	<b>UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA</b>			
	<u>Documento</u>	<u>Código</u>	<u>Fecha</u>	<u>Revisión</u>
	<b>FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO</b>	<b>F-AC-DBL-007</b>	<b>10-04-2012</b>	<b>A</b>
<u>Dependencia</u>	<u>Aprobado</u>		<u>Pág.</u>	
<b>DIVISIÓN DE BIBLIOTECA</b>	<b>SUBDIRECTOR ACADEMICO</b>		<b>1(57)</b>	

### RESUMEN - TESIS DE GRADO

<b>AUTORES</b>	<b>JOSE ROMERO ROBLES</b>		
<b>FACULTAD</b>	<b>CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS</b>		
<b>PLAN DE ESTUDIOS</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS</b>		
<b>DIRECTOR</b>	<b>JESSICA ROMERO ALVAREZ</b>		
<b>TÍTULO DE LA TESIS</b>	<b>MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS, FONSECA, LA GUAJIRA</b>		
<b><u>RESUMEN</u></b> <b>(70 palabras aproximadamente)</b>			
<p>EN EL SIGUIENTE TRABAJO DE GRADO MODALIDAD PASANTÍAS SE PLANTEÓ UN PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA ISO 9001;2008 EN SALUD EN LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS EN FONSECA LA GUAJIRA DE LAS CUALES SE ENCUENTRAN HABILITADAS CON LA ANTERIOR NORMATIVIDAD MENCIONA.</p> <p>PARA ESTE TRABAJO SE DISEÑÓ UN SISTEMA DE CALIFICACIÓN QUE PERMITIÓ MEDIR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS PARA CADA ESTÁNDAR Y SE REALIZARON OBSERVACIONES A LAS CUALES DIO UNA CALIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL GRADO DE PRIORIZACIÓN</p>			
<b><u>CARACTERÍSTICAS</u></b>			
<b>PÁGINAS: 57</b>	<b>PLANOS:</b>	<b>ILUSTRACIONES: 5</b>	<b>CD-ROM: 1</b>



**MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, EN LOS  
PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS,  
FONSECA, LA GUAJIRA**

**JOSE ROMERO ROBLES**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA  
FACULTAD DE ADMINISTRATIVAS ECONOMICAS  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
OCAÑA  
2015**

**MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, EN LOS  
PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS,  
FONSECA, LA GUAJIRA**

**JOSE ROMERO ROBLES**

**Trabajo de Grado, modalidad pasantía, para obtener el título de Administrador de  
Empresas**

**Director  
JESSICA ROMERO ALVAREZ  
Administrador de empresas**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA  
FACULTAD DE ADMINISTRATIVAS ECONOMICAS  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
OCAÑA  
2015**

## CONTENIDO

	Pág.
<u>INTRODUCCION</u>	12
<u>1. MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS FONSECA, LA GUAJIRA</u>	13
1.1 <u>DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA</u>	13
1.1.1 Misión	13
1.1.2 Visión	13
1.1.3 Objetivos de la empresa.	13
1.1.4 Descripción de la estructura organizacional	14
1.2 <u>DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DEPENDENCIA ASIGNADA</u>	14
1.2.1 Planteamiento del problema	15
1.3 <u>OBJETIVOS DE LA PASANTÍA</u>	16
1.3.1 General	16
1.3.2 Especifico	16
1.4 <u>LA DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN MISMA</u>	16
2. <u>ENFOQUES REFERENCIALES</u>	18
2.1 <u>ENFOQUE CONCEPTUAL</u>	18
2.1.1 Calidad	19
2.1.2 Sistema de calidad	19
2.1.3 Gestión de calidad	19
2.1.4 Principios generales de la Gestión de Calidad	19
2.1.5 Mejora continua	19
2.1.6 Empresa de servicios públicos	20
2.1.7 Empresa	20
2.1.8 Principios de la auditoria	20
2.1.9 Niveles de la Auditoria	21
2.1.10 Acciones de la auditoria	22
2.2 <u>ENFOQUE LEGAL</u>	24
2.2.1 Constitución política de Colombia de 1991	24
2.2.2 Código de Comercio	24
2.2.3 Ley 100 de 1993	25
2.2.4 Norma Técnica Colombiana ISO 9001	26
2.2.5 Estructura de la ISO 9001; 2008	27
2.2.6 Sistema de gestión de calidad	27
3. <u>INFORME DEL CUMPLIMIENTO DEL TRABAJO</u>	30
3.1 <u>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</u>	30
3.1.1 Hacer un diagnóstico inicial que permita observar la situación de la IPS, con relación del estado del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001;2008..	30

3.1.2 Planear el sistema de gestión de calidad mediante el establecimiento de la política y objetivos de calidad, definición del alcance y exclusiones del SGC para la construcción del plan de mejoramiento.	36
3.2 <u>PLANEAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS Y ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL S.G</u>	37
3.2.1 Planeación del Sistema de Gestión de Calidad	37
3.2.2. Definición del alcance, exclusiones, políticas y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad	38
3.2.3 Identificar e interactuar los procesos de la IPS	39
3.1 <u>REALIZAR EL PLAN DE MEJORA Y SEGUIMIENTO DEL MISMO QUE PERMITA OBSERVAR LOS AVANCES OBTENIDOS EN LA IPS</u>	41
3.3.1 Evaluación del sistema de gestión de calidad de la IPS.	41
3.3.2 Realización de una auditoría para verificar el cumplimiento de los requisitos y procedimientos de la IPS	41
4. <u>DIAGNOSTICO FINAL</u>	44
5. <u>CONCLUSIONES</u>	45
6. <u>RECOMENDACIONES</u>	46
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	47
<u>ANEXOS</u>	48

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Estructura Organizacional	14
<b>Figura 2.</b> Fortalezas y debilidades del diagnóstico inicial	36
<b>Figura 3.</b> Responsables del desarrollo del S.G.C	38
<b>Figura 4.</b> Mapa de procesos	39
<b>Figura 5.</b> Programa de auditoria.	41

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
<b>Cuadro 1.</b> Matriz DOFA	15
<b>Cuadro 2.</b> Descripción de las actividades	17
<b>Cuadro 3.</b> Norma ISO 2008	29
<b>Cuadro 4.</b> Lista de chequeo del diagnóstico inicial.	31
<b>Cuadro 5.</b> Grado de cumplimiento parcial	37
<b>Cuadro 6.</b> Grado de cumplimiento del S.G.C	37
<b>Cuadro 7.</b> Descripción de los procesos	40
<b>Cuadro 8.</b> No conformidades encontradas.	42
<b>Cuadro 9.</b> Plan de mejora	44

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Formatos	49
<b>Anexo B.</b> Evidencia fotográfica	55



## **RESUMEN**

En el siguiente trabajo de grado modalidad pasantías se planteó un plan de mejoramiento para el cumplimiento de la gestión de calidad según la norma técnica colombiana ISO 9001;2008 en salud en la fundación vida con amor IPS en Fonseca la guajira de las cuales se encuentran habilitadas con la anterior normatividad menciona.

Para este trabajo se diseñó un sistema de calificación que permitió medir el grado de cumplimiento de los criterios para cada estándar y se realizaron observaciones a las cuales dio una calificación de acuerdo con el grado de priorización, para la cual, se realizo la normativa actual que posee la IPS en un formato de check list.

Se desarrollaron unas actividades que permiten ejecutar el plan de mejoramiento por el cual se logro evidenciar entre otras, un grado de diferencia en el cumplimiento de los estándares de calidad, con lo que se ratifica que el hecho que una institución este certificada, no garantiza el cumplimiento de los criterios para los estándares de calidad de la habilitación.

## INTRODUCCIÓN

La Gestión de calidad a través del tiempo ha evolucionado al unísono con los cambios y modificaciones tanto tecnológicas como organizacionales que han sufrido las empresas en el transcurso del siglo anterior y lo que va del presente.

