claramente a cual proceso pertenece y cuál es su relación con otros procesos, tanto en el papel de cliente, como en el de proveedor, dentro de un enfoque sistémico de estos.

Así mismo, en esta fase deben estar perfectamente interiorizados por parte de todos los servidores, las funciones y responsabilidades, para lo cual deben disponer de los procedimientos, instrucciones de trabajo, un manual operativo y demás herramientas que garanticen que las actividades se desarrollen en el marco de la calidad.

Seguimiento a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Transcurrido un tiempo prudencial, quien se encargue de la coordinación del sistema en la entidad debería consultar periódicamente (semestral o anual) a los usuarios y puestos de trabajo con el fin de comprobar si se han conseguido los objetivos propuestos o si están produciéndose desviaciones.

Igualmente, recopilar datos para asegurarnos que tenemos el trámite, proceso o procedimiento bajo control, resolviendo los problemas que hayan ocasionado desajustes y estandarizando finalmente el proceso.

Además, el representante de la Dirección para la implementación debe realizar seguimiento a:

La interiorización de la cultura de la calidad, en el entendido que solo mediante esta, es posible que una organización genere procesos de calidad enfocados a la satisfacción del cliente y/o usuario/beneficiario.

La divulgación e interiorización de la política y objetivos de calidad.

La documentación de los procesos.

La efectividad de los indicadores relacionados con los procesos y objetivos de calidad de la entidad en relación con su pertinencia, precisión, oportunidad, confiabilidad y economía.
La implementación de la administración del riesgo y los controles operacionales.
Las acciones de autocontrol y auto inspección en los procesos.

Diligenciamiento de los formatos del SGC. Merece especial interés este elemento de la implementación; los formatos son esquemas predefinidos que normalizan las evidencias que debe generar un proceso o actividad en su desarrollo y se convierten en la fuente de los análisis de problemas, de información estadística y contractual: Los formatos diligenciados son la evidencia de la realización del proceso (registros) y por tanto de la conformidad o no conformidad con respecto al cumplimiento de los requisitos establecidos.

Las divulgaciones deben incluir los formatos a partir de ejercicios de cómo deben ser diligenciados los mismos, en la mayoría de entidades los formatos ya se usan como medio de normalización de las actividades y para dejar evidencias, de tal manera que solo unos pocos formatos serán nuevos para la entidad, sobre estos es necesario hacer el mayor número de ejercicios personales y grupales para su adecuado diligenciamiento y análisis.

Vale la pena recordar que todos los formatos de la Entidad, los predeterminados y los que no tienen plantilla normalizada deben ser controlados en virtud de la legislación aplicable y de acuerdo con lo definido en las tablas de retención documental aprobados por el Archivo General de la Nación, además de las directrices de control de registros del SGC establecidos por la Entidad.

Actividades de Ajuste a la implementación del SGC. Con base en los informes de seguimiento que se elaboren por parte del representante de Dirección y el equipo de implementación, deben proceder acciones de ajuste para lo cual se sugiere elaborar el respectivo plan de mejora, al cual se hará seguimiento por parte de los responsables de los procesos y la Oficina la Oficina de Control Interno respectivamente.

Estrategias de comunicación para la implementación. Se debe definir y actualizar permanente un plan de comunicaciones para apoyar la implementación del SGC, el cual puede contener elementos relacionados con los aspectos que se enumeran a continuación; sin embargo todo depende de los recursos (humanos, presupuestales y tecnológicos) con los que cuente la Entidad:

Definición de una imagen y slogan para identificación del sistema, a lo largo de las campañas que se realicen.

Realización de un acto de lanzamiento del proyecto de calidad, que permita generar un hito en la Entidad.

Definición de estrategias lúdico-pedagógicas para la sensibilización y socialización del sistema entre todos los servidores (comparsas, obras de teatro, mímicas, etc.).

Diseño y elaboración de un boletín electrónico mensual para difundir el sistema de gestión de la calidad.

Diseño y elaboración de medios impresos como: cartilla, afiches, pendones, carteleras, volantes, plegables, calendarios, pad-mouse, entre otros.

Realización de concursos de motivación en relación al Sistema de Gestión de la Calidad (los más calidosos, el cálidometro, otros que se detallan más abajo).

Diseño y elaboración de talleres lúdico-pedagógico que permita el conocimiento y apropiación de todos los servidores del mapa de procesos (Por ejemplo, un rompecabezas gigante en donde cada ficha es un proceso, con esto aprenden a identificar los procesos en sus respectivas categorías), política y objetivos de calidad, documentación (rompecabezas, apareamiento, etc.)

Programar y realizar una actividad que permita el conocimiento de los elementos básicos del sistema, así mismo, el conocimiento de los procedimientos y formatos que cada uno debe de aplicar “visita puesto a puesto”, charlas, entre otros.

Diseño y aplicación de papel tapiz con la política y los objetivos de calidad, mapa de procesos, responsabilidades entre otros.

Divulgación de noticias e información a través del sonido interno o boletín informativo.

“Día del proceso” en donde se programa un día de la semana dedicado a un proceso del SGC, los integrantes de dicho proceso se ponen un distintivo (brazalete, botones etc.), y en las carteleras y en el papel tapiz de los equipos de cómputo aparece información del proceso, además cada proceso realiza actividades lúdicas ese día.

“Identifique al líder del proceso”, concurso con las fotos de los líderes de los procesos cuando eran más jóvenes (bebes, niños, adolescentes) y tratar de asociar la foto con el líder y a su vez con el proceso que le corresponde.

“Carrera de observación por el aplicativo del SGC” concurso que permite navegar en el aplicativo (o software) del SGC (si se tiene) y conocer mejor el sistema, a través de varias preguntas que se formulan de cada proceso.

Realizar campañas de recolección de documentación por fuera del control del SGC, que pueda generar un riesgo frente al control de documentos.

Realización de actividades para la preparación de los auditados, como el “Auditor Amigo” ó “visitante incógnito”, que pasa de una manera muy amigable, pero pedagógica por cada dependencia y audita los procesos en los que participan.

Realización de actividades para la preparación de los auditores, como simulacros de auditoría y análisis de situaciones que se pueden llegar a presentar.

Recomendaciones para la implementación. Las organizaciones se encuentran en un entorno cambiante en todos los ámbitos, generado principalmente por la globalización y los permanentes avances tecnológicos; esto las obliga a realizar esfuerzos significativos para adaptarse con la mayor rapidez posible a las nuevas situaciones, para seguir siendo competitivas y eficientes en los mercados en los que se desenvuelven; éstos y otros factores determinan que se estén produciendo modificaciones sustanciales en la cultura empresarial. Es así como han aparecido los nuevos enfoques de gestión sobre los que se centran los intereses de las organizaciones, entre los cuales se encuentran por ejemplo, la mejora continua de los productos, procesos y en general, de todos los sistemas, el liderazgo de directivos y mandos, la gestión por valores para el desarrollo de políticas que den respuesta a todos los grupos de interés: clientes, trabajadores, proveedores y la propia sociedad, la

gestión del conocimiento o en otros términos, del capital intelectual, que es el verdadero valor de las empresas en donde la información, el saber y la experiencia son compartidos y están al servicio de los intereses organizacionales.

Por otro lado, el marco legal nacional e internacional actualmente definidos sobre conceptos de gestión del riesgo, inspirado en principios básicos de calidad, como la mejora continua y la integración de la acción preventiva en las políticas organizacionales, es obviamente no sólo una exigencia, sino también una necesidad para dar respuesta a los requerimientos que la persona tiene en su ámbito laboral y el proceso en el cumplimiento de los objetivos, garantizando le unas condiciones de trabajo dignas y potenciando su desarrollo profesional y humano, a través de este.

Para dar cumplimiento a estos diez principios, a continuación se presentan una serie de recomendaciones a manera de tips, para lograr buenos resultados en la implementación y poder vencer los paradigmas de la gestión de calidad en la función pública, elementos que no pueden estar muy distanciados el uno del otro y que por cierto están en el mismo sistema.

1. La Alta Dirección debe ser consciente de la importancia de Planear, Hacer, Verificar y Actuar, que es la misma aplicación del concepto de Gestión y sus beneficios, para que emprenda los proyectos de mejoramiento, mostrando los resultados de los objetivos Institucionales y el cumplimiento de los fines esenciales del Estado.
2. Conforme el Comité de Calidad, en el que debe estar la Alta Dirección, el representante de ésta para la implementación y el Jefe de lo Oficina de Control Interno de la Entidad.
3. Realice una revisión inicial de la plataforma estratégica de la organización, la cual debe garantizar una información básica, antes de que la alta dirección se manifieste a través de intenciones en una política.
4. Los objetivos estratégicos se deben desplegar en concertación con los responsables de los procesos, para que éstos adquieran sus compromisos basados en su capacidad y en los recursos con los que cuenta, para poder contribuir al logro de los planes de desarrollo.
5. Para definir los objetivos, se debe contar con mediciones previas sobre la realidad de la organización. No pretenda asignar un dato sin conocer cuál es el estándar actual o el punto de referencia o línea base de la organización.
6. Luego de la definición de los objetivos estratégicos, se deben definir los objetivos de los procesos, para lo cual se debe comprometer, tanto al responsable del proceso, como a cada uno de los servidores públicos que hacen parte de éste.
7. A partir de la definición de los objetivos de los procesos, se establecen las necesidades de los servidores públicos, para el mejoramiento de la competencia. Entre estas necesidades está la capacitación y el entrenamiento, que servirán como insumo para generar el programa respectivo.
8. Para lo anterior, se deben determinar las necesidades de capacitación, con el fin de actualizar el plan y ponerlo en ejecución.
9. Las competencias establecidas son clave para los resultados de gestión, porque contar con personal que sea sensible a los diferentes intereses de la organización es una de las primeras fortalezas en la integración.

10. Tenga en cuenta que el marco de acción se lleva a cabo mediante el enfoque por procesos; por lo tanto estructure la red de procesos, teniendo en cuenta su secuencia y las acciones de mejora continua.
11. Establezca sesiones de trabajo con el fin de identificar los procesos y los procedimientos, involucrando a todos los funcionarios comprometidos en los mismos en el levantamiento de la información, de acuerdo con los modelos establecidos por la entidad.
12. No espere a tener el mejor procedimiento para aprobarlo y generar la versión inicial para su distribución y aplicación; documente lo que hace y genere “rápidamente” la primera aprobación del mismo, los ajustes, modificaciones, se convierten en mejoras del proceso.
13. Cuando existan dificultades con la implantación de un procedimiento y se determinen necesidades de capacitación, el plan elaborado debe ser actualizado y ejecutar la acción necesaria en el período de tiempo más breve posible.
14. La Alta Dirección debe establecer claramente cuáles son los niveles de autoridad y responsabilidad con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales y que el producto o servicio, cumpla las expectativas y necesidades de los clientes.
15. No se olvide que definir la función, la responsabilidad y la autoridad es clave para la integración en la organización porque por un lado, genera motivación y por el otro, ubica muy bien a la persona sobre su situación jerárquica organizacional, donde empezará a darse cuenta de que la organización bajo este esquema es lo suficientemente plana.
16. Recuerde que no existe organización que no cuente con clientes y partes interesadas; por lo tanto la organización debe considerar sus necesidades y expectativas, con el fin de establecer los requisitos de calidad del producto y/o servicio que estos demanden y así garantizar procesos enmarcados en la eficacia, eficiencia e impacto.
17. Establezca controles e indicadores que permitan efectuar una medición permanente de los procesos y se logre y mantenga una mayor frecuencia de acciones preventivas y de mejora, evitando las correcciones y acciones correctivas.
18. Se debe establecer la cultura de la prevención y control de los riesgos, con el fin de reducir consecuencias de aquellos eventos que puedan impedir el logro de los objetivos, para lo cual se debe trabajar inicialmente en la administración de riesgos generando las acciones necesarias; posteriormente migrar hacia la prevención, lo que equivale al tratamiento de los riesgos y por último, planificar y diseñar de una manera única, cada una de las acciones, controles y el manual de operación.
19. Para mejorar la satisfacción del cliente, realice seguimiento permanente de la información relativa a la percepción de este con respecto al cumplimiento de sus expectativas y requisitos; además se recomienda tener en cuenta las acciones para la mejora, contenidas en la norma NTC-ISO 9004.
20. Para garantizar los mejores resultados en cuanto a la gestión eficiente en el uso de los recursos, apóyese en la norma NTC-5254, sobre gestión del riesgo y la Guía para la Administración del Riesgo definida por el DAFP.
21. Sensibilice a la Alta Dirección siempre con argumentos de impacto, comprometiéndola con el establecimiento de espacios de comunicación, donde determine lineamientos generales para la implementación, asignación de recursos, reuniones periódicas de verificación, responsabilidades y compromisos, entre otros.

22. Para sensibilizar al personal, utilice argumentos blandos y no lo haga contra la interpretación de requisitos; es necesario convencerlos de las ventajas de la gestión para lo cual es bueno recurrir a la lúdica.
23. Establezca y asegure que se asignen los recursos y que estos se den acorde a la programación definida para la implementación.
24. En cuanto a los documentos, recuerde que éstos son un medio de gestión, pero no el fin último de ésta. Por ésta razón, planifique sobre las necesidades de documentación cuando vaya a preparar un documento, recuerde que hay que considerar aspectos como el lenguaje, el consenso, la repetibilidad, la forma como se presenta, como descripción o en gráficos y el tipo de soporte, de acuerdo con la tecnología con la que se cuente.
25. Es importante dar un enfoque sistémico al control de documentos. Por tal razón, no defina períodos de tiempos para revisión bajo el concepto de frecuencia. Se debería más bien, hacer cada vez que se toma una acción correctiva, preventiva o de mejora y se ha evaluado su eficacia previamente. La actualización de la documentación es una consecuencia de la eficacia de la acción.
26. La documentación aprobada debe ser dada a conocer y garantizar su disponibilidad para consulta a los integrantes de los procesos en la medida en que vaya siendo aprobada.
27. La evaluación del cumplimiento debería ser el primer esquema de seguimiento y medición cubierto por el Sistema de Gestión, donde se verifique el estado de los requisitos legales, la condición del producto o servicio, así como el análisis del presupuesto y la percepción del cliente, como parte de los resultados organizacionales.
28. Con base en lo anterior, planifique adecuadamente las actividades de revisión, donde se determina la capacidad de los procesos y su estado, estableciendo su estado en relación con el aporte que éstos deben realizar en cumplimiento de los objetivos de nivel al Sistema de Gestión.
29. La evaluación de eficacia es identificada por el proceso de auditoría donde se cuenta con información de entrada para la evaluación de las interacciones, del cumplimiento y del desempeño. El resultado que se genera es la entrada para una buena y adecuada revisión gerencial, razón por la cual debe efectuarse una auditoría cuando ya está muy implementado el esquema de cumplimiento y desempeño.
30. Las acciones correctivas y preventivas son la clave para empezar a reconocer a partir de qué momento la organización se empezó a comportar como una organización con gestión integral de carácter proactivo, porque cuando las preventivas superan en tendencia a las correctivas el planteamiento de elementos positivos, en relación con los indicadores se empieza a evidenciar.
31. En una auditoría de calidad se debe contar con un equipo competente para lograr evaluar todos los criterios definidos para la auditoría. Inicialmente, como no será sencillo tener este nivel de competencia, mientras se desarrollan, se puede recurrir al concepto de expertos de auditoría.
32. En cuanto a los indicadores, establezca los de eficacia, eficiencia y efectividad, que le permitan evaluar el cumplimiento en el producto y/o servicio y el desempeño de los procesos, de tal forma que la organización pueda tomar decisiones proactivas, de manera eficaz y a tiempo y a la vez sean el insumo para facilitar el control social.

33. Facilite los medios para la comunicación y la divulgación para la implementación a partir del uso de aplicativos informáticos, los cuales ayudarán a mejorar la accesibilidad, el control y la administración de la información.

34. Durante la implementación es importante que todos los servidores públicos se familiaricen con el sistema de gestión de la calidad, es decir que sepan qué es y cómo va a afectar a sus tareas cotidianas.

Acreditación. El ministerio de protección social a través del decreto 1011 de 2006 estableció el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud con el cual se pretende generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Características o atributos de calidad del sogc: (copas)

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

Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que ponen en riesgo su vida o su estado de salud.

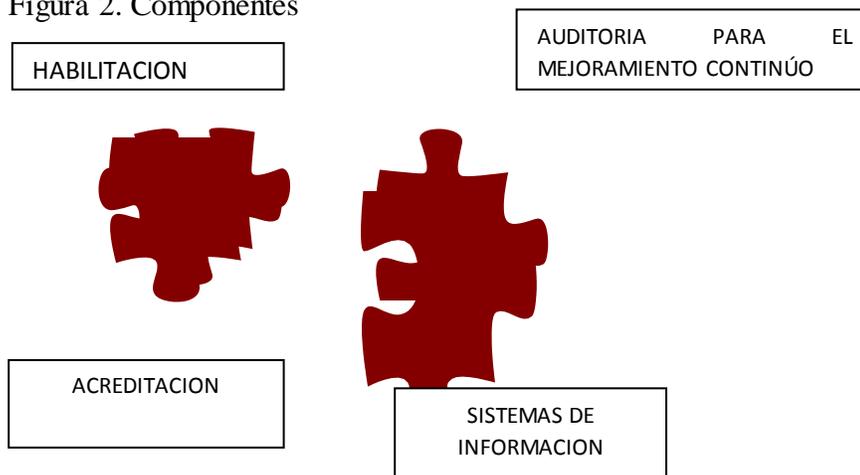
Pertinencia: grado en que los usuarios reciben los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud, que le garantiza el sistema de seguridad social en salud

Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Los 4 componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad o sogcs son:

Figura 2. Componentes



Fuente. SOGCS

Conceptos de cada uno y su reglamentación habilitación: reglamentado en la resolución 1043/06.

Puerta de entrada al sistema, consistente en el cumplimiento de requisitos obligatorios para el funcionamiento.

Es decir, las entidades deben cumplir con unos requerimientos básicos para minimizar el riesgo y proteger al usuario durante el proceso de atención describiendo igualmente estándares para cumplir con parámetros de suficiencia patrimonial y financiera.

Es todos los requisitos que como infraestructura, dotación, mantenimiento, recurso humano, dispositivos, medicamentos, guías de atención, sistema de referencia y contrareferencia debe tener el hospital de manera obligatoria para poder operar

Auditoria para el mejoramiento continuo: reglamentado en la resolución 1043/06.

Cuya estrategia para el desarrollo es el pamec (programa de auditoría para el mejoramiento continuo) dispuesta para orientar la institución a la evaluación interna de la calidad de sus procesos de manera continua, previniendo y corrigiendo fallas de manera oportuna.

Comparando y evaluando la calidad observada con la calidad esperada. Por esto el hospital realiza auditorias como por ejemplo auditoria de historia clínica, lavado de manos o de casos que generaron una queja por el inadecuado desenlace final de la atención.

Acreditación: reglamentado en la resolución 1445/06. Que busca desarrollar en las instituciones una cultura de calidad en la atención orientando todas sus acciones a que el resultado final sea la satisfacción del usuario y su familia. se dirige a la excelencia del desempeño de su organización en la prestación del servicio en todas sus áreas tanto asistenciales como administrativas. Para alcanzar la acreditación debe esta implementado los dos anteriores componentes.

No significa que las instituciones son perfectas e infalibles, significa que hay un proceso de transformación cultural y una voluntad permanente de cambio, orientado al mejoramiento continuo y a la satisfacción.

Sistemas de información: reglamentado en resolución 1446/06. Cuyo objetivo es el conocimiento de indicadores que se conviertan en una herramienta fundamental para la comparación entre instituciones que permita orientar a los usuarios a decidir quién los debe atender, sobre el criterio de calidad. Por eso el hospital debe reportar indicadores, como oportunidad de citas en consulta externa, oportunidad en el servicio de urgencia, infecciones intrahospitalarias, eventos adversos, etc.

Principios de la acreditación

El sistema único de acreditación en salud se orienta por los siguientes principios:

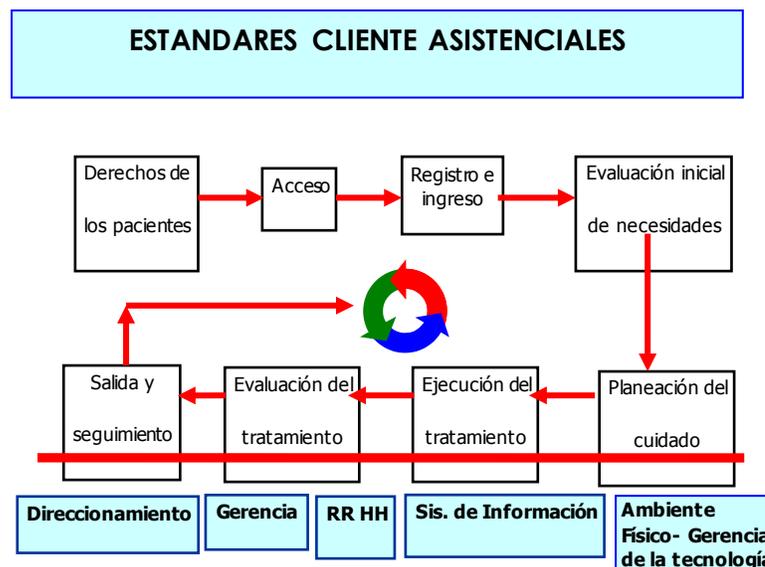
Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.

Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del sistema único de acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Estándar de direccionamiento, Estándar de gerencia, Estándar de gerencia del recurso humano, Estándar de gerencia del ambiente físico, Estándares de gerencia de la tecnología Estándar gerencia de información, Estándares de red.

Estándar de direccionamiento. Estándar de gerencia, Estándar de recursos humanos, Estándar gerencia de información, Estándar de ambiente físico

Figura 3. Estándar cliente asistencial.



Fuente.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>



ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

LISTA DE CHEQUEO

DEPARTAMENTO DE DIRECCIONAMIENTO

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRAZADO	NO EMPREZADO	OBSERVACION
	100 %	75%	25%	0%	
ESTANDAR 75 Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios: La junta directiva, el equipo y las personas claves de la actualización del direccionamiento estratégico.					Plan de gestión institucional Plan de desarrollo Actas de reuniones con justas directivas localizadas en gerencia.
Aspectos éticos y normativos					Código de ética Código de buen gobierno
Los cambios del entorno					DOFA estratégico, nuevos servicios para ajustarse a las necesidades de servicios para la ciudadanía.
La seguridad del paciente y los colaboradores					Existe programa de seguridad del paciente y programa de salud ocupacional y accidente laboral
El enfoque y la gestión de riesgo					Existe evidencia del mapa de riesgos Existe guía de administración del riesgo
La humanización durante la atención del usuario y su familia					Existe política de humanización implementada pendiente por evaluar
La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.					Existe política de humanización implementada pendiente por evaluar.
Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas sociales, culturales que orienten la prestación de los servicios.					
La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.					No existe un análisis fuerte en este aspecto

Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.					Existe evidencia del cuidado del medio ambiente.
La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.					Existe evidencia de su alineación y actualización con las necesidades vigentes.
La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.					Ajustada y alineada a su misión y política
La voz del cliente interno y responsabilidad frente a sus colaboradores.					Sería importante ajustar todas las políticas, directrices y actividades para este proceso.
Las necesidades del usuario y su familia.					El énfasis en los análisis, las puestas en común necesitan ser más frecuentes y constantes para tomar decisiones oportunamente.
La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable.					El IDS por dos años consecutivos a entregado la certificación sanitaria a la ESE HEQC.
Ejercicios sistemáticos de referenciarían comparativa y competitiva que fortalezca el mejoramiento.					
ANALISIS					Programa de incentivos Plan de actividades del programa de bienestar social Rentabilidad social: novenas navideñas para localidades con riesgo de vulnerabilidad Brigadas a poblaciones alejadas que lo solicitan Kit escolares en barrios vulnerados Escuelas de formación deportivas de barrios vulnerables y quien quiera pertenecer de niños.

DIAGNOSTICO A LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

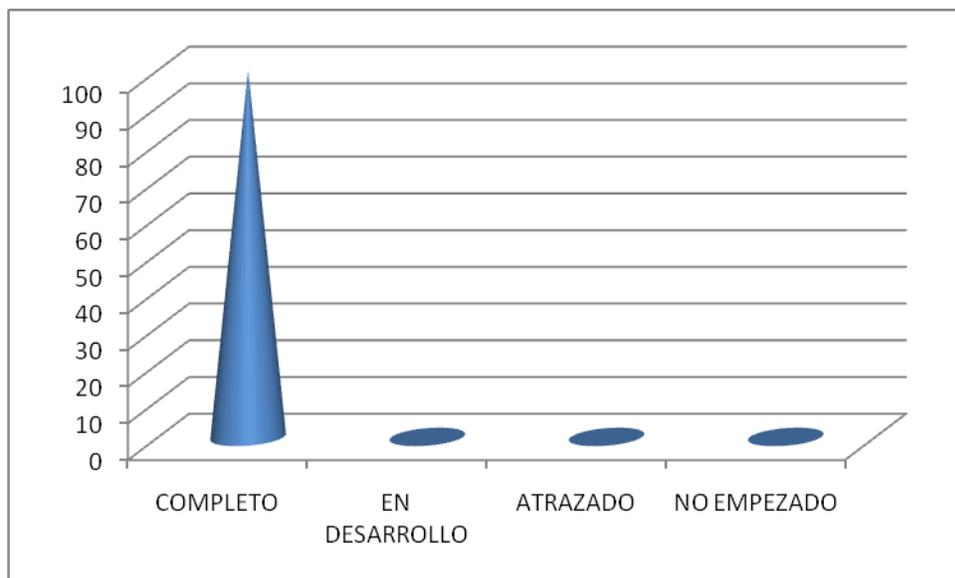
La siguiente información tiene como propósito de identificar la condición real de los procesos de calidad, basados en los criterios de los estándares de manual de acreditación en salud hospitalaria y ambulatoria realizada por la oficina de auditoría y calidad a través de la lista de chequeo implementada de la E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

Cuadro 6. Sistematización

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	100
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 1. Sistematización



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

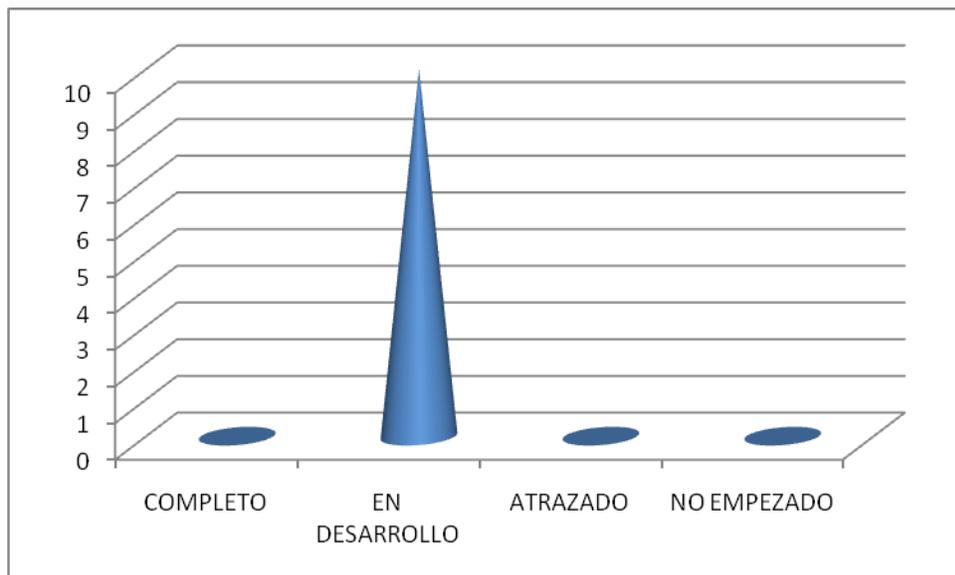
En cuanto al proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, en cuanto a la junta directiva, el equipo y las personas claves de la actualización del direccionamiento estratégico, se debe decir que el proceso está completado en la entidad.