Por lo anterior, procesos de globalización que s viven en la actualidad, la competencia creciente y agresiva, están generando nuevas reglas de juego en los mercados; por lo que hoy en día no se compite sólo con empresas nacionales sino con empresas globales de grandes economías de escala, poder de mercado y acceso a alta tecnología, creando en las organizaciones la necesidad de fijar metas en pro de una filosofía de calidad.

Es por eso que, realización del trabajo de grado en la modalidad pasantías se busca poner en práctica lo aprendido en cada una de las asignaturas desarrolladas a lo largo de los diez semestres durante la formación profesional que se recibió en la Universidad Francisco de Paula Santander Seccional Ocaña, par así poder aplicar estos conocimientos y habilidades en la experiencia tanto profesional como personal que se necesita para el buen y correcto desempeño de la labor profesional como contadores públicos.

Por último, el plan de trabajo se convierte en una herramienta fundamental porque en él se muestran y se especifican los datos más importantes para conocer el lugar en donde se realizan las pasantías, cuál es su estructura y la actividad o actividades que desempeña. Este es el primer paso a seguir para dar por culminada esta primera etapa de formación académica profesional, y cumplir con una meta más para nuestro crecimiento no solo en el campo profesional sino también en lo personal .Aplicare mis conocimientos adquiridos en mi carrera para así adquirir experiencia profesional y llevarlos a cabo con en fundación vida con amor IPS, en Fonseca, La Guajira

# **1. MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS, FONSECA, LA GUAJIRA**

## **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA**

FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS , es una fundación sin ánimo de lucro creada en el año 2006, presta servicio de rehabilitación integral que detecta promueve y determina alteraciones de tipo funcional y desarrollo de los campo físicos, cognitivos, fonológico, auditivo, comportamental y social en población con difusión neurológica mejorando calidad de vida, igualdad de oportunidades y completa participación a nivel individual corporal y social a nivel de su funcionamiento impactando la función / estructura generando capacidad de ejecución de actividades y una buena participación disminuyendo a nivel de discapacidad la deficiencia, la limitación en la actividad y restricciones en la participación de los individuos.

**1.1.1 Misión.** Somos la Fundación Vida con Amor IPS, institución sin ánimo de lucro que presta servicios de rehabilitación integral y promoción en salud a la población con necesidades especiales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida

**1.1.2. Visión.** La Fundación Vida con Amor IPS, se consolidará en el año 2015 como una institución con enfoque social y reconocida por el liderazgo en procesos de rehabilitación neurológica integral y calidad de la atención en el Cesar y La Guajira

**1.1.3 Objetivos de la Empresa.** Prestar un servicio integral de salud de manera eficaz y oportuna priorizando de antemano las necesidades del usuario con el fin de contribuir al menester de la comunidad utilizando los recursos disponibles para promover la salud y prevenir las enfermedades.

Brindar servicios con eficiencia, eficacia y calidad, incorporando un equipo de salud orientado a satisfacer las necesidades de los usuarios.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de promoción y prevención integral en salud.

Dar cumplimiento a toda la reglamentación en salud vigente con base en el marco.

legal establecido en las leyes, así como en todos los decretos, resoluciones y normas que la amplíen o modifiquen.

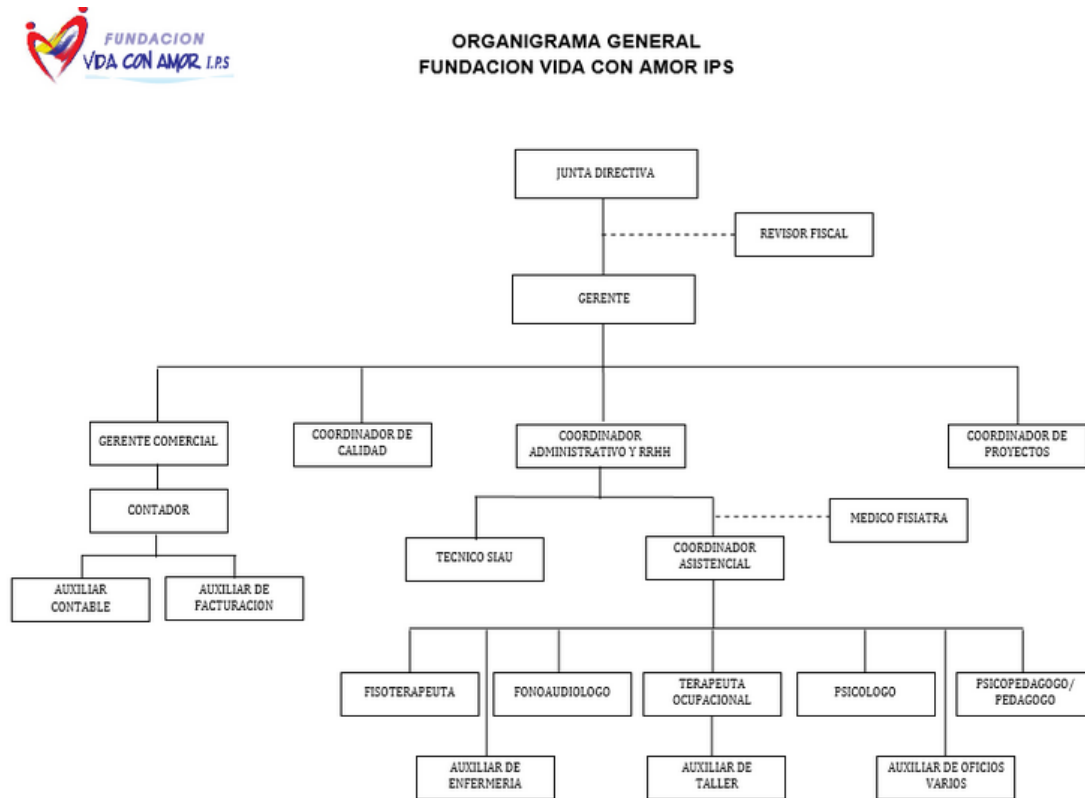
Desarrollar y fortalecer nuestros servicios en las áreas de planificación familiar y salud sexual y salud reproductiva.

Mantener la solidez financiera institucional, para el desarrollo de programas y proyectos innovadores, en concordancia con la transparencia y ética que siempre nos ha caracterizado

Fortalecer nuestra presencia, a través de la investigación, el adiestramiento y la asistencia técnica en el desarrollo de programas de planificación familiar y salud sexual y salud reproductiva.<sup>1</sup>

### 1.1.4 Estructura Organizacional

Figura 1. Estructura Organizacional



2

Fuente: pagina de la fundacion

### 1.2 DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA ASIGNADA

Al realizar una inducción en la cual se explica los procedimientos que se llevan en dicha dependencia en cuanto a la preparación y elaboración de la información en cuanto a la gestión administrativa y de calidad de los diferentes servicios allí realizados, el trabajo a seguir, la forma en que se deben realizar dichas labores y el manejo de la documentación que aquí se lleva, se establecieron los planes a seguir durante los primeros días de trabajo y se comenzó con la realización de las actividades que se habían encomendado, en cuanto a la parte física se determina que las instalaciones en la cual se encuentra ubicada la oficina

<sup>1</sup> <http://www.fundacionvidaconamoraellos.org.co/mision-y-vision.html>

<sup>2</sup> <http://www.fundacionvidaconamoraellos.org.co/index.html>

cuenta con una iluminación adecuada, un ambiente de trabajo agradable, equipos de oficina y computo en buen estado.