Cuadro 7. Aspectos éticos y normativos.

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	10
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 2. Aspectos éticos y normativos.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

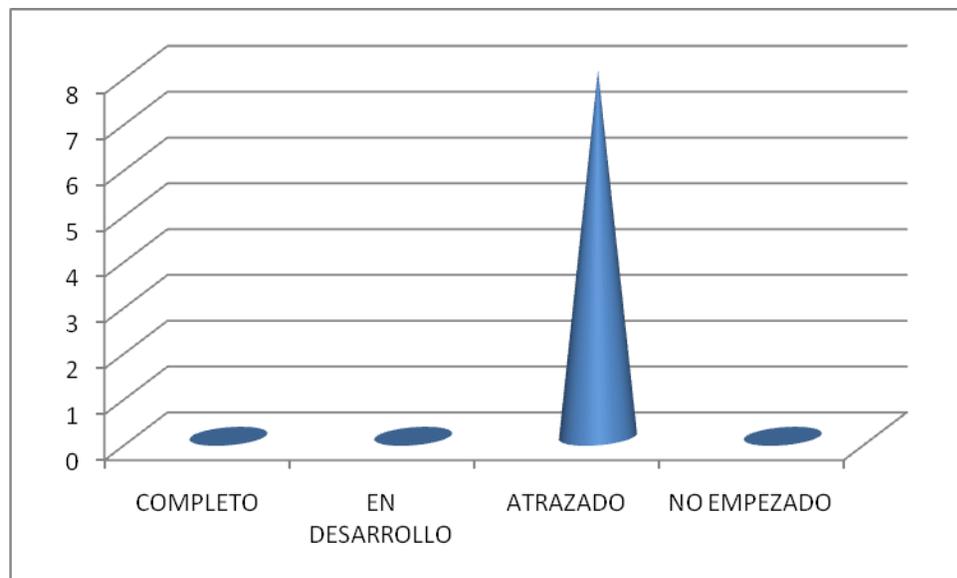
Se analiza en lista de chequeo sobre el factor de aspectos éticos y normativos que se posee el documento pero no está organizado se necesita ajustarlo con la norma fundamental para validarlo aún es decir que solo se cuenta un 10% del 60% pues las otras parte se realizan cuando pase por la primera fase.

Cuadro 8. Cambios del entorno

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	8
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 3. Cambios del entorno



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

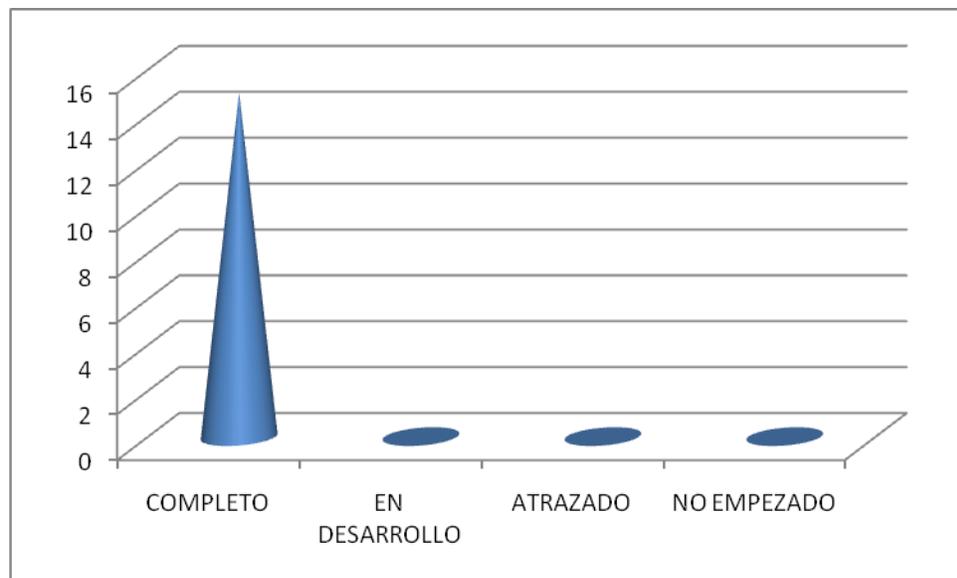
En la siguiente grafica se puede observar que la oficina ha habido cambios en el ambiente de la empresa llamado evaluación 180 donde se evalúa el clima organizacional de los trabajadores, pero se debe actualizar este documento según la norma fundamental para luego ser validado socializado y evaluado.

Cuadro 9. Seguridad

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	15
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 4. Seguridad



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

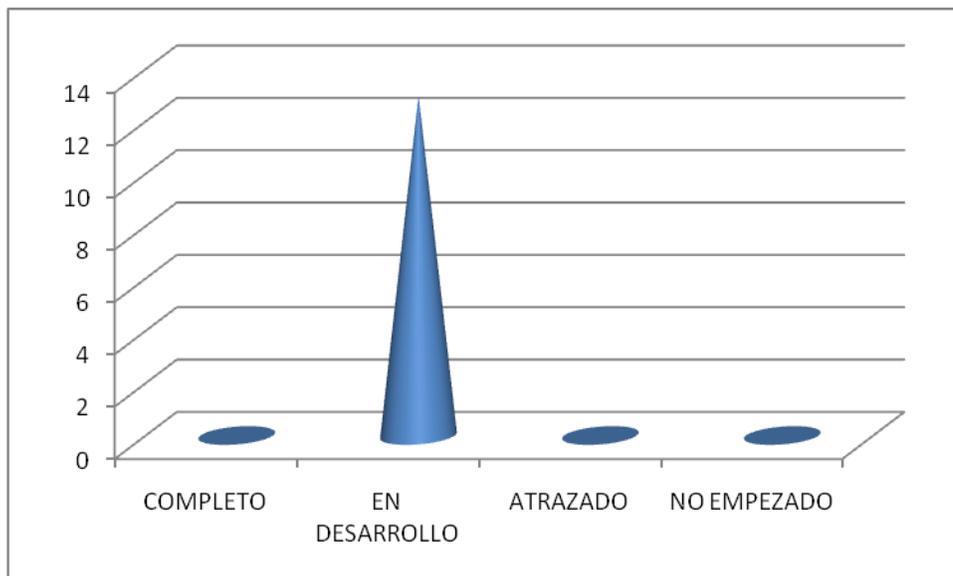
Al analizar la gráfica de la seguridad del apaciente y colaboradores se observa que la oficina tiene estos elementos contenidos en los manuales de funciones de los diferentes servicios y profesiones, sin embargo se debe revisar y actualizar estos documentos para ser validados.

Cuadro 10. Enfoque de la gestión.

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	13
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 5. Enfoque de la gestión.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

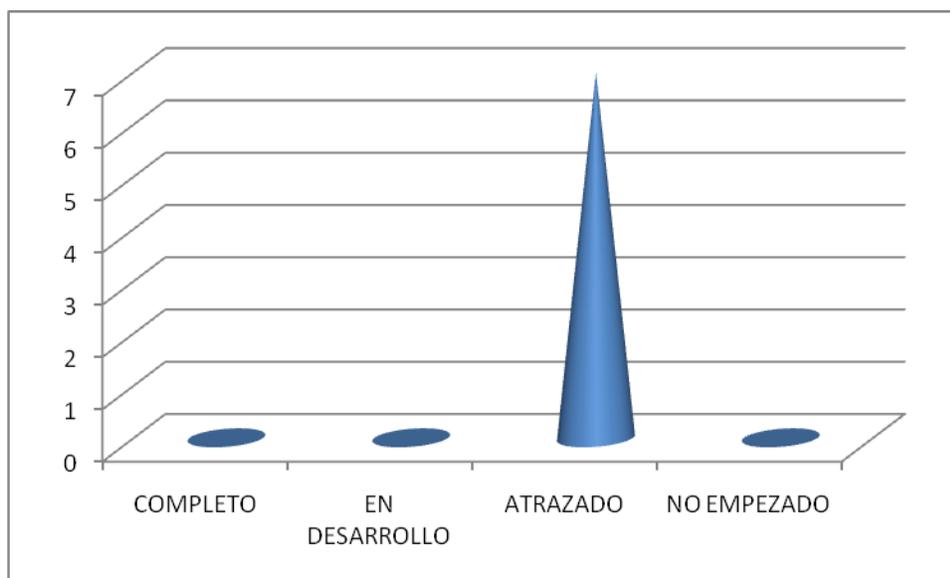
En esta tabla se puede analizar que existen evidencias del mapa de riesgos y guía de administración del riesgo, no conoce y no tiene documentado los factores de la calidad de vida del trabajador de las diferentes profesiones de la ESE.

Cuadro 11. Humanización durante la atención.

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	7
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 6. Humanización durante la atención.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

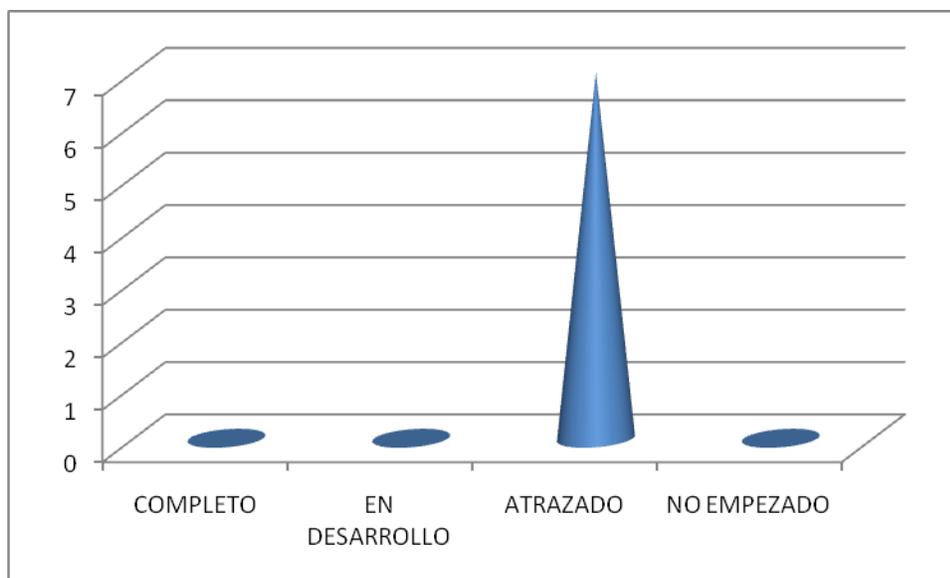
En este análisis se denota que la oficina de no tiene un documento donde se plasme las políticas de humanización de forma clara.

Cuadro 12. Planeación

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	7
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 7. Planeación



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

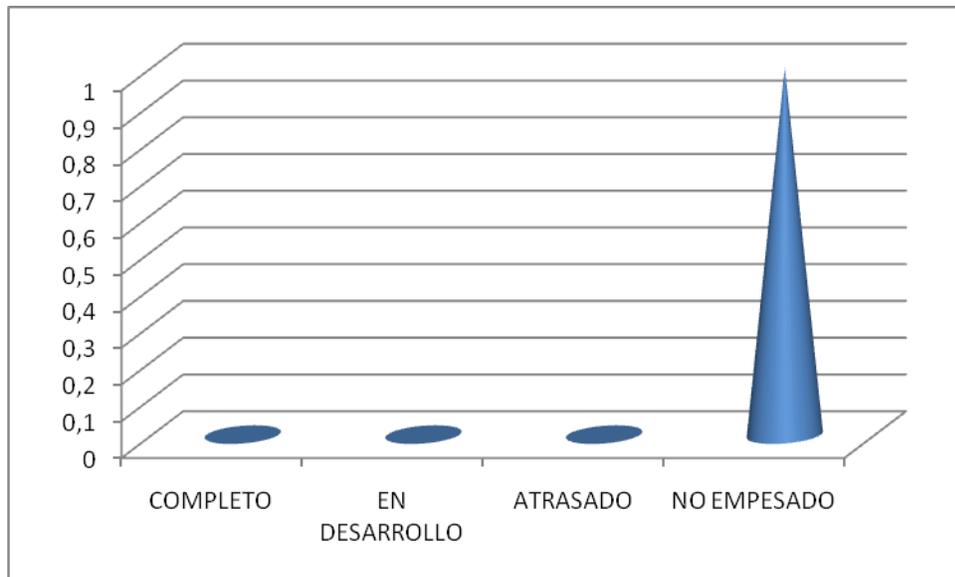
En esta grafica se puede analizar que en el departamento se encuentra atrasada la planeación y desarrollo de la gestión de la tecnología en salud.

Cuadro 13. Coordinación.