**Cuadro 1.** Matriz DOFA

<b>Factores internos</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>Factores externos</b>	F1. Adecuado clima organizacional F2. Recurso humano F3. Equipos de oficina y laboratorio	D1. Desactualización D2. Ubicación y organización de archivo. D3. Temperatura D4. Planta física
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS – FO</b>	<b>ESTRATEGIAS – DO</b>
O1. Reconocimiento e imagen en la región O2. Ubicación geográfica O3. Colaboración de pasantes.	O1,F2,F3. Seguir compitiendo de manera leal, manteniendo los precios del servicio, calidad del recurso humano que tiene la IPS	O3,D1. Aprovechar la asistencia de pasantes a la IPS, con el fin de dar paso a la realización de proyectos que aumente la eficacia en la empresa.
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS – FA</b>	<b>ESTRATEGIAS – DA</b>
A1. Situación de orden público en la región. A2 . Olvido de las esferas gubernamentales. A3. Traspapeleo de documentos	A2,F2. Gestionar recursos ante el gobierno con el fin de aumentar los ingresos y de esta manera mantener el precio del servicio, buscando reducirlo en los servicios que se puedan. A1.F2. Capacitar al recurso humano en las diferentes etapas en que se encuentre la empresa con el fin de crear conciencia y sentido de pertenencia.	D1,A2. Actualizar los manuales existentes e implementar los que faltan, con el fin de dar cumplimiento a las exigencias de gobierno y de igual manera exigir se cumplan sus ofrecimientos. D4, A3. Ayudar a organizar y controlar los documentos de la empresa aprovechando la capacidad de la planta.

Fuente: autor del proyecto

**1.2.1 Planteamiento del problema.** Los problemas que aquejan a la administración pública en Colombia son de nunca acabar, muchos entes territoriales en especial las administraciones municipales se ven sometidas a malas administraciones y planeaciones por los mandatarios, que muchas veces se ven obligados a procesos de liquidatorio consagradas en la llamada ley 550 o ley de quiebra que somete a estas entidades aun proceso de reestructuración de pasivos y acuerdos con los acreedores para poder sanear las

finanzas municipales, poder lograr que estas entidades del orden municipal logren cumplir para la labor que fueron designadas por las normatividades.

La mejora continua del Sistema de gestión en una institución prestadora de salud o llamadas IPS, se articula utilizando diversas herramientas de gestión, enlazadas de forma lógica, que configuran un ciclo sin fin que permite a esta entidad actuar reactiva y proactivamente para mejorar el sistema de gestión, esto se adquieren con unas Políticas de Empresa, basada en documentos donde Gerencia define su intención y orientación deseada para a la empresa

Por ultimo para logra esta gestión de calidad en esta entidad prestadora de salud unos Planes de Acciones, incluyen acciones para conseguir los Objetivos de Empresa, Revisión del Sistema de gestión: reuniones planificadas donde se analizan los resultados obtenidos y se toman decisiones al más alto nivel como: actualizar la Política de Empresa, establecer Objetivos de Empresa, establecer planes de acciones para conseguir los objetivos, modificar partes del sistema de gestión.

### **1.3 OBJETIVOS DE LA PASANTÍAS**

**1.3.1 General.** Mejorar el sistema de gestion de calidad, en los procesos administrativos de la fundación vida con amor ips, fonseca, la guajira

**1.3.2 Específicos.** Hacer un diagnóstico inicial que permita observar la situación de la IPS, con relación del estado del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001;2008.

Planear el sistema de gestión de calidad mediante el establecimiento de la política y objetivos de calidad para la construcción del plan de mejoramiento.

Realizar el seguimiento del plan de mejoramiento que permita observar los avances obtenidos en la IPS.

### **1.4 DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

A partir del siguiente cronograma de actividades establecido en común acuerdo por las directivas de FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS y el pasante actual, se delimitaron las tareas a desarrollar durante el tiempo estipulado para su alcance, entre las cuales se mencionan las siguientes:

Cuadro 2. Descripción de las actividades

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>ACTIVIDADES PARA HACER POSIBLE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>
<b>MEJORAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LA FUNDACION VIDA CON AMORIOS, FONSECA LA GUAJIRA</b>	Hacer un diagnóstico inicial que permita observar la situación de la IPS, con relacionando del estado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001;2008	Elaborar una lista de chequeo para comparar los requisitos de la norma con la IPS  Determinar el grado de cumplimiento del S.G.C	EJECUTADO
	Planear el sistema de gestión de calidad mediante el establecimiento de la política y objetivos y alcance y exclusiones del S.G.C	Definir alcance, exclusiones, políticas y objetivos del S.G.C  Identificar e interactuar los procesos de la IPS	EJECUTADO
	Realizar un plan de mejora y seguimiento del mismo que permita observar los avances obtenidos en la IPS.	Evaluar el sistema de gestión de calidad en la IPS Hacer una auditoria para verificar el cumplimiento de los requisitos y procedimientos de la IPS Ejecutar el plan de mejora para dar seguimiento a los hallazgos encontrado	EJECUTADO

Fuente: autor del proyecto

## 2. ENFOQUES REFERENCIALES

### 2.1. ENFOQUE CONCEPTUAL

Una Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS, es un institución oficial, mixta, privada, comunitaria y solidaria, (Hospitales, Laboratorios, Centros de Diagnósticos, Centros Médicos, Consultorios) organizada para la prestación de servicios de salud a los afiliados del Sistema de Seguridad Social en salud, en su nivel de atención correspondiente, las IPS pueden hacer parte de las EPS (Entidades Promotoras de Salud) que son las encargadas de la afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones por delegación del FOSIGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), su función básica será organizar directa o indirectamente la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados dentro de los términos en la ley 100 de 1993.<sup>1</sup>

Simplemente las IPS pueden estar adscritas a las entidades que manejan y ofrecen los servicios de salud que son el conjunto de acciones interrelacionadas o no, que buscan satisfacer de una manera óptima las necesidades esenciales y las expectativas de la población en el desarrollo, conservación y recuperación de la salud, valorados por un Médico General profesional de la salud por excelencia, que de acuerdo con la ley se constituya en la base motor del plan de salud como puerta de entrada al sistema de procesos interconectados, diseñados para satisfacer las expectativas de los clientes, basándose en el plan obligatorio de salud (POS) ya sea subsidiada o contributivo, que el conjunto de servicios de atención en salud a que tienen derecho los que gozan de reconocimiento económicos y en caso de necesitados serán subsidiados por el estado. Las IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) debe contar con una infraestructura, recursos físicos, humanos, materiales, administrativos y de información necesaria para prestar un servicio, a la vez contar con Gestión de Calidad, función general que determina y establece la política de calidad de un Empresa, que es la actividad económica organizada para la producción, transformación, circulación, administración o custodia de bienes o prestación de servicios para la promoción de la salud que es el conjunto de actividades y programas encaminados al cuidado de la edad, raza, sexo y creencias.

Así mismo, el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sectorsalud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. De igual manera, explica las características que deben tener las instituciones prestadoras de salud para poder formar parte del Sistema de Seguridad Social.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío. La organización de la salud en Colombia. (online). 1 ed. [Medellín]: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2009 [citado 26 abr., 2013]. Disponible en: [http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/La\\_organizacion\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Colombia\\_2009.pdf](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/La_organizacion_de_la_salud_en_Colombia_2009.pdf)



**2.1.1 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.

**2.1.2 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

**2.1.3 Gestión de calidad.** La gestión de calidad constituye uno de los factores claves para que una organización logre sus objetivos. Según la Norma ISO 9001-2000, la Gestión de Calidad se define como las actividades coordinadas para dirigir y controlar los aspectos relativos a la calidad en una organización.

**2.1.4 Principios generales de la Gestión de Calidad.** 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. 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. 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. 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. 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. 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. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información. 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.

**2.1.5 Mejora continua.** El proceso de mejora continua es un concepto del siglo XX que pretende mejorar los productos, servicios y procesos. Postula que es una actitud general que debe ser la base para asegurar la estabilización del proceso y la posibilidad de mejora. Cuando hay crecimiento y desarrollo en una organización o comunidad, es necesaria la identificación de todos los procesos y el análisis medible de cada paso llevado a cabo. Algunas de las herramientas utilizadas incluyen las acciones correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción en los miembros o clientes. Se trata de la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las 29 organizaciones. En el caso de empresas, los

sistemas de gestión de calidad, normas ISO y sistemas de evaluación ambiental, se utilizan para conseguir calidad total.

**2.1.6 Empresa de servicios públicos.** Es el conjunto de prestaciones reservadas en cada Estado a la órbita de las administraciones públicas y que tienen como finalidad ayudar a las personas que lo necesiten. Suelen tener un carácter gratuito, que corre a cargo del Estado, son propios de los países con un Estado de bienestar. En la vida cotidiana de cualquier sociedad medianamente desarrollada podemos hallar innumerables servicios públicos, desde los más antiguos como el correo, hasta los más modernos y cuestionados como la televisión. Ellos son los siguientes: Empresas de transporte (autobuses, trenes) Servicios de agua y alcantarillados Servicios de educación Empresas postales Empresas de telefonía (Comunicación) Compañías de gas y/o electricidad (Energéticas) Empresas constructoras (Comunica marítima / terrestre: puertos, rutas, carreteras, entre otros) Servicios bancarios (Ahorro de dinero).

**2.1.7 Empresa.** Una empresa es una unidad productiva dedicada y agrupada para desarrollar una actividad económica y tienen ánimo de lucro. En nuestra sociedad, es muy común la constitución continua de empresas. En general, se puede definir como una unidad formada por un grupo de personas, bienes materiales y financieros, con el objetivo de producir algo o prestar un servicio que cubra una necesidad y, por el que se obtengan beneficios.

### **2.1.8 Principios de la auditoría**

**Autocontrol.** La auditoría debe contribuir a que cada miembro de la institución logre adquirir la destrezas para planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa, para que sean realizados acordes con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la propia organización.

**Enfoque Preventivo.** La auditoría debe buscar prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que en algún momento pueden servir como obstáculo para que los resultados no sean los esperados.

**Confianza Y Respeto.** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso para desarrollar procesos de mejoramiento continuo y de la autonomía institucional dentro de los términos pactados con los compradores de servicios de salud.

**Sencillez.** La auditoría debe buscar que sus mecanismos y acciones sean claramente entendibles y fácilmente aplicables a cada miembro de la organización para que se realicen de forma efectiva dentro del proceso que corresponda.

**Confiabilidad.** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de la persona que ejecute la medición.

**Validez.** Los resultados obtenidos de los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables evaluadas.

### **2.1.9 Niveles de la auditoría**

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se debe implementar al interior de las instituciones y entre las organizaciones, la norma establece que el modelo debe operar en tres niveles: autocontrol, auditoría interna y el de auditoría externa, los dos primeros operan en el nivel de micro gestión y el tercer nivel en el de macro gestión.

**Primer nivel de auditoría.** De esta forma el nivel óptimo en que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL. Como ya se mencionó anteriormente este concepto hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad, en los procesos en que actúa y participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la misma organización.

Para que el autocontrol sea posible dentro de la organización es necesario:

Establecer los procesos de manera participativa.; Realizar capacitación y entrenamiento a los miembros de empresa, en cada una de las tareas y en los resultados esperados.

Empoderamiento total de los procesos a cada uno de los participantes con miras al mejoramiento continuo y de cara a la seguridad del paciente.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que las directivas depositan en cada uno de sus miembros y el compromiso de éstos frente a la organización.

**Segundo nivel de auditoría.** El segundo nivel de operación es la AUDITORÍA INTERNA, y se define como el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por miembros de la misma organización, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoría Interna es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

La Auditoría Interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios; La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.

El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento mejoramiento de los mismos; La Auditoría Interna debe evitar los enfoques punitivos ya que los modelos

con estos enfoques, generalmente conducen a un falso autocontrol, en donde se simula de calidad durante las inspecciones y supervisiones.

**Tercer nivel de auditoría.** El tercer nivel, la auditoría externa, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Para los efectos de este modelo, el nivel de Auditoría Externa tiene su razón de ser en el ámbito de la meso gestión, con base en acuerdos previamente pactados

Estos acuerdos podrán referirse a los niveles de calidad que se van a ofrecer a los usuarios, a los instrumentos e indicadores que se van a utilizar para medir tales niveles, a los criterios, y métodos de evaluación, entre otros. En la medida en que las Entidades Territoriales de Salud se comporten como compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada, se incluyen en este ámbito.

En el caso de las EPS y entes que se le asimilen, el programa de Auditoría debe incluir, además, el componente de Auditoría Externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de sus redes de servicios. Esta misma consideración se aplica a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en tanto se comporten como compradoras de servicios para la población pobre no afiliada<sup>16</sup>

**2.1.10 Acciones de la auditoría.** La norma establece las acciones necesarias para lograr la operativización del modelo de auditoría y de esta manera establecer los mecanismos necesarios para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo y autocontrol; Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que se deben establecer para lograr el mejoramiento continuo de los procesos y para evitar que los errores o eventos adversos identificados e intervenidos se vuelvan a presentar. En relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúa:

**Acciones preventivas.** Entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría sobre los procesos prioritarios definidos, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo: el autocontrol, la Auditoría interna y la Auditoría Externa.<sup>4</sup>

**Acciones de seguimiento.** Las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de Auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad. Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Op. cit.

más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día son una responsabilidad del nivel de autocontrol, en otras palabras son acciones de control principalmente de primer orden.

El papel del nivel de la Auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera se evitarán los riesgos y los costos derivados de una Auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido debe recordarse que el enfoque de Auditoría es el de Mejoramiento Continuo, y no el de Inspección de Calidad y que, por tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol. Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes.

Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la Auditoría Interna, y en el campo de la Auditoría Externa. Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

**Acciones coyunturales.** Esta es la razón por la cual el modelo de Auditoría contempla la realización de las ACCIONES COYUNTURALES, definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas y a la prevención de su recurrencia.

Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural aquellas definidas como eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas.

No se debe olvidar que las acciones son un continuo en el tiempo así las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales ó preventivas y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal, que el ciclo de mejoramiento se cierre.

## 2.2 ENFOQUE LEGAL

Las bases legales que sustentan esta investigación son las siguientes.

### 2.2.1 Constitución política de Colombia de 1991

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 8. Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.

**2.2.2 Código de Comercio<sup>17</sup>.** 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.

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:

Cuando se halle inscrita en el registro mercantil;  
Cuando tenga establecimiento de comercio abierto, y  
Cuando se anuncie al público como comerciante por cualquier medio. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia, Edición Cupido. 1991

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

Los comerciantes declarados en quiebra, mientras no obtengan su rehabilitación;

Los funcionarios de entidades oficiales y semioficiales respecto de actividades mercantiles que tengan relación con sus funciones, y

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; 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.

**2.2.3 Ley 100 de 1993** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones decreta:

Artículo. 1 Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Artículo. 2 Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

**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.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

**Integralidad.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley;

**Unidad.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

**Participación.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

**PARAGRAFO.-**La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida Este servicio será prestado por el sistema de seguridad social integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

**Artículo. 4** Del servicio público de seguridad social. La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.<sup>6</sup>

**2.2.4 Norma Técnica Colombiana ISO 9001.** La organización Internacional de Normalización, ISO, nace luego de la de la Segunda Guerra Mundial, pues fue creada en 1946. Es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales, a excepción de la eléctrica y la electrónica. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional.

**2.2.5 Estructura de la ISO 9001:2008.** La norma ISO 9001:2008 especifica los requisitos de una empresa que quiera lograr certificarse demostrando su capacidad de satisfacer al cliente, cumplir con los reglamentos o leyes aplicables y manteniendo en marcha un sistema de gestión de la calidad que demuestre la mejora continua de la organización.

---

<sup>6</sup> <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Artículo. 3 Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.



La norma describe los 8 principios de gestión de la calidad:

Enfoque al cliente. Liderazgo.

Participación del personal. Gestión de procesos.

Gestión sistemática. Mejora continua. Toma de decisiones.