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	1
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 8. Coordinación.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

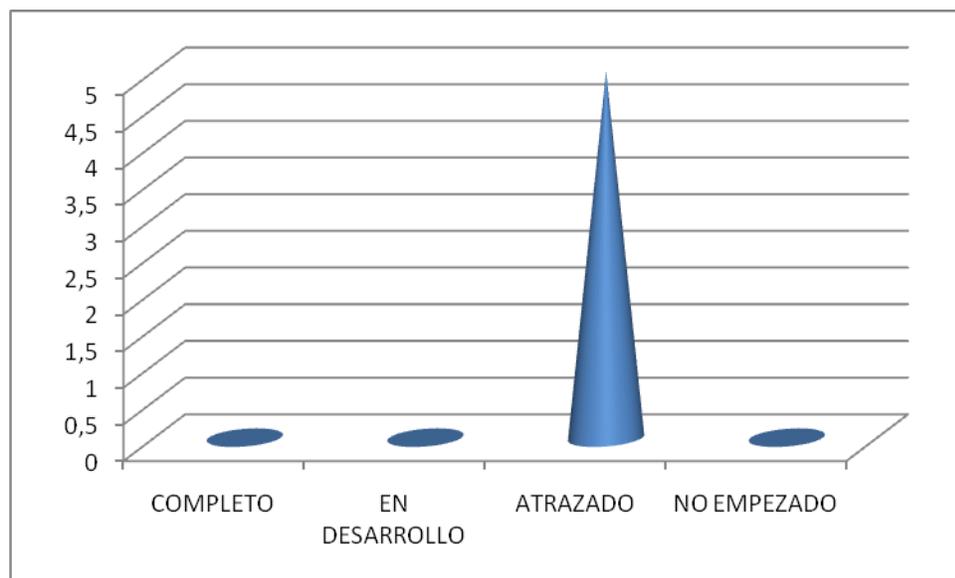
Se observa que la gráfica 8 nos muestra que la oficina no ha empezado los análisis, en cuanto a la prestación del servicio a los usuarios.

Cuadro 14. Responsabilidad social

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	5
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 9. Responsabilidad social.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

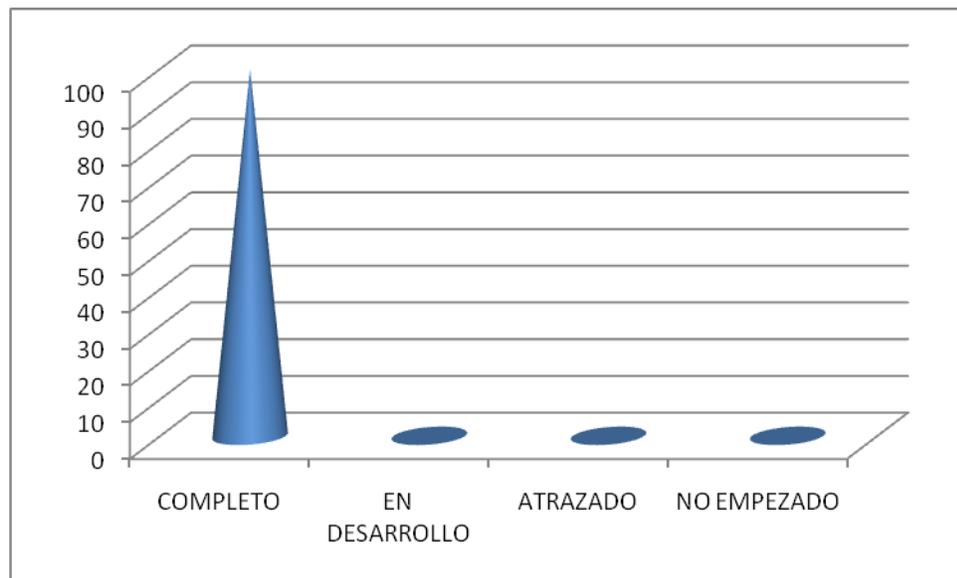
Se puede observar que la oficina existe evidencia del cuidado del medio ambiente, aunque todavía hace falta más compromiso de los empleados y directivas.

Cuadro 15. Misión

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	100
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 10. Misión



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

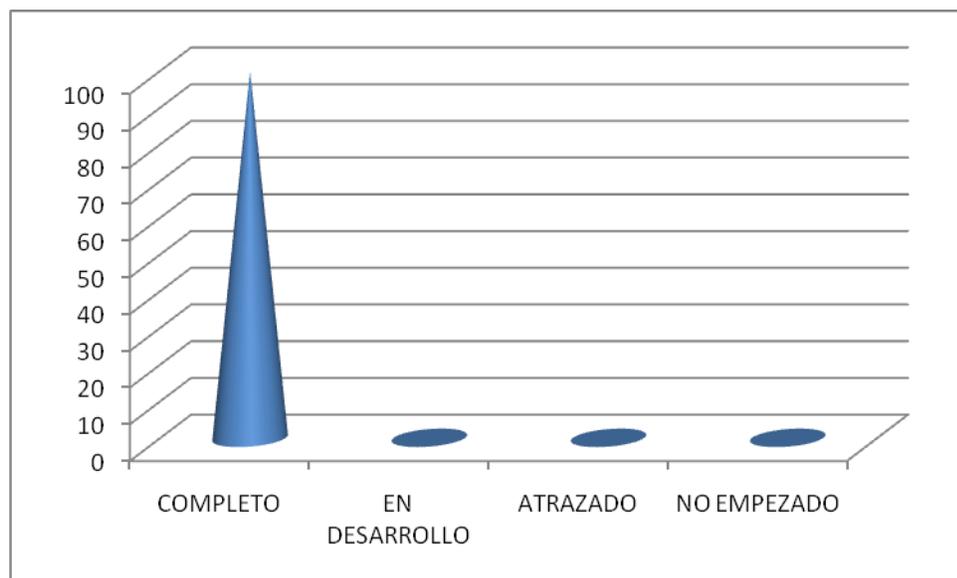
En la empresa existe misión claramente definida y cumple con todos los estándares de calidad, exigidos por la norma.

Cuadro 16. Visión

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	100
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 11. Visión



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

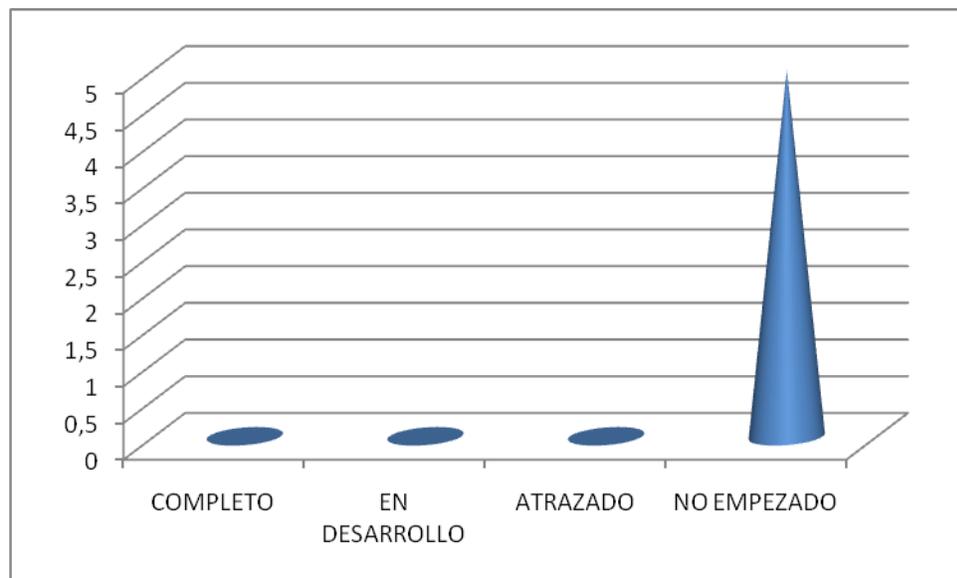
La empresa cuenta con una visión bien estructurada, que cumple con los estándares de calidad exigidos por la norma y la cual permite visualizar el futuro de las labores de la entidad.

Cuadro 17. Cliente interno

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	5
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 12. Cliente interno



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

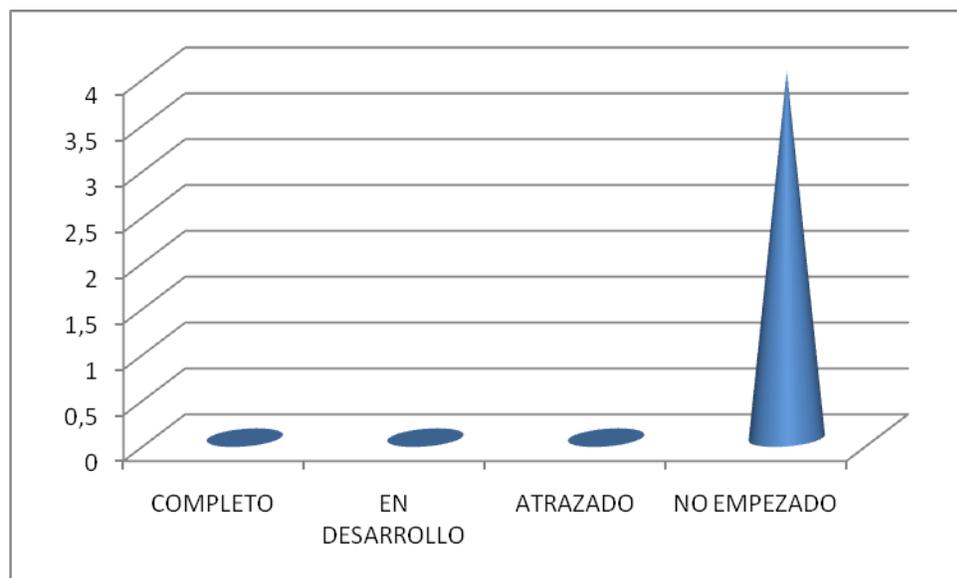
En esta grafica se puede analizar que en la oficina hace falta ajustar todas las políticas, directrices y actividades para este proceso, siendo el cliente interno el más importante de la organización.

Cuadro 18. Necesidades del usuario.

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	4
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 13. Necesidades del usuario.



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

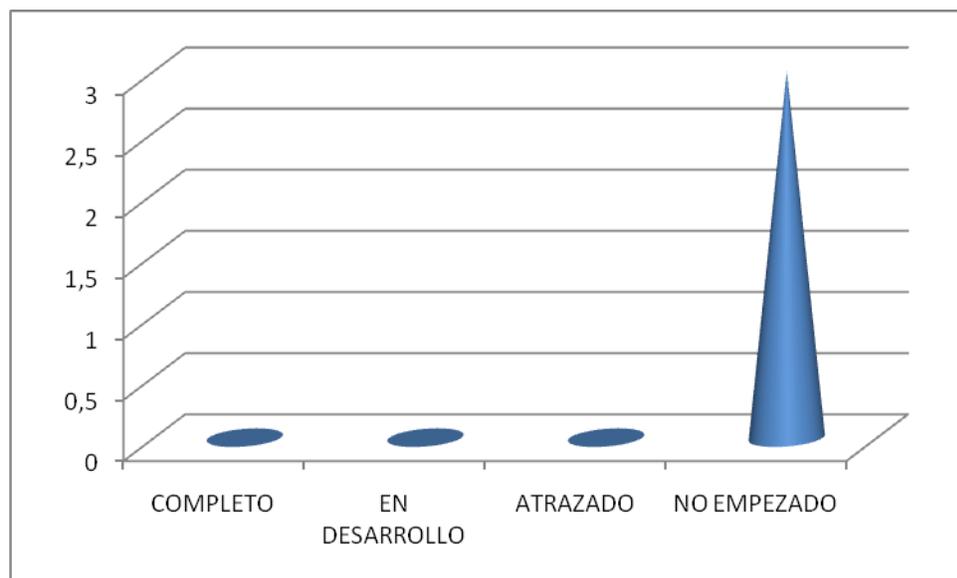
Se puede analizar en esta grafica que la oficina, los puestos en común necesitan ser más frecuentes y constantes para tomar decisiones oportunamente.

Cuadro 19. Organización

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	0
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	3
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 14. Organización



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

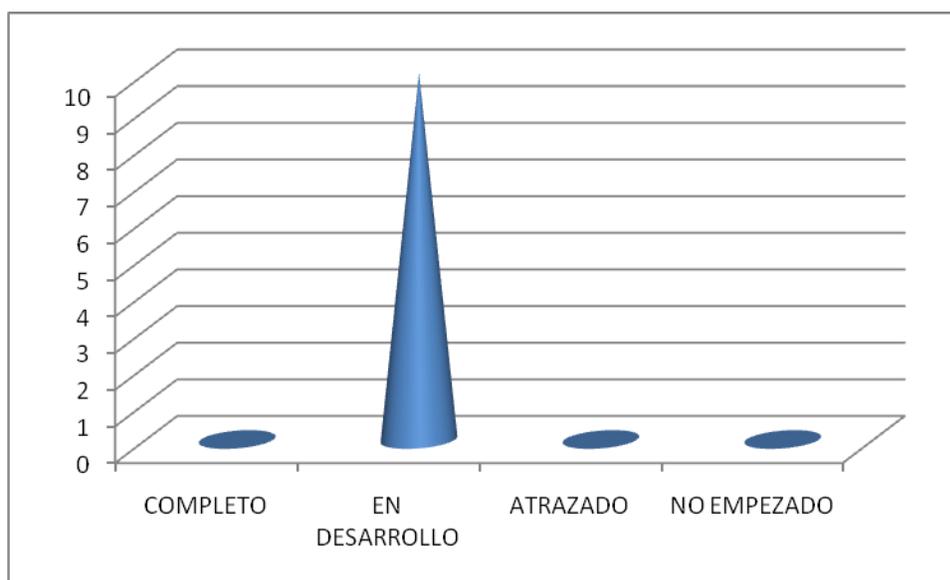
Se debe decir que en la oficina solamente se han dedicado a entregar certificados sanitarios y no ha identificado las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo del medio ambiente.

Cuadro 20. Análisis

ESTADO	CRITERIOS	PORCENTAJE
COMPLETO	100	0
EN DESARROLLO	75	10
ATRAZADO	25	0
NO EMPEZADO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Grafica 15. Análisis



Fuente: Encuesta realizada a la oficina de direccionamiento estratégico de la ESE HEQC

Aunque la oficina cuenta con programa de incentivos, plan de actividades del programa de bienestar social, rentabilidad social: novenas navideñas para localidades con riesgo de vulnerabilidad, brigadas a poblaciones alejadas que lo solicitan, kit escolares en barrios vulnerados y escuelas de formación deportivas de barrios vulnerables, estos no han sido socializados de forma adecuada dándolos a conocer a la comunidad en general.