Relaciones mutuamente beneficiosas con proveedores

### **2.2.6 Sistema de Gestión De Calidad**

**Requisitos generales.** La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

La organización debe:

Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización

Determinar la secuencia e interacción de estos procesos

Determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces

Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos

Realizar el seguimiento, la medición (cuando sea aplicable) y el análisis de estos procesos.

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

La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

**Capacitación.** La capacitación debe contemplar varios aspectos como la credibilidad, la capacidad de respuesta, la fiabilidad, la comunicación, la seguridad, instalaciones, equipos y mobiliario, formas farmacéuticas, recepción técnica y normatividad vigente.

**Auditorías Internas.** Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados

**Control de los equipos de seguimiento y de medición .** La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios

para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.

**Requisitos de la documentación.** La documentación debe contener una declaración política, los objetivos de la calidad, un manual de calidad, la documentación y los registros del sistema de gestión de la calidad.

**Manual de la calidad.** El manual debe poseer la descripción de los requisitos, los procedimientos y la descripción de la interacción entre los procesos.

**Control de los documentos.** Debe existir un control de los documentos solicitados por el sistema de gestión de la calidad con el fin<sup>7</sup> de:

Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.

Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.

Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.

Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.

Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.

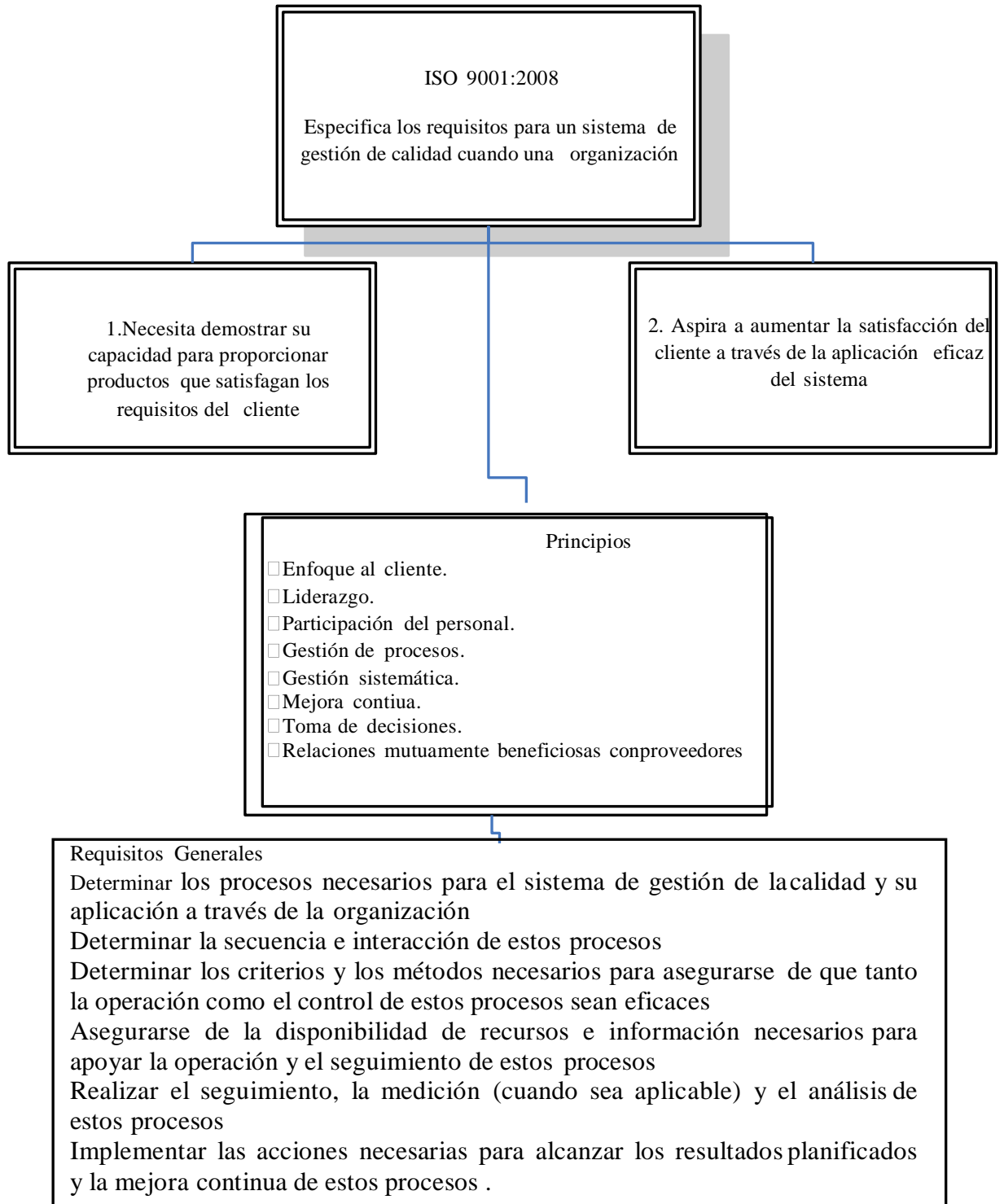
Asegurarse que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad se identifican y que se controla su distribución.

Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

---

<sup>7</sup> NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. ISO 9001. Sistema gestión de calidad. 2008, disponible en p

Cuadro 3. Norma ISO 2008



Fuente: autor del proyecto

### 3. INFORME DEL CUMPLIMIENTO DEL TRABAJO

#### 3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**3.1.1 Hacer un diagnóstico inicial que permita observar la situación de la IPS, con relación del estado del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001;2008 .** Para identificar el estado actual de IPS fundacion vida con amor frente a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, se estableció una metodología que permitiera planificar, ejecutar, tabular los datos y analizar los resultados.

**Planificacion.** Como primera medida se establece la necesidad de realizar una lista de chequeo la cual comprende una selección de requisitos aplicables para todas las áreas y personal de la empresa, permitiendo abarcar en la evaluación cada una de las exigencias presentes en los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008. Posteriormente, se comunica al personal la metodología y la fecha de realización del diagnóstico.

**Ejecucion.** En esta etapa se diligencia la lista de chequeo a través de entrevistas con el personal y el gerente, revisiones de los documentos, registros existentes y el cumplimiento de los requisitos de la norma en la institución. Los datos obtenidos son registrados en la lista de chequeo para su posterior tabulación y análisis. (TABLA 1)

**Tabulacion De Datos.** La norma se dividio en 74 items que se evaluaron según el grado de cumplimiento de la siguiente forma:

**ND:** Requisito No Desarrollado.

**DND:** Requisito Desarrollado pero No Documentado.

**DDNI:** Requisito Desarrollado y Documentado pero No Implementado.

**DDINR:** Requisito Desarrollado, Documentado e Implementado pero No mantiene Registros de implementación.

**DDIR:**Requisito Desarrollado, Documentado, Implementado y mantiene Registros de implementación.

La tabulación de los datos obtenidos de la lista de chequeo según el grado de cumplimiento de los ítems evaluados (requisitos), se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

Grado de Cumplimiento:

$$\frac{\text{Frecuencia de grado de cumplimiento} * 100}{\text{Total ítems evaluados}}$$

Cuadro 4. Lista de chequeo del diagnostico inicial.

FUNDACION VIDA CON AMOR							
DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD							
Lista de Chequeo de Requisitos NTC-ISO 9001:2008							
FECHA DE DIAGNÓSTICO: 28/04/2015							
ITEM	NUMERAL ISO	REQUISITO	ND	DND	DDNI	DDINR	DDIR
	<b>4</b>	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>					
	<b>4.1</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>					
1		La organización tiene implementado un SGC basado en los requisitos de la norma NTC ISO 9001	x				
2	4.1.a	Se tiene determinado y documentados los procesos necesarios y su aplicación a través de la organización	x				
3	4.1.b	Se tiene determinada la secuencia e interacción de los	x				
4	4.1.c	Se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurarse que la operación y control de los procesos sea eficaz	x				
5	4.1.d	Se asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos	x				
6	4.1.e	Se realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos	x				
7	4.1.f	Se implementan acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y mejora continua de los procesos	x				
	<b>4.2</b>	<b>REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN</b>					
8	4.2.2	Existe un Manual de Calidad	x				
9	4.2.3	Existe procedimiento documentado para el control de documentos	x				
10	4.2.4	Se tienen establecidos los registros necesarios para el SGC	x				
11		Existe un procedimiento documentado para el control de registros	x				
	<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>					
12	5.2	La alta dirección se asegura de que los requisitos		x			
		cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente					
13	5.3	Se tiene establecida una política de calidad		x			
	<b>5.4</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>					
14	5.4.1	Se tienen establecidos los objetivos de calidad		x			
15	5.4.2	Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del SGC	x				
	<b>5.5</b>	<b>RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD</b>					

Cuadro 4. (Continuación)

16	5.5.1	Las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización		x				
17	5.5.2	La alta dirección tiene designado un miembro de la dirección que se asegura de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios	x					
18	5.5.3	Se tienen establecidos procesos de comunicación apropiados dentro de la organización		X				
	<b>5.6</b>	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>						
19		La dirección realiza intervalos planificados la revisión de SGC incluyendo la evaluación de oportunidades mejora y efectuando cambios incluyendo la política y objetivos de calidad. Se mantiene registros.	x					
	<b>6</b>	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>						
	<b>6.1</b>	<b>PROVISIÓN DE LOS RECURSOS</b>						
20	6.1.a	La organización determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC y mejorar continuamente		x				
21	6.1.b	Para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos		x				
	<b>6.2</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>						
	<b>6.2.2</b>	<b>COMPETENCIA TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN</b>						
22	6.2.2. A	La organización determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto		x				
23	6.2.2. B	Proporciona formación o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades						x
24	6.2.2.c	Evalúa la eficacia de las acciones tomadas de formación.						x
25	6.2.2. D	Asegura de que el personal es consciente de la pertenencia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad		x				
26	6.2.2. E	Mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia		x				
	<b>6.3</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>						
27		La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura para lograr la conformidad con los requisitos del producto		x				
	<b>6.4</b>	<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>						
28		La organización determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de los requisitos del producto		x				
	<b>7</b>	<b>REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>						
	<b>7.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL</b>						
29		La organización planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del producto. (Caracterización de procesos, planes de calidad)	x					
	<b>7.2</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS CON EL</b>						

Cuadro 4. (Continuación)

	<b>7.2.1</b>	<b>DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO.</b>					
30	7.2.1.A	La organización determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma		x			
31	7.2.1.B	Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido		x			
32	7.2.1.c	Los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto.		x			
33	7.2.1.D	Cualquier requisito adicional determinado por la organización		x			
	<b>7.2.2</b>	<b>REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO</b>					
34	7.2.2.A	La organización se asegura de que están definidos los requisitos del producto		x			
35	7.2.2.B	Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente		x			
36	7.2.2.c	La organización tiene la capacidad de cumplir con los requisitos definidos.		x			
37		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma.	x				
	<b>7.2.3</b>	<b>COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE</b>					
38	7.2.3.A	La organización determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativas a la información sobre el producto		x			
39	7.2.3.B	La información de las consultas, contratos, atención de pedidos, incluyendo modificaciones		x			
40	7.2.3.c	La retroalimentación del cliente, incluyendo sus		x			
	<b>7.3</b>	<b>DISEÑO Y DESARROLLO</b>					
	<b>7.4</b>	<b>COMPRAS</b>					
	<b>7.4.1</b>	<b>PROCESO DE COMPRAS</b>					
41	7.4.1	La organización se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados		x			
42		Se evalúa y se selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización		x			
43		Tiene establecido los criterios de selección, la evaluación y la re-evaluación de proveedores. Se mantienen registros para estas actividades	x				
	<b>7.4.2</b>	<b>INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS</b>					
44		La información de las compras describe el producto a comprar.	x				
	<b>7.4.3</b>	<b>VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS</b>					

Cuadro 4. (Continuación)

45		La organización establece e implementa las inspecciones necesarias para asegurar que el producto comprado cumple los requisitos de compra.	x					
	<b>7.5</b>	<b>PRODUCCIÓN Y PRESTACION DEL</b>						
	<b>7.5.1</b>	<b>CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>						
46	7.5.1. A	La organización planifica y lleva a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de información que describa las características del producto.			x		x	
47	7.5.1. B<<<<<<	La disponibilidad de instrucciones de trabajo (instructivos documentados)						x
48	7.5.1.c	El uso del equipo apropiado.					x	
49	7.5.1. D	La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición	x					
50	7.5.1.	La implementación del seguimiento y la medición	x					
51	7.5.1.f	La implementación de actividades liberación, entrega y posteriores a la entrega		x				
	<b>7.5.2</b>	<b>VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL</b>						
52		Se realiza la demostración de la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados	x					
	<b>7.5.3</b>	<b>IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD</b>						
53		La organización identifica el producto por medios adecuados a través de toda la realización del producto. Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición. Se controla y registra la identificación única del producto.		x				
	<b>7.5.4</b>	<b>PROPIEDAD DEL CLIENTE</b>						
54		La organización cuida los bienes que son de propiedad del cliente mientras están bajo control de la organización. Identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes propiedad del cliente suministrado para su utilización o incorporación dentro del producto		x				
	<b>7.5.5</b>	<b>PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO</b>						
55		La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Se incluye identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. Se aplica también a las partes constitutivas del producto.		X				
	<b>7.6</b>	<b>CONTROL DE LOS EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>						
56	7.6.a	Cuando es necesario se asegura de la validez de los resultados, el equipo de medición debe calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición nacional o internacional	x					



Cuadro 4. (Continuación)

57	7.6.b	Se ajusta y reajusta según sea necesario.	x				
58	7.6.c	Identificarlo para poder determinar su estado de la calibración.	x				
59	7.6.d	Protegido contra ajustes que puedan invalidar el resultado de la medición	x				
60	7.6.e	Protegido contra daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento	x				
61		La organización evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando detecte que el equipo no esta conforme con los requisitos. Se toman acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.	x				
62		Se mantiene registros de los resultados de calibración y verificación	x				
	<b>8</b>	<b>MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>					
	<b>8.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>					
63	8.1.a	La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición y análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto	x				
64	8.1.b	Necesarios para asegurar la conformidad de SGC	x				
65	8.1.c	Necesarios para mejorar continuamente la eficacia del SGC	x				
	<b>8.2</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>					
	<b>8.2.1</b>	<b>SATISFACCIÓN DEL CLIENTE</b>					
66		La organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Se determinan los métodos para obtener y utilizar dicha información.	x				
	<b>8.2.2</b>	<b>AUDITORIA INTERNA</b>					
67		La organización lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas con los requisitos de la norma.	x				
	<b>8.2.3</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS</b>					
68		La organización aplica métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del SGC. Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas (indicadores de gestión)		x			
	<b>8.2.4</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO</b>					
69		La organización mide y hace seguimiento de las características del producto, verificando que se cumplen los requisitos del mismo.		x			

	<b>8.3</b>	<b>CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>					
70		Existe un procedimiento documentado del tratamiento del producto no conforme.	x				
	<b>8.4</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>					
71		La organización determina , recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC y evaluar donde se puede realizar	x				
	<b>8.5</b>	<b>MEJORA</b>					
	<b>8.5.1</b>	<b>MEJORA CONTINUA</b>					
72		La organización mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y revisión por la dirección	x				
	<b>8.5.2</b>	<b>ACCION CORRECTIVA</b>					
73		Hay establecido un procedimiento documentado para el tratamiento de no conformidades encontradas.	x				
	<b>8.5.3</b>	<b>ACCION PREVENTIVA</b>					
74		Hay establecido un procedimiento documentado para el tratamiento de no conformidades potenciales.	x				
<b>TOTAL</b>			39	30	0	2	3