Diagnostico situacional. AL realizar la investigación sobre los diferentes procesos que se realizan para el desarrollo del recurso humano y todas sus competencias para la acreditación en la oficina de talento humano de la ESE hospital Emiro Quintero Cañizares,

Se realizó un diagnóstico general, dirigido y validado bajo la oficina de auditoría y calidad para conocer la situación actual de dicha oficina, tal investigación fue realizada basada en el manual de acreditación para la salud ambulatoria hospitalaria que el gobierno estipula para las entidades de salud según la ley 100 de 1993 de los estándares de recursos humanos que esta comienza desde el estándar 103 con 14 criterios incluidos se encontró y se analizó la siguiente información

De acuerdo a los datos obtenidos por la lista de chequeo se puede determinar que la oficina de talento humano de la ESE HEQC obtuvo una calificación de 15% de su estado documentado es decir indica que si está regida por toda la normatividad exigida por el país, es decir que si está bajo parámetros legales pero se debe realizar el documento maestro para tenerlo como evidencia para luego ser validado, socializado y evaluado lo que arroja un valor del 0%, 75%, 25% y 0%.

Se analiza en lista de chequeo sobre el factor de expectativa, necesidades y cultura organizacional, si posee el documento pero no está organizado se necesita ajustarlo con la norma fundamental, también tiene un documento adaptado a la empresa llamado evaluación 180 donde se evalúa el clima organizacional de los trabajadores, pero se debe actualizar este documento según la norma fundamental para luego ser validado socializado y evaluado.

Sobre los procesos de las competencias y desempeño se observa que la oficina de talento humano tiene estos elementos contenidos en los manuales de funciones de los diferentes servicios y profesiones, si embargo se debe revisar y actualizar estos documentos para ser validados.

Con respecto al cuidado con la salud de los trabajadores a través de procesos de salud ocupacional, no conoce y no tiene documentado los factores de la calidad de vida del trabajador de las diferentes profesiones de la ESE aun teniendo los documentos de riesgos laborales y los diferentes factores de carga laboral como físico, mental y anímico de cada trabajador de la ESE a pesar de manejar procesos de salud y protección del trabajador y riesgos laborales

El departamento de talento humano tiene el documento de puesto de trabajo de los diferentes servicios, sin embargo se encuentra desactualizado pues se han creado nuevos puestos de trabajo y han ingresado personal nuevo, también los procesos de contratación de personales es decir que la ESE tiene buenos indicadores de gestión contractual, sin embargo falta evaluar los resultados.

Según las políticas de compensación, escala salarial y los estímulos e incentivos que desarrollan en la empresa se deben de actualizar estos documentos.

La oficina de talento humano si maneja procesos de Vinculación funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento

humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud, sin embargo se debe validar y socializar estos procesos al personal competente para luego su evaluación. (Ver anexo 2).

3.1.2 Organizar adecuadamente los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009. Actividad 1. Estructurar el archivo con los documentos necesarios para la implementación de las GP 1000. La estructura de archivos es el nivel más básico de organización. Es una organización impuesta a un archivo para facilitar su procesamiento. Es la combinación de representaciones de datos en archivos y al poseer una estructura de archivos asegura que los usuarios y programas pueden acceder y escribir a los archivos. Un buen diseño de estructuras de archivos brindará acceso a grandes capacidades de información, sin gastar tiempo de espera por el disco.

El estudio de las estructuras de archivos es necesario ya que la aplicación de las técnicas de estructuras de datos ayuda a resolver problemas especiales asociados con el almacenamiento y la recuperación de datos en dispositivos de almacenamiento secundario. Según la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009, determina un formato especial para la estructura del archivo de documentación necesario para las empresas, que a continuación se menciona.

Cuadro 21. Proceso documental de la NTC GP 1000.

TITULO	NUMERAL	MODULO DE CONTROL O ASPECTO TRANSVERSAL	componente	elemento
Sistema de Gestión de la calidad	4			
REQUISITOS GENERALES	4.1			
GESTION DOCUMENTAL	4.2			
GENERALIDADES	4.2.1			
MANUAL DE LA CALIDAD	4.2.2			
CONTROL DE DOCUMENTOS	4.2.3			
CONTROL DE REGISTROS	4.2.4			
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION	5			
Compromiso de la dirección	5.1			
enfoque al cliente	5.2			
política de la calidad	5.3			

Continuación (Cuadro 21)

objetivos de la calidad	5.4.1			
planificación del sistema de gestión de la calidad	5.4.2			
responsabilidad ,autoridad y comunicación	5.5			
responsabilidad y autoridad	5.5.1			
representante de la dirección	5.5.2			
comunicación interna	5.5.3			
Revisión por la dirección	5.6			
Generalidades	5.6.1			
información de entrada para la revisión	5.6.2			
resultados de la revisión	5.6.3			
Gestión de los recursos	6			
provisión de recursos	6.1			
talento humano	6.2			
generalidades	6.2.1			
competencia ,toma de conciencia y formación	6.2.2			
infraestructura	6.3			
ambiente de trabajo	6.4			
Realización del producto y/o prestación del servicio	7			
planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio	7.1			
procesos relacionados con el cliente	7.2.			
determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7.2.1			
revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7.2.2			
comunicación con el cliente	7.2.3			
diseño y desarrollo	7.3			
planificación del diseño y desarrollo	7.3.1			
elementos de entrada para el diseño y desarrollo	7.3.2			
resultados del diseño y desarrollo	7.3.3			
revisión del diseño y	7.3.4			

Continuación (Cuadro 21)				
desarrollo	7.3.5			
validación del diseño y desarrollo	7.3.6			
control de los cambios del diseño y desarrollo	7.3.7			
adquisición de bienes y servicios	7.4			
procesos de adquisidor de bienes y servicios	7.4.1			
información de la adquisición de bienes y servicios	7.4.2			
verificación de los productos y/o servicios contratados	7.4.3			
producción y prestación del servicio	7.5			
control de la producción y de la prestación del servicio	7.5.1			
validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	7.5.2			
identificación y trazabilidad	7.5.3			
propiedad del cliente	7.5.4			
preservación del producto	7.5.5			
control de los equipos de seguimiento y de medición	7.6			
Medición .análisis y mejora	8			
Generalidades	8.1			
seguimiento y medición	8.2			
satisfacción del cliente	8.2.1			
auditoria interna	8.2.2			
seguimiento y medición de los procesos	8.2.3			
seguimiento y medición del producto y/o servicio	8.2.4			
control del producto y/o servicio no conforme	8.3			
análisis de datos	8.4			
mejora	8.5			
mejora continua	8.5.1			
acción correctiva	8.5.2			
acción preventiva	8.5.3			

Fuente. Norma Técnica Colombiana GP 1000.

Actividad 2. Crear una base de datos de la documentación existente del archivo. Las empresas se esfuerzan por realizar campañas cada vez más originales e innovadoras, gastando tiempo y presupuesto en la elaboración de campañas de marketing que logren captar la atención del cliente. Pero la creatividad de nada sirve si no se tiene una buena base de datos, con la información de personas que sean el público objetivo de la entidad.

Para esto es muy importante no solo mantener actualizadas las bases de datos, también se deben realizar estrategias de CRM (Customer Relationship Management), una estrategia de negocios centrada en el cliente.

Trabajar una plataforma CRM facilita la segmentación de los datos, por ende, la administración de la información es mucho más efectiva; ayuda en los procesos de ventas; mejora las campañas de mail masivos y maximiza los tiempos.

Hoy, gracias a las nuevas tecnologías y globalización, existe mucho más competencia y se han diseñado más estrategias y herramientas para acercarse a los clientes, quienes a su vez se han transformado en críticos activos que sacan provecho de la gran cantidad de opciones que ofrece el mercado actual.

Este escenario ha puesto a las bases de datos en la mira y las organizaciones ahora contratan personal para que trabaje especialmente en ellas y desarrollen de manera eficaz software como CRM que logren una optimización en la relación con los clientes.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	Nombre del Procedimiento:	Código: POEHEQC-ARH-
	MANEJO DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	Versión: 02
		Páginas: 1 de 16

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. OBJETIVO	2
1.1 ALCANCE	2
2. RESPONSABILIDADES	2
3. MATERIALES, EQUIPO Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN	2
4. PROCEDIMIENTO	3
4.1 GENERALIDADES	3

4.2 MARCO LEGAL	3
4.3 HISTORIA CLINICA	4
4.3.1 Tablas de retención documental (TRD).	5
4.3.2 Archivo de gestión.	5
4.3.3 Archivo central.	6
4.3.4 Archivo histórico.	6
4.3.5 Sistema de control interno.	6
4.3.6 Obligatoriedad del archivo de historias clínicas.	6
4.3.7 Manejo.	6
4.4 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA	7
4.5 REGISTROS ESPECÍFICOS	7
4.6 ANEXOS	7
4.7 PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA	8
4.7.1 Apertura e identificación de la historia clínica.	8
4.7.2 Diligenciamiento de historia clínica.	8
4.7.3 Ingreso de documentos al archivo.	8
4.7.4 Almacenamiento o archivo de la historia clínica.	9
4.7.5 Condiciones físicas de conservación de la historia clínica.	9
4.7.6 Retención y tiempo de conservación.	10
4.7.7 Custodia de la historia clínica.	11
4.7.8 Consulta de documentos.	11
4.7.9 Préstamo de documentos para trámites internos.	11
4.7.10 Entrega de documentos de la historia clínica.	12
4.8 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	13
4.8.1 Funciones del comité de historias clínicas.	14
4.9 ORDENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS	14
5. REQUERIMIENTOS Y CAPACITACIÓN.	15
BIBLIOGRAFIA	15
REVISIÓN	15
HISTORIAL DE CAMBIOS	15
ANEXO	16
ANEXO 1: Definiciones.	16

1. OBJETIVO

El propósito de este documento es favorecer la estandarización del manejo, ordenamiento y distribución interna de los documentos que componen la historia clínica activa de los usuarios que reciben atención en salud, a cargo del personal del departamento de archivo clínico de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, cumpliendo con los respectivos parámetros de calidad y normatividad vigente.

1.1 ALCANCE

Este documento se tomará como única referencia para realizar las actividades propias en el manejo, ordenamiento y distribución interna de los documentos que componen la historia clínica activa; inicia al momento de la solicitud de la Historia clínica hasta la custodia permanente de esta por parte del personal del departamento de archivo clínico.

2. RESPONSABILIDADES

- La coordinación del departamento de auditoria de calidad, es responsable de velar el cumplimiento de este procedimiento por parte de todo el personal del servicio del Hospital Emiro Quintero Cañizares.
- La coordinación del departamento de auditoria de calidad es responsable del seguimiento, desarrollo, aprobación, y cumplimiento de los POES.
- La coordinación departamento de auditoria de calidad es responsable de la emisión, distribución y control de los documentos y de todos los documentos controlados.
- El personal que labora en el servicio de archivo de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, es responsable de seguir los lineamientos establecidos en este procedimiento.

3. MATERIALES, EQUIPO Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN

- Código asignado
- Historia Clínica
- Carpetas
- Formatos para cada una de las actividades
- Fundas plásticas
- Ganchos plásticos
- Separadores
- Papel
- Software y Hardware
- Perforadora
- Grapadora.

4. PROCEDIMIENTO

4.1 GENERALIDADES

La historia clínica es un documento de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud y por tanto involucra a todo el personal que intervenga en dicha atención.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

Aplica también a todos los documentos internos de historias clínicas generados en la ESE H.E.Q.C.

4.2 MARCO LEGAL

- Por las entidades que integran el sistema de salud.
- Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículo números 33, 34,35. Regula los archivos de las historias clínicas.
- Ley 35 de 1989. Por la cual se reglamenta la profesión del odontólogo, en el artículo 25 se establece la obligatoriedad de la historia clínica odontológica.
- Ley 10 de 1990, art 8, corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- Ley 38 de 1993. Por el cual se unifica el sistema de dactiloscopia y se docta la carta dental para fines de identificación.
- Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículos Nos. 33, 34, 35. Regula archivos de las historias clínicas.
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.
- Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicione y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.
- Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación
- Acuerdo 011 de 1996, por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.
- Acuerdo No. 049 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo de “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.
- Acuerdo N° 050 de 2000, por el cual se desarrolla del artículo 64 del título VII “Conservación de Documentos”, del Reglamento General de Archivos sobre “Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo”.

- Acuerdo N° 056 de 2000, por el cual se desarrolla el artículo 45, “Requisitos para la Consulta” del capítulo V, “ACCESO A LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO”, DEL REGLAMENTO GENERAL DE ARCHIVOS.
- Acuerdo N° 042 de 2002, por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan el artículo 21, 22, 23 y 26 de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- Ley 734 de 2002. Establece las obligaciones y deberes de los empleados públicos.
- Resolución 1715 de 2005, por el cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 art 13 y 15, en lo referente a los tiempos de retención y conservación de registros clínicos.
- Resolución 0058 del 15 de enero de 2007, por la cual se deroga la resolución 1715 de 2005.

4.3 HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Desglosando y haciendo explícita ésta definición encontramos: Es un documento privado, en la medida que corresponde a la vida privada o íntima del paciente.

Es obligatorio, por cuanto, tiene trascendencias legales que implica el registro de todas las actividades, procedimientos e intervenciones en salud desarrolladas.

Se encuentra sometido a reserva, ya que según lo consagrado en el Art. 15 de la Constitución Política, existe el derecho que tienen todas las personas a su intimidad personal y familiar, y a su buen nombre.

Condiciones de salud: Es el estado de salud del paciente que se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Terceros autorizados para conocer la historia clínica:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

4.3.1 Tablas de retención documental (TRD). Son un listado de los diferentes documentos que manejamos, series (conjunto de documentos iguales) y sus correspondientes tipos documentos que la conforman, producidos o recibidos estos por una unidad administrativa en cumplimiento de sus funciones, a los cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada fase de archivo. Las TRD pueden ser generales o específicas de acuerdo a la cobertura de las mismas.

4.3.2 Archivo de gestión. Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta por las oficinas que las soliciten durante mínimo 5 años.