Fuente: autor del proyecto

**Resultados.** De manera cualitativa, la información obtenida durante el diagnóstico inicial de la institución, se pueden plasmar en fortalezas y debilidades relativas al Sistema de Gestión de Calidad y a la situación general de la institución

**Figura 2.** Fortalezas y debilidades del diagnostico inicial.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Alto compromiso por la Dirección en el diseño, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad.</li> <li>•Programa activo de capacitación para el personal de la institución y la evaluación de sus resultados.</li> <li>•Se cuenta con la información de los protocolos para los tratamientos ofrecidos y la disponibilidad de los equipos médicos.</li> <li>•Personal positivo, colaborador y dispuesto para el mejoramiento de la institución.</li> <li>•Cuenta con la infraestructura necesaria y adecuada para asegurar la calidad de sus servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No se cuenta con políticas ni objetivos de calidad.</li> <li>•No se tienen definidos los procesos.</li> <li>•No existen indicadores de gestión que midan la eficacia de los procesos.</li> <li>•No existen mecanismos de mejoramiento continuo ni acciones de mejora documentados.</li> <li>•No cuenta con la documentación y registros obligatorios, ni las medidas de control para su seguimiento.</li> <li>•No cuenta con medidas de evaluación de la satisfacción del usuario ni de la eficacia de lo servicios ofrecidos.</li> <li>•No cuenta con perfiles de cargo ni manuales de funciones definidos.</li> <li>•No se tiene una política para la evaluación, selección y re-evaluación de proveedores.</li> <li>•No se realiza un eficiente control y verificación de las los productos comprados.</li> <li>•Deficiencias en los sistemas informáticos.</li> </ul>

Fuente: autor del proyecto

**3.1.2 Planear el sistema de gestión de calidad mediante el establecimiento de la política y objetivos de calidad, definición del alcance y exclusiones del SG para la construcción del plan de mejoramiento.** Para determinar el Grado de Cumplimiento total del sistema de gestión de calidad según la norma NTC ISO 9001:2008 en la FUNDACION VIDA CON AMOR IPS, se estableció una valoración de cumplimiento para los requisitos de cada uno de los grados establecido; Esta valoración será el puntaje que se le dará a cada requisito evaluado.

Posteriormente se evalúa el GRADO DE CUMPLIMIENTO TOTAL del Sistema de Gestión de Calidad (Tabla 4 y Tabla 5).

**Cuadro 5.** Grado de cumplimiento parcial.

GRADO DE CUMPLIMIENTO		FR EC	%	VALORACI ÓN DE CUMPLIMI ENTO	GRADO DE CUMPLIMI ENTO
<b>ND</b>	Requisito No Desarrollado	39	52,	0%	<b>0%</b>
<b>DND</b>	Requisito Desarrollado pero No Documentado	30	40, 5%	25%	<b>10%</b>
<b>DDNI</b>	Requisito Desarrollado y Documentado pero No Implementado	0	0,0 %	50%	<b>0%</b>
<b>DDIN R</b>	Requisito Desarrollado, Documentado e Implementado pero No mantiene Registros	2	2,7 %	75%	<b>2%</b>
<b>DDIR</b>	Requisito Desarrollado, Documentado, Implementado y mantiene Registros	3	4,1 %	100%	<b>4%</b>
<b>TOTAL</b>		74	100 %		<b>16%</b>

Fuente: autor del proyecto

**Cuadro 6.** Grado de cumplimiento del S.G.C

<b>Grado de Cumplimiento del S.G.C.</b>	<b>16%</b>
Grado de Incumplimiento del S.G.C.	84%

Fuente: autor del proyecto

### **3.2 PLANEAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS Y ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL S.G**

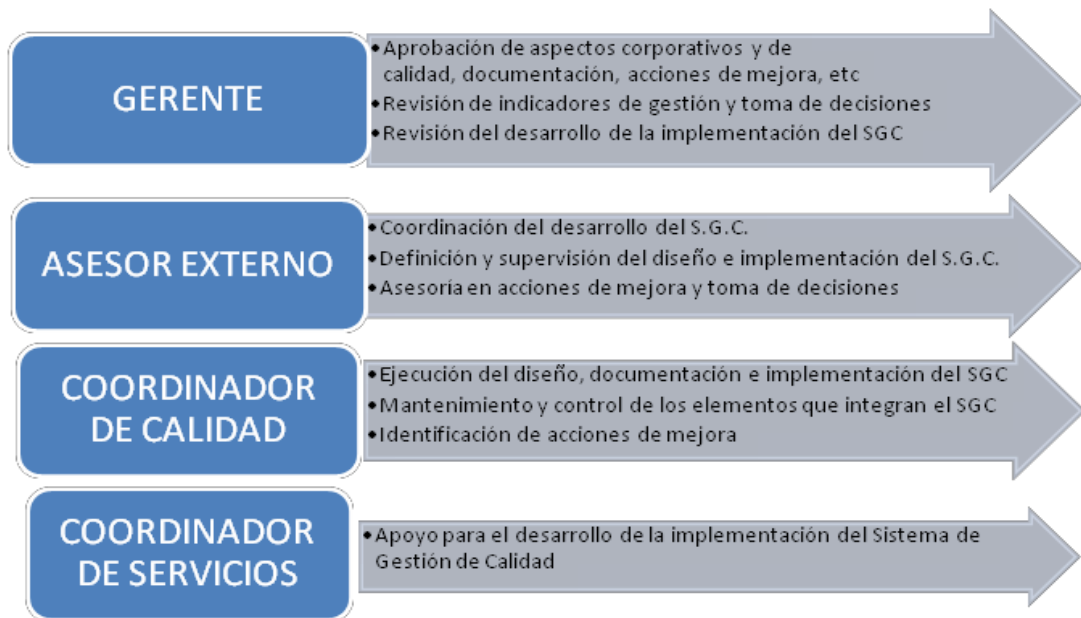
#### **3.2.1 Planeación del Sistema de Gestión de Calidad**

**Definición de responsables.** Como parte fundamental en la pasantía, se definieron los responsables de garantizar el correcto desarrollo del diseño, implementación, documentación y mejora del Sistema de Gestión de Calidad adentro de la FUNDACION VIDA CON AMOR IPS Los encargados fueron:

GERENTE – INES SIRLENE  
ASESOR EXTERNO – PASANTE JOSE ROMERO  
COORDINADOR DE CALIDAD – YERKIS GOMEZ  
COORDINADOR DE SERVICIOS – ERIKA EGEE

Durante la reunión de estos responsables se determinaron las funciones necesarias para el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad (Figura 5)

**Figura 3.** Responsables del desarrollo del S.G.C



Fuente: autor del proyecto

**3.2.2. Definición del alcance, exclusiones, políticas y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad.** En una reunión donde participaron el Gerente, el Asesor Externo – pasante y el Coordinador de Calidad, se estableció el alcance del Sistema de Gestión de Calidad que la FUNDACION VIDA CON AMOR IPS quiere abarcar. Se determinó lo siguiente como el alcance del S.G.C.:

*“Prestación de servicios para la promoción de la salud, prevención y la superación de las enfermedades con la aplicación de alternativas para la salud.”*

Se determinó la siguiente exclusión del S.G.C.: “El numeral 7.3 “Diseño y Desarrollo” de la NTC ISO 9001:2008 debido a que la empresa no diseña ni desarrolla un producto o servicio. Solo presta el servicio de atención en salud para su promoción, prevención y la superación de las enfermedades.”