4.3.3 Archivo central. Sometida a utilización esporádica de acuerdo a las necesidades en el tiempo, por un período mínimo de 15 años.

4.3.4 Archivo histórico. Son aquellos a los que se transfieren desde los archivos centrales para su conservación permanente, dado que cobran especial valor histórico, legal o para investigación y la cultura, hasta un periodo mínimo de 20 años.

4.3.5 Sistema de control interno. El sistema de control interno es un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, norma, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad con el fin de procurar que todas las actividades se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

4.3.6 Obligatoriedad del archivo de historias clínicas. Todos los prestadores de servicio de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el acuerdo 07 de 1994, referente al reglamento general de Archivos, expedidos por el Archivo General de la nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

4.3.7 Manejo. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario, de esta forma es un documento confidencial sometido a reserva y por tanto su uso se limita única y exclusivamente al personal asistencial de cada IPS y en aspectos restringidos únicamente al traslado archivo y procesos de actualización y conservación, al personal administrativo no asistencial quien deberá guardar la misma reserva y confidencialidad de la historia clínica que el personal asistencial.

Tales procesos administrativos se refieren en general: A archivo ordenado, registro de entradas y salidas del mismo, foliada de hojas, organización en carpetas, marcación de carpetas, distribución a los consultorios y transporte interno en el hospital.

4.4 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los siguientes:

- Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos.
- Estado civil.
- N° documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Dirección.
- Teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre y teléfono del acompañante.
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario.
- Aseguradora.
- Tipo de vinculación.

4.5 REGISTROS ESPECÍFICOS

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

Adicional y dando cumplimiento a la Resolución 3374/03 se diligencian los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud en el momento de la prestación del servicio, brindando herramientas estadísticas, epidemiológicas y de facturación.

4.6 ANEXOS

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como:

- Consentimiento informado.
- Autorización para necropsia.
- Declaración de retiro voluntario.
- Formato Referencia y Contrarreferencia.
- Formato Recomendaciones de Egreso Hospitalario.
- Formato Autorización para quien tenga acceso a la historia clínica.

4.7 PROCEDIMIENTOS DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

4.7.1 Apertura e identificación de la historia clínica. La atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de historia clínica, que incluye la captura de información de datos de identificación contemplados anteriormente.

La identificación de la historia clínica corresponde a:

- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayor de siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Número del NUIP dado por la registraduría, para recién nacidos y menores de edad.
- Número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera.
- Número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

4.7.2 Diligenciamiento de historia clínica. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos a la historia.

El diligenciamiento de la historia, implica que a todo paciente al cual se le efectúe ingreso hospitalario, se le realice la respectiva NOTA DE INGRESO A PISO.

4.7.3 Ingreso de documentos al archivo. El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará a través de una relación de entrega.

El funcionario del archivo quien recibe por parte del jefe de cada servicio, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia, nombre a quien pertenece la historia, N° Folios de la historia.

Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el jefe responsable del servicio de urgencias y/o hospitalización, lo que significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja , debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y N° de historia clínica respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio en la parte inferior derecha de la misma, por cada una de las páginas que contempla cada hoja.

Es de aclarar, que quien efectúa la primera anotación de cada hoja deberá seguir el consecutivo de numeración de folios según el orden cronológico.

En caso de historias provenientes de consulta externa, se debe verificar contra Registros Individuales de Prestación de Servicios, mediante el cual fueron entregadas.

4.7.4 Almacenamiento o archivo de la historia clínica. La institución dispone de un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico de la siguiente forma:

- **Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos, y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud del prestador, en los últimos 5 años y se conservará en el mismo hasta 20 años después de la última atención.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente

4.7.5 Condiciones físicas de conservación de la historia clínica. El archivo de historias clínicas se conservará en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Las historias clínicas se encuentran agrupadas en carpetas legajadas con gancho plástico. Las unidades de almacenamiento (carpetas) son elaboradas a base de cartulina que impida la acidificación por contacto.

Se utiliza estante fijo para la organización de las historias clínicas, y garantizar así manipulación de las mismas.

- **Aspectos Estructurales:** Se utilizará estantería con 1.90 metros de alto por 93 cms de ancho y 2.30 metros de alto, por 92 cms de ancho.

Los pisos, muros, techos y puertas están contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.

Las pinturas utilizadas tienen propiedades ignífugas, con el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.

- Capacidad de almacenamiento: Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta, La manipulación, transporte y seguridad de la documentación, según manual de gestión documental.

El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos que establezcan los procesos de retención y valoración documental.

4.7.6 Retención y tiempo de conservación. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención.

Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de las historias clínicas y el revisor fiscal o contralor del proceso. Documento debe ser remitido al IDS y a la Superintendencia Nacional de Salud.

4.7.7 Custodia de la historia clínica. La custodia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumplimiento los procedimientos de archivo.

El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

El acceso a la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El Equipo de Salud.
- Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

4.7.8 Consulta de documentos. La consulta de documentos en los archivos de gestión, por parte de otras dependencias o de los ciudadanos, se realiza permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte.

El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta.

Si el interesado desea que se le expidan copias, éstas deberán ser autorizadas por la subdirectora científica quien en caso de ausencia estará a cargo de la coordinadora del archivo clínico, y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado conforme a la Constitución o las Leyes.

4.7.9 Préstamo de documentos para trámites internos. En el evento que se requiera trasladar una historia clínica a otra dependencia en calidad de préstamo, el área solicitante diligenciará el Formato de Solicitud de historias, radicando en el área de recepción del archivo y registrando firma de recibido, fecha y hora. Los eventos considerados en éste ítem, corresponden a:

- Contestación de demandas, tutelas, requeridos por la Gerencia, Subdirección científica o área jurídica.
- Contestación de objeciones o glosas, requeridos por el área de auditoría de cuentas médicas.
- Proceso de atención en el servicio de urgencias o de hospitalización.
- Auditorías externas.

La solicitud se tramitará al interior del archivo, se efectúa el procedimiento de alistamiento de historias clínicas.

En caso de solicitudes de una sola historia se debe entregar inmediatamente, si es grupal máximo a las 12 horas.

Se procederá a efectuar entrega de la solicitud, verificando identificación completa de la historia clínica, número total de folios, nombre y cargo de quien retira la historia, fecha de préstamo y término perentorio para su devolución máximo 36 horas.

Vencido el plazo, el responsable del archivo clínico deberá hacer exigible su devolución inmediata y reportar a la sub dirección científica o al coordinador de servicios, para trámite de solicitud formal.

En caso de solicitud para atención de pacientes hospitalizados o de urgencias, el archivo efectuará el trámite de búsqueda y entregará la historia clínica en forma inmediata.

Todo traslado de la historia clínica debe quedar registrado en el tarjetón de reemplazo, en el que se debe ingresar número del documento del paciente, servicio y fecha en que se realizó el préstamo.

En el caso de devolución de la historia clínica, se debe recibir en el área de recepción del archivo verificando una a una las historias clínicas, sus folios para proceder a hacer el descargue.

El plazo máximo de préstamo de historias clínicas es de doce (12) horas y si es solicitada en caso de auditoría se prestará por un lapso de treinta y seis (36) horas.

4.7.10 Entrega de documentos de la historia clínica. En los casos en que el usuario requiere copias de documentos de la historia clínica, debe dirigirse al área de recepción del archivo y diligenciar el Formato de solicitud de historia clínica

El funcionario encargado debe verificar si la persona que solicita la historia tiene acceso a ella, según Resolución 1995/1999, en caso contrario, informe y oriente trámite que debe seguir el usuario para poder acceder a copia de historia clínica.

Se debe solicitar el diligenciamiento del respectivo formato en letra clara y legible, y tramitar la copia de la historia clínica en un plazo máximo de 48 horas después de la solicitud, en horario de 8:00-12:00 horas y de las 14:00 a 17:00 horas en el archivo clínico.

El procedimiento de entrega de documentos debe efectuarse mediante verificación del documento de identidad de quien reclama o solicita la historia y según el caso de la persona que fue autorizada, igualmente se debe verificar que el N° total de copias sea igual al N° Folios y posteriormente hacer entrega de la copia de la historia, registrando en el correspondiente libro: N° Historia clínica, Nombre del paciente, Documento solicitado, total de folios, firma en letra legible y clara, fecha y hora de recibido.

Para solicitud de entidades legales o judiciales establecidas en la norma, se debe requerir la carta de solicitud formal dirigida a la institución especificando el motivo del requerimiento, y verificar la fecha de la misma. En caso de paciente hospitalizado o del servicio de urgencias, se debe tramitar a través del jefe de enfermería, previa verificación de la solicitud del ente judicial.

En el caso de autorización a terceros para reclamar copia de la historia clínica, se debe solicitar carta de autorización firmada por el paciente, copia del documento de identidad del mismo y de quien reclama la historia.

Para pacientes menores de edad se les entregará únicamente a los padres y/o responsables presentando los documentos que así los acrediten.

Para solicitar la Historia Clínica de un usuario fallecido, se requiere:

- Fotocopia de la cedula del usuario fallecido
- Registro de defunción
- Fotocopia de la cedula de la persona que solicita la copia de la Historia Clínica
- Registro del parentesco con una declaración extrajuicio.

4.8 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

4.8.1 Funciones del comité de historias clínicas.

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- Elevar a la Gerencia y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

4.9 ORDENAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

Identificación

1 Epicrisis

Registro de urgencias

2 Ordenes medicas

3 Evolución

4 Interconsultas

5 Registros de laboratorios y exámenes paraclínicos

Consentimiento informado

Informe quirúrgico

6

Informe de anestesia

Hoja de enfermería del pre y pos operatorio

7 Tratamiento

8 Registro de procedimientos de enfermería para facturación

9 Controles especiales de enfermería y terapia respiratoria

Hojas de terapias (física - respiratoria etc.)

Hojas de asesorías

10 Registros de enfermería

Hojas clap (red perinatal)

Hoja de remisión

11 Hoja de trabajo social

NOTA: para las pacientes ginecoobstetricas la historia clínica del recién nacido debe ir a continuación en este orden:

Valoración del recién nacido y evolución

Huellas

12 Paraclínicos o reportes de laboratorio clínico del recién nacido

Registros de enfermería del recién nacido

Registro de nacidos vivo

5. REQUERIMIENTOS Y CAPACITACIÓN.

Todo el personal que labore en el servicio de archivo y personal externo de acuerdo a la pertinencia.

REVISIÓN

Indicación de la revisión que el Coordinador del servicio hace de los documentos en verificación de su apego a los objetivos del servicio de archivo del HEQC.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA DE VIGENCIA	AUTOR	VERSIÓN	RAZON DEL CAMBIO	REFERENCIA DE CAMBIO

Definiciones.

- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- **Racionalidad científica:** Se refiere a la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico, la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

3.1.3 Formular estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento estratégico. Actividad 1. Formular un plan de mejora. El plan de mejoramiento es el conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el sistema de control interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

De otra parte la búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles. El proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero.

Asimismo este proceso implica la inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, el mejoramiento de la calidad del servicio a los clientes, el

aumento en los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, y la inversión en investigación y desarrollo que permita a la empresa estar al día con las nuevas tecnologías.

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

Las ventajas que tiene el plan de mejoramiento es que:

1. Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
2. Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles
3. Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
4. Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
5. Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
6. Permite eliminar procesos repetitivos.

Las desventajas son:

1. Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
2. Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.
3. En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el
4. Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
5. Hay que hacer inversiones importantes.

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, Según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña:

1. Obtener el compromiso de la alta dirección.
2. Establecer un consejo directivo de mejoramiento.
3. Conseguir la participación total de la administración.
4. Asegurar la participación en equipos de los empleados.
5. Conseguir la participación individual.
6. Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).
7. Desarrollar actividades con la participación de los proveedores.
8. Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.

9. Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo.

Compromiso de la Alta Dirección:

El proceso de mejoramiento debe comenzarse desde los principales directivos y progresa en la medida al grado de compromiso que éstos adquieran, es decir, en el interés que pongan por superarse y por ser cada día mejor.

Está constituido por un grupo de ejecutivos de primer nivel, quienes estudiarán el proceso de mejoramiento productivo y buscarán adaptarlo a las necesidades de la compañía. (Ver anexo 4)

Actividad 2. Apoyar la construcción de las metas para el logro de la implementación de las GP 1000 y su acreditación estándares de direccionamiento 75 y gerencia 88/91.

La meta en su acepción más conocida y utilizada, sirve para que cualquier persona la utilice en orden a denominar la finalidad o el objetivo que se ha trazado a cumplir en esta vida; por ejemplo, un estudiante de leyes tendrá como meta la de recibirse de abogado, o en el caso de las empresas, organismos públicos y gobiernos, las metas son los logros involucrados con una temática en particular que se van proponiendo como parte integrante de su trabajo y responsabilidad en el día a día.

Y, en el caso de las empresas tiene una relación bastante cercana al caso de los gobiernos, ya que las instituciones empresariales también se plantean pasos a mediano y a largo plazo en orden al mantenimiento de la rentabilidad de su negocio. La meta de una empresa comercializadora de muebles de escritorio será vender y vender la mayor cantidad posible respecto del mes anterior, tomado como medida a superar. Esta meta se asociaría en lo posible con la menor inversión viable posible y el mayor ingreso por esas ventas, para permitir el crecimiento de la empresa como organismo y el bienestar laboral y financiero de sus trabajadores.

En tanto, metiéndonos un poco con el costado espiritual y que atañe a la personalidad también, que permite la consecución de una meta, nos encontramos con que es la constancia la mejor aliada a la hora de lograr el cumplimiento de cualquier meta, porque sin la inversión de mucho, mucho esfuerzo y que sea constante en el tiempo, será imposible el logro de cualquier meta, ya sea personal o social. El concepto de la perseverancia, el desempeño de alta calidad y la dedicación forman parte de los componentes indispensables para alcanzar esas metas u objetivos propuestos. Esta visión es aplicable a variados ámbitos, con especial hincapié en la actividad laboral o en la formación académica y estudiantil. (Ver anexo 5)

Actividad 3. Respaldo la elaboración de los indicadores para el seguimiento y medición del sistema gestión de calidad, enfocado en GP 1000 y su acreditación. La primera actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública tiene como objetivo primordial facilitar la interpretación e implementación de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, así como promover su implementación conjunta con el

Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Desarrollo Administrativo. Por tanto, esta actualización, no incluye nuevos requisitos ni reduce los de la versión 2004.

En este sentido, se precisa que la presente actualización introduce cambios para:
Aclarar los requisitos existentes en la primera edición de la norma (basados en la versión 2008 de la norma NTC-ISO 9001, la versión 2005 de la norma NTC-ISO 9000 y en las lecciones aprendidas durante un primer periodo de uso de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública), y Demostrar la compatibilidad entre el Sistema de Gestión de la Calidad y el Control Interno, resaltando los elementos comunes entre los dos sistemas. Bajo este enfoque de armonización entre los dos sistemas, la Norma en su versión 2009 incluye recuadros con orientaciones y recomendaciones sobre los aspectos comunes de los dos sistemas, los cuales se ilustran con el fin de promover su implementación de forma que se evite duplicar esfuerzos.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000: 2009, en la Nota 3 del numeral 1.1 de generalidades, dice: "De manera adicional, puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA).

Esto puede describirse brevemente como: Planificar. Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad.

Verifica. Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y/o servicios respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos, e informar sobre los resultados.

Actuar .Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.
En ese orden de ideas, el uso del ciclo PHVA no se constituye como un elemento obligatorio, pero indica que puede ser aplicado de manera adicional, siendo una herramienta de administración que facilita el desarrollo y realización de los diferentes procesos de una entidad.

Dentro de la actualización de la NTCGP a su versión 2009 se aclara que la entidad, de acuerdo con sus características, debe aplicar métodos que se consideren necesarios para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y medirlos cuando sea posible. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia). Tanto el seguimiento y la medición del impacto (efectividad) de la gestión, como el logro de los resultados planificados y el manejo de los recursos utilizados pueden realizarse por proceso, por conjunto de procesos o en forma global para el Sistema.

Frente a lo anterior es necesario resaltar la importancia que representa para la entidad el establecer una evaluación de eficacia, eficiencia y efectividad para sus procesos que demuestran el eje central de su operación (procesos misionales) y en aquellos que se

consideren necesarios (procesos de direccionamiento estratégico y de apoyo), es decir, que en los procesos de soporte cuya finalidad es el resultado y el manejo de recursos, lo ideal es que se utilicen indicadores que midan eficiencia y eficacia únicamente. Al determinar los métodos apropiados, es aconsejable que se considere el tipo y el grado de seguimiento o medición para cada uno de los procesos en relación con su impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio y sobre la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los indicadores como elemento de control, se entienden como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a medición, que permiten observar una situación y las tendencias de cambio sobre la misma, que se generan en una entidad; estas situaciones pueden estar referidas al logro de los objetivos y metas previstas, así como la verificación del cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio. Los indicadores están conformados por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Los Indicadores dentro del Sistema de Gestión de la Calidad son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos de la entidad. A partir del direccionamiento estratégico y de la caracterización de los procesos se diseñan los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

La utilidad de los indicadores como mecanismos de medición y evaluación de la gestión no radica en tener una determinada cantidad de ellos; el medir por medir no es útil, por esta razón para que el indicador arroje la información requerida es necesario definir qué se quiere medir y para qué, diseñar el indicador adecuado y analizar su resultado. Por lo cual, se recomienda que sean los ejecutores de los procesos los encargados de diseñar los indicadores, ya que al manejar el proceso son los más acertados para conocer qué se debe medir, cómo, dónde y cuándo se debe realizar la medición.

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

Número de usuarios atendidos o despachos realizados.

Actividades realizadas en un período de tiempo o cantidad producida.

Consumo de materiales o insumos.

Tiempos para la realización de actividades.

Tiempos muertos u ociosos.

Los indicadores no se construyen con una lluvia de ideas sino que se definen bajo el pensamiento estratégico de la entidad, el cual debe orientar el quehacer de cada uno de sus procesos y responsables de la gestión, se explica el modelo de la efectividad total. (Ver anexo 6)

4. DIAGNOSTICO FINAL.

En el desarrollo de la pasantía realizada en la dependencia de auditoría de calidad de la Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares, se generaron diversos procesos de conocimiento que contribuyeron en gran manera en la materialización de lo aprendido en el periodo académico recorrido, otorgando oportunidades constantes para exhibir la formación profesional integral recibida en el alma mater, mediante aportes significativos en la misión de cumplir la fase de implementación de la Norma Técnica Colombiana GP 1000 y su acreditación.

Al momento de ingresar a la oficina se evidencia un interés superlativo de parte de los distintos funcionarios que conforman el área de calidad, e integral el sistema integrado de gestión de calidad, existiendo una hoja de ruta compuesta por las fases de diagnóstico y diseño, a esperar de iniciar la implementación, contando con un equipo comprometido y dispuesto a alcanzar dicho cometido.

La fase de implementación, corresponde a la ejecución de todo lo planeado en la fase de diseño, en la medida que vaya siendo aprobado, con el fin de monitorear resultados y efectuar acciones de retroalimentación y así ajustar el SGC; en esta se realiza la divulgación y aplicación del soporte documental elaborado y se diligencian y conservan los registros que sirven como mecanismos de control y evidencia de ejecución de las actividades del proceso.¹⁴

La actividad de implementación del SGC permite que los ejecutores de los procesos lleven a la práctica lo establecido en los documentos elaborados, identificando si los mismos se ejecutan a los requerimientos específicos de la norma NTC GP 1000:2004, los requisitos legales, reglamentarios y de los usuarios.

Para ejecutar esta etapa se deben tener en cuenta las características propias de la entidad y los recursos existentes. En el SGC, la fase de implementación consiste en entender lo que se tiene que hacer (Conocimiento, competencia), aplicar lo que esta documentado y dejar evidencias (Los registros como elemento que soporta el resultado de los procesos).

Se debe realizar la disponibilidad de la documentación a todos los servidores públicos y capacitar al personal para su utilización de acuerdo con el plan de implementación.¹⁵

De tal manera se logra una articulación interdisciplinaria mediante el establecimiento de un sistema de procedimientos claro y eficaz, reuniendo los actores principales de las distintas dependencias de la ESE, formulando las metas para la implementación de la NTC GP

¹⁴ Gestión y Auditoría de calidad para la organizaciones públicas, Norma NTC GP 1000:2004, conforme a la Ley 872 de 2003, Grupo regional ISO, Facultad de ingeniería, Universidad de Antioquia. P 21.

¹⁵ Departamento Administrativo de la función pública Red Universitaria de Extensión en Calidad. [En línea] (Enero 7 de 2016), disponible en <http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrieve_publicaciones?no=556> p 1

1000:2004 y determinando las actividades a desarrollar para llevar a feliz término el objetivo propuesto.

Es importante destacar que durante el desarrollo de las diferentes actividades, se debe preparar continuamente a todo el personal en sensibilizarlos sobre acreditación y buenas prácticas en salud, pues finalmente son quienes potencian y edifican un ambiente de trabajo propositivo y receptivo para la construcción de la cultura organizacional, que nos es más que la traducción de los objetivos de la alta gerencia y de la intención de acreditación. Entonces este estricto programa de adecuación académico, logístico y estratégico se realiza para el logro de los objetivos trazados, este debe ser continuo y primordial, como si fuere la prestación de una atención a un usuario y que este se traduce en un servicio facturado y genera una rentabilidad económica y a la vez social.¹⁶

¹⁶ ESE HEQC primer informe del seguimiento al estándar de apoyo de acreditación. Febrero a mayo de 2015.

5. CONCLUSIONES.

Se realizó un diagnóstico general del proceso de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009, teniendo en cuenta las reglas y fundamento de la gestión y operación de una entidad, que tienda a la mejora continua mediante enfoque a los clientes, los principios de calidad, deben considerarse, ya que estos se despliegan a través de los distintos numerales de la norma y son el soporte para lograr el cumplimiento de los objetivos que persigue la norma NTCGP 1000:2004.

La organización adecuada de los procesos documentales con base en la Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009, se debe evidenciar en la implementación del Sistema, los cuales están en los procesos y procedimientos como la interrelación de estos. Para la información y atención de quejas o reclamos de los clientes se cuenta con el proceso de mejora continua y el procedimiento de la medición y control.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

6. RECOMENDACIONES.

Para lograr la confiabilidad, eficacia y eficiencia, es necesario implementar la Norma Técnica Colombiana GP 1000, el cual garantiza la adecuada distribución de los productos y servicio en la entidad prestadora de salud.

Se recomienda tener en cuenta los documentos necesarios y exigidos por la norma para cumplir con los requisitos de la Norma y así lograr la certificación. De igual forma es conveniente dar a conocer los procesos a los empleados de la empresa al igual que realizar la implementación, logrando una mayor confiabilidad, eficacia y eficiencia.

Es necesario formular e implementar estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento con el objetivo de optimizar los procesos en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares.

BIBLIOGRAFIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia, Edición Cupido. 1991

CONGRESO DE COLOMBIA. Código sustantivo del trabajo. Adoptado por el Decreto Ley 2663 del 5 de agosto de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo", publicado en el Diario Oficial No 27.407 del 9 de septiembre de 1950, en virtud del Estado de Sitio promulgado por el Decreto Extraordinario No 3518 de 1949. Ediciones norma. 2000. P 14

CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1122 de 2007. Cali Edición norma. p 53

ESE HEQC primer informe del seguimiento al estándar de apoyo de acreditación. Febrero a mayo de 2015.

FERNÁNDEZ HASTRE, Alfonso. Implantación de un sistema de gestión de calidad. Centro para la calidad en Asturias .Marzo 2007

GAVALDÁ, Jaime (1994). Colectividad: la mejora simultánea de la calidad y la productividad. Barcelona: Marcombo. p. 212.

Gestión y Auditoria de calidad para la organizaciones públicas, Norma NTC GP 1000:2004, conforme a la Ley 872 de 2003, Grupo regional ISO, Facultad de ingeniería, Universidad de Antioquia. P 21.

GÓMEZ GRAS, José María. Estrategias para la competitividad de las pymes. Editorial Mc. Graw Hill. España, 1997. Pp. 193.

JURAN, J. M. (s/f): Juran y el Liderazgo para la Calidad, Manual para Ejecutivos, E. Díaz de Santos S.A., España

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Por el cual se expide el Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio, el Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades extraordinarias que le confiere el numeral 15 del artículo 20 de la Ley 16 de 1968 y cumplido el requisito allí establecido. Edición lito imperio Ltda, Código de comercio. 2005. p 6.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010.

REFERENCIAS DOCUMENTALES ELECTRONICAS.

Departamento Administrativo de la función pública Red Universitaria de Extensión en Calidad. [En línea] (Enero 7 de 2016), disponible en <http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=556> p 1

<http://www.hospitaleqc.gov.co/historico/plataforma-estrategica/resena-historica.html>

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC GP 1000. Sistema gestión de calidad. 2009, disponible en http://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ntc-iso_1000-2009.pdf.

ANEXOS

Anexo A. Cuadros de diagnóstico del MECI.

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.			x	X	Folleto debidamente aprobado y socializado junto con acto administrativo. Debe ser actualizado por presentarse cambios en este importante documento, en la visión, misión, valores corporativos etc.
	Acto Administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la Entidad.			X	X	Con Resolución No. 0618 de Junio 04 de 2007 “Por el cual se adoptan el Código de Ética y Valores y el código del buen Gobierno de la Empresa Social del estado Hospital Emiro Quintero Cañizares del Municipio de Ocaña Norte de Santander” acto administrativo para actualizar
	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.			X	X	Documentos que tiene que ver al ingreso del funcionario en su inducción y reinducción. El Documento se encuentra publicado en la página Web de la ESE www.hospitaleqc.gov.co
	Manual de Funciones y Competencias Laborales.			X	X	Por el cual se ajusta el Manual de Funciones y Competencias Laborales de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña Norte de Santander.
	Plan Institucional de Formación y Capacitación			X	X	Resolución No. 652 del 23 Mayo 2008, Por el cual se adopta y el Plan de Capacitación e Incentivos y Estímulos para los servidores públicos de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares. Documento que debe ser actualizado
	Programa de Inducción y Reinducción realizado a los servidores vinculados a la Entidad.	X				

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No	Se encuentran	Está Documentado	Está Evaluado	
Desarrollo del Talento Humano	Programa de Reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o	X				
	Programa de Bienestar			X	X	En el Capítulo III Artículo 19 de Resolución No. 652 del 23 Mayo 2008, Por el cual se adopta y el Plan de Capacitación e Incentivos y Estímulos para los servidores públicos de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares., se encuentra lo concerniente al programa de bienestar Documento que debe ser actualizado.
	Plan de Incentivos.			X	X	En el Capítulo IV Artículo 23 de la Resolución No. 652 del 23 Mayo 2008, Por el cual se adopta y el Plan de Capacitación e Incentivos y Estímulos para los servidores públicos de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares., se encuentra lo concerniente al programa de incentivos Documento que debe ser actualizado.
	Procesos meritocráticos de cargos directivos (En					No Aplica
	Mecanismos de evaluación de desempeño acorde a la			X	X	Resolución No. 651 del 23 Mayo 2008, Por el cual se establece la Directriz de evaluación de desempeño laboral para los servidores públicos de la planta de personal de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares. Documento que debe ser actualizado
	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados			X	X	Existencia de documento que hace referencia a la misión, visión y objetivos institucionales debidamente divulgados.

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Planes, Programas y Proyectos.	Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios legales y de presupuesto			X	X	Documentos que se originan en las diferentes reuniones con el comité de participación comunitaria COPACO, en donde se revisan y se solucionan necesidades presentadas por los usuarios en cada sede como en la sede central.
	Planes Operativos con cronogramas y responsables			X	X	El Plan de Acción y Plan Operativo Anual POA, permite definir indicadores que facilitan el seguimiento y evaluación de las acciones de gobierno y sirven de guía para la toma oportuna de decisiones. En este se establecen las necesidades las áreas involucradas, responsables en el cumplimiento de las actividades señaladas en este.
	Fichas de Indicadores para medir el avance de la Planeación			X	X	La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares cuenta con los correspondientes indicadores, los cuales son utilizados para medir la gestión y el avance en lo planeado.
	Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas	X				
Modelo de Operación por Procesos	Caracterizaciones de Proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad			X	X	Se cuenta con la caracterización de la totalidad de los procesos identificados en el mapa de procesos, documento este que debe ser socializado a los funcionarios de la entidad.

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
<p>Modelo de Operación por Procesos</p>	Mapa de Proceso			X	X	Se cuenta con el correspondiente documento de mapa de procesos. Documento que debe ser actualizado y ajustado a las necesidades de la ESE.
	Indicadores por proceso para realizarla medición correspondiente	X				
	Actas de reuniones y otros soportes para revisiones	X				
	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos				X	La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares cuenta con los procedimientos necesarios para desarrollar sus actividades.
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.	X				
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles	X				

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Estructura Organizacional	Evidencias que soportes la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	X				
Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión				X	La ESE cuenta con las correspondientes fichas, el cual integra los indicadores, donde se registra y hace seguimiento a la gestión y cumplimiento de las metas del Plan de desarrollo presentado por la gerencia a la Junta.
	Cuadros de Control para seguimiento a los indicadores claves de los procesos			X		Se cuenta con una las Ficha Técnica de Indicadores" que contienen la información necesaria para el seguimiento de los indicadores de la gestión en la ESE. Documento que debe ser actualizado y ajustado a las necesidades de la ESE.
Políticas de Operación	Documento que contiene las Políticas de Operación	X				
	Actas u otros documentos que soporten la divulgación de las Políticas de Operación a todos los funcionarios	X				

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Administración de Riesgos	Definición desde la Alta Dirección de la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo					Las Políticas de Administración de Riesgos se encuentran definidas en cada uno de los Mapas de Riesgos por Proceso identificados y administrados por cada Líder de Proceso
	Mapas de Riesgos por Proceso				X	Se cuenta con los respectivos Mapas de Riesgos de los Procesos que conforman el mapa de procesos de la ESE Hospital E.Q.C.. Documento que debe ser actualizado y
	Mapa Institucional de Riesgos				X	Se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción institucional publicado en la dirección de la página en Internet www.hospitaleqc.gov.co , link control interno, mapa de riesgo.
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los Mapas de Riesgos a todos los funcionarios de la entidad.				X	Se cuenta con los registros de asistencia a los talleres desarrollados, con el objetivo de identificar, analizar y valorar los riesgos.
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los Riesgos				X	Se levanta acta del seguimiento y monitoreo a los controles y acciones de mejoramiento identificados en los mapas de riesgos.

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Autoevaluación Institucional	Documentos sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos		X			
	Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación		X			
	Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados		X			
	Informes sobre análisis de los indicadores por proceso		X			
	Informes de Gestión por procesos		X			

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Auditoria Interna	Informes pormenorizados de la vigencia			X	X	La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares pública en su página Web www.hospitaleqc.gov.co publica cada cuatro meses en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 los informes pormenorizados de las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno.
	Resultados Informe Ejecutivo anual realizado ante el DAFP			X	X	Según el Resultado del Informe Ejecutivo Anual presentado ante el DAFP la ESE Hospital E.Q.C. tiene un indicador de madurez MECI del 61.75%.
	Procedimiento para Auditoria Interna			X	X	Procedimiento Programación y Ejecución de Auditorias de Gestión..
	Programa Anual de Auditorias aprobado			X	X	Anualmente se elabora un Programa de Auditoria el cual es presentado a la gerencia para su aprobación quien hace las respectivas observaciones y aprobación del mismo.
	Informes de Auditorias realizadas			X	X	Las auditorias se realizan con fundamento en la planeación realizada en el Programa de Auditorías para cada vigencia.
	Informes ejecutivos de Seguimiento				X	Anualmente la ESE Hospital Emiro quintero Cañizares, presenta electrónicamente la Encuesta MECI así como el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, como puede evidenciarse en el certificado de recepción de información del DAFP

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Plan de Mejoramiento	Herramienta definida para la construcción del Plan de Mejoramiento		X			
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento		X			
	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía		X			

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Información y Comunicación Externa	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad				X	La ESE Hospital E.Q.C. desarrolla de manera mensual reuniones con los Comités de Participación comunitaria (COPACO) con participación de la ciudadanía y eps que contratan con esta entidad, como mecanismos de participación, generando así que la comunidad priorice, transmitiendo necesidades de acuerdo a la disponibilidad del presupuesto.
	Publicación en página Web de la información relacionada con la planeación institucional.				X	La ESE Hospital Emiro quintero Cañizares, cuenta con un link en donde se ha publicado toda la información relacionada con la Planeación. Web www.hospitaleqc.gov.co link planeación.
	Publicación en la página Web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos				X	De acuerdo a la Ley Anti trámites los formularios oficiales para realizar trámites ante la entidad, están publicados en la página web de la ESE, link “quejas y reclamos”.
	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.		X			
	Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de		X			
	Publicación en la página Web de los resultados de la última Rendición de Cuentas realizada		X			

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
	Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la Rendición de Cuentas)				X	Se publico en el pagina Web de la ESE www.hospitaec.gov.co link "Información Corporativa".
Información y Comunicación Interna	Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios				X	Por medio del correo interno o buzón de sugerencias, en donde se pueden realizar y recibir las sugerencias y comentarios.
	Tablas de Retención Documental		X			
	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados				X	En la página de la ESE. Se encuentran publicados los documentos de Sistema de Gestión de Calidad que incluye Manuales, Procedimientos, Instructivos, Formatos así como algunos documentos de capacitaciones y actos administrativos de interés general.
	Política y Plan de Comunicaciones,	X				
	Matriz de Responsabilidades	X				
	Sistema de Información para el Proceso Documental Institucional		X			La ESE Hospital E.Q.C. está analizando diferentes opciones para la adquisición de un software que le permita desarrollar las actividades del Proceso Gestión Documental y que se ajuste a la normatividad vigente.

Elemento de Control	Productos Mínimos	ESTADO				Evidencia Encontrada
		No Existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Está Evaluado y Revisado	
Sistemas de Información y Comunicación	Sistema de Información para la atención de las peticiones, quejas, reclamos o recursos de los				X	De acuerdo a la Ley Antitramites los formularios oficiales para las correspondientes quejas y reclamos se encuentran publicados en la página web
	Sistemas de Información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros				X	La ESE Hospital E.Q.C. cuenta con diferentes sistemas de información que le permiten gestionar los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financiero.
	Página Web				X	Se cuenta con la Página Web http://www.hospitaleqc.gov.co
	Punto de Atención al Usuario				X	Existe la oficina del "SIAU", Sistema de Información y Atención al Usuario la cual se fortaleció, Oficina que funciona de manera eficiente en el primer piso de esta empresa, en donde se vienen atendiendo a los diferentes usuarios
	Medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales,		X			

Fuente. MAIRA LORENA SEPUELVEDA PAEZ. Contratista

Anexo B. Estándares de gerencia (GER)

ESTANDAR CALIDAD ESPERADA	CUMPLE	CUMPLE	OBSERVACIONES
<p>"Estándar 88. Código: (GER1): Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos."</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> "• Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas. • La descripción del proceso de atención al cliente." 	X		<p>El documentos existe pero falta revisar.</p> <p>Falta socializar con los empleados</p> <p>No se encontraron evidencias en el SIAU</p>
<p>Estándar 89. Código: (GER. 2): La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>		X	<p>Se deben crear los documentos</p> <p>Socializar y evaluar los procesos</p> <p>Buscar las evidencias necesarias para cada proceso</p>
<p>Estándar 90. Código: (GER. 3): Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	X		<p>Los documentos existen pero se debe revisar, y verificar si están socializados</p> <p>Evidenciar las políticas de calidad</p>

<p>Estándar 91. Código: (GER. 4): La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:</p> <p>Criterios</p> <p>"• Responde a una política organizacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora." 	<p>X</p>		<p>Se debe revisar el documentar con la norma fundamental y verificar si esta socializado</p> <p>Es necesario evidenciar el mapa de riesgo</p> <p>Plan de mejoramiento</p> <p>Guía de mapa de riesgos.</p>
---	----------	--	--

Fuente. Pasante.

Anexo C. Plan de mejoramiento.



QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	OBSERVACIONES
Alinear los factores claves de éxito de la organización, información, satisfacción del personal y seguridad en el desempeño de los procesos.	Identificar cuáles son los factores claves de éxito.	Gerente y directivos.	Mayo de 2016.	Hospital Emiro Quintero Cañizares.	Es necesario realizar constantes estudios sobre la satisfacción de los clientes internos y externos y así diseñar estrategias para mejorar las falencias encontradas.
Identificar estrategias para implementar las políticas de responsabilidad social.	Reunir el cuerpo directivo para una puesta en común, de los procesos, como también identificar las dificultades que se deben resolver.	Gerente y directivos.	Febrero de 2016	Hospital Emiro Quintero Cañizares.	Se debe tener en cuenta el recurso humano existente en el Hospital Emiro Quintero Cañizares, para vincularlos con los procesos llevados a cabo en la entidad y así buscar soluciones a las dificultades que se presentan a diario.

<p>Actualizar la misión, visión, manual operativo, mapa de procesos, mejorar el direccionamiento estratégico a partir de la autoevaluación del sistema de gestión de la organización frente a los estándares del sistema, único de actividades.</p>	<p>Se debe reestructurar la misión, visión, manual operativo, mapa de procesos con un modelo apropiado que permita evaluar su coherencia con los cambios del entorno, permitiendo conocer cuál es la razón social y la orientación del trabajo al futuro.</p>	<p>Coordinador administrativo y gerente</p>	<p>Abril de 2016</p>	<p>Hospital Emiro Quintero Cañizares.</p>	<p>El objetivo principal de estas herramientas es tener una dirección clara sobre qué medidas se van a tomar para cada clase de problema. Después de seleccionar un tema, deben identificarse las causas y los efectos. Este es el paso más importante del proceso, ya que en él se identifica la causa raíz del problema y se muestra lo que es necesario cambiar. En el proceso de resolución de problemas es muy importante examinar los resultados de acuerdo con las causas, identificando de ese modo la relación causa-efecto.</p>
---	---	---	----------------------	---	---

Fuente. Pasante.

Anexo D. Metas.

Garantizar la satisfacción de la prestación del servicio de los usuarios mediante la atención correcta y oportuna en los distintos procesos desarrollados en la Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares, en la sala de urgencias, así como e cada una de sus dependencias.

Establecer un modelo sistemático de acción permanente realizado con el fin de aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño, en un proceso de mejora continua, que oriente la intensión global y orientación relativa a la calidad tal como se expresa formalmente por la alta dirección.

Implementar un sistema con los procedimientos de control de documentos, de requisitos, de servicios y productos no conformes, auditoria interna, acciones correctivas y acciones preventivas, que logren dar cumplimiento a los objetivos instituciones y permitan asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos.

Fuente. Pasante.

Anexo E. Indicadores.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

INFORME A REPORTAR DE INDICADORES DE CALIDAD EN I.P.S. PUBLICAS DE NORTE DE SANTANDER

NOMBRE I.P.S. REPORTANTE: E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

SEGUNDO TRIMESTRE 2015

COD.	INDICADOR	DETALLE INDICADOR	2do Trimestre 2015	
			Valor Detalle	Valor Indicador
I.1.1.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	81.760	5,177960735
		Número total de citas Medicina General	15.790	
I.1.2.1	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	23.334	14,69395466
		Número total de citas Medicina Interna	1.588	
I.1.2.2	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Gineco-obstetricia	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	16.296	7,53746531
		Número total de citas Ginecología	2.162	
I.1.2.3	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	5.312	5,054234063
		Número total de citas Pediatría	1.051	
I.1.2.4	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	10.779	9,56433008
		Número total de citas Cirugía General	1.127	
I.1.3.0	Proporción de Cancelación	Número Total de Cirugías	32	0,037470726

	en la cirugía programada	canceladas		
		Número Total de Cirugías Programadas	854	
I.1.4.0	Oportunidad en la Atención de Urgencias	Sumatoria total de minutos de espera entre la solicitud y la atención	535.800	36,42172524
		Número Total Usuarios atendidos por Urgencias	14.711	
I.1.5.0	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Sumatoria total de días de espera entre la solicitud y la atención	11.763	1,413652205
		Número Total Servicios de Imagenología	8.321	
I.1.6.0	Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Sumatoria total de días de espera entre la asignación y la atención	2.197	0,962330267
		Número total de consultas odontológicas	2.283	
I.1.7.0	Oportunidad en la realización de la cirugía programada.	Sumatoria total de días de espera entre la solicitud y la atención	11.766	14,31386861
		Número Total de Cirugías Prog. Realizadas	822	
I.2.1.0	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Número total de pacientes Reingresados antes de 20 días por igual causa	26	0,009651076
		Número Total de egresos vivos	2.694	
I.3.1.0	Tasa de mortalidad intrahospitalaria Antes de 48 horas.	Número de Muertes en Hospitalización	11	0,004044118
		Número de Pacientes Hospitalizados	2.720	
I.3.1.0	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.	Número de Muertes en Hospitalización	15	0,005514706
		Número de Pacientes	2.720	

		Hospitalizados		
1.3.2.0	Tasa de infección intrahospitalaria	Número de Pacientes con infección Nosocomial	0	0
		Número de Pacientes Hospitalizados	2.720	
1.3.3.0	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número Total de eventos adversos detectados y gestionados	22	1
		Número Total de eventos adversos detectados	22	

Fuente. Pasante.