**Política y objetivos de calidad.** A continuación se describe la Política de Calidad establecida por el Gerente, el Asesor Externo y el Coordinador de Calidad:

“La FUNDACION VIDA CON AMOR IPS es una institución prestadora de servicios de Ciencia Médica dedicada a la promoción de la salud, la prevención y superación de las enfermedades, garantizando la calidad del servicio al usuario mediante el trato con calidez humana, ética, responsabilidad, honestidad y oportunidad, con tratamientos y procedimientos sustentados científicamente y un personal médico asistencial capacitado, actualizado, con disposición de servicio y en mejora continua que garantice la satisfacción total del usuario.” Los mismos responsables de establecer la Política de Calidad, definieron los Objetivos de Calidad teniendo en cuenta los intereses de la institución y los requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2008. A continuación se describen los Objetivos de Calidad:

Brindar a los usuarios un servicio oportuno.

Brindar a los usuarios procedimientos y tratamientos eficaces.

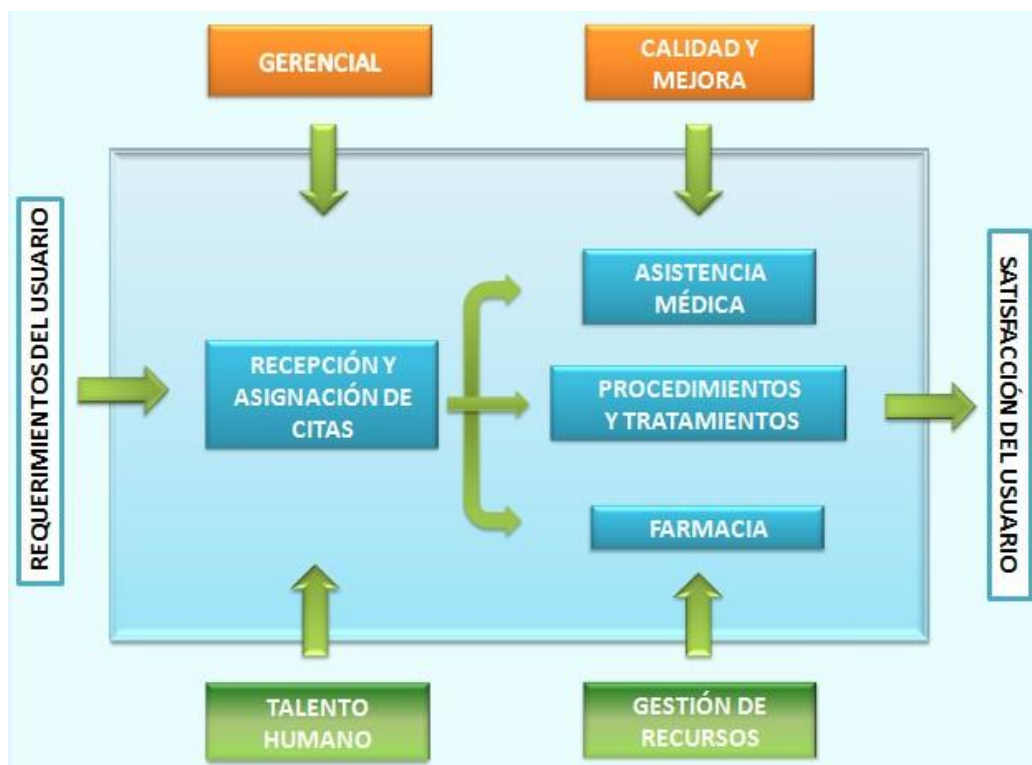
Brindar al usuario un trato con calidez humana y ética.

Satisfacer las necesidades de los usuarios.

### **3.2.3 Identificar e interactuar los procesos de la IPS**

**Mapa de procesos.** Con el fin de seguir el enfoque basado en procesos que promueve la norma NTC ISO 9001:2008 para establecer el Sistema de Gestión de Calidad, se definieron los procesos que integran las actividades y servicios ofrecidos por la FUNDACION VIDA CON AMOR IPS y se encuentran plasmados en el siguiente mapa de procesos (Figura 4. )

**Figura 4.** Mapa de procesos



Fuente: autor del proyecto

## DESCRIPCION DE LOS PROCESOS.

**Cuadro 7.** Descripción de los procesos.

PROCESO	OBJETIVO
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>	
<b>GERENCIAL</b>	Diseñar, coordinar, dirigir y ejecutar las directrices y lineamientos estratégicos que aseguren la permanencia, desarrollo y crecimiento de FUNDACION VIDA CON AMOR
<b>CALIDAD Y MEJORA</b>	Determinar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, conforme a las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y los establecidos en la organización.
<b>PROCESOS OPERATIVOS</b>	

<b>RECEPCIÓN Y ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	Recibir, Atender y Asignar las citas de consultas médicas y procedimientos con el profesional adecuado, asegurando una programación eficiente y satisfaciendo las necesidades de los usuarios de FUNDACION VIDA CON AMOR
<b>ASISTENCIA MÉDICA</b>	Realizar la consulta y entregar la fórmula de medicamentos y procedimientos prescritos a los usuarios de FUNDACION VIDA CON AMOR
<b>PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS</b>	Efectuar los procedimientos y tratamientos formulados por los médicos a los usuarios de FUNDACION VIDA CON AMOR
<b>FARMACIA</b>	Despachar los medicamentos a los pacientes y responder por el inventario de la farmacia de FUNDACION VIDA CON AMOR
<b>PROCESOS DE APOYO</b>	
<b>TALENTO HUMANO</b>	Proveer y mantener el personal idóneo para el eficiente cumplimiento de las actividades de la empresa.
<b>GESTIÓN DE RECURSOS</b>	Coordinar, ejecutar y responder por las actividades contables, financieras y de mantenimiento de la empresa.

Fuente: autor del proyecto

### **3.2 REALIZAR EL PLAN DE MEJORA Y SEGUIMIENTO DEL MISMO QUE PERMITA OBSERVAR LOS AVANCES OBTENIDOS EN LA IPS**

**3.3.1 Evaluación del sistema de gestión de calidad de la IPS.** Para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la NTC ISO 9001:2008, se hace necesario ejecutar evaluaciones a través de auditorías internas.

El día 2 de julio del 2015 se realizó una reunión con el Gerente, el pasante, el Coordinador de Calidad y personal de las diferentes áreas determinando la ejecución de una auditoría interna y una auditoría externa (de otorgamiento), como se plasmó en el Programa de Auditorías (Figura 4). De este modo, la auditoría quedó establecida como se muestra a continuación VER ANEXO C

### **3.3.2 Realización de una auditoría para verificar el cumplimiento de los requisitos y procedimientos de la IPS**

PRIMERA AUDITORÍA INTERNA: Mes de Agosto del 2015.  
AUDITORÍA EXTERNA: Mes de enero del 2016.

**Figura 5.** Programa de auditoria.

	fundacion vida con amor ips											
	programa de auditorias											
PROCESOS	AÑO: 2015						MES. Agosto					
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
GENERAL									AI	AI	AE	
CALIDAD Y MEJORA									AI	AI	AE	
RECEPCION Y ASIGNACION DE CITAS									AI	AI	AE	
ASISTENCIA MEDICA									AI	AI	AE	
PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS									AI	AI	AE	
FARMACIA									AI	AI	AE	
TALENTO HUMANO									AI	AI	AE	
GESTION DE RECURSOS									AI	AI	AE	
	AI	AUDITORIA INTERNA										
	AE	AUDITORIA EXTERNA										
ULTIMA ACTUALIZACION	13-ago-15											
PASANTE JOSE ROMERO						GERENTE INES SIRLENE						

Fuente: autor del proyecto

Esta evaluación del Sistema de Gestión de Calidad se ejecutó los días 13 y 14 de Agosto por el pasante Jose romero, siguiendo el Plan de Auditoría (Anexo A) establecido y aprobado con anterioridad, donde se especifican los detalles planeados para su ejecución.

**FECHA**

**AUDITORIA:** 13 y 14 de Agosto del 2015

**LUGAR AUDITORIA:** Instalaciones de la FUNDACION VIDA CON AMOR IPS.

**OBJETIVO:** Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, los demás procedimientos y protocolos definidos por la organización.

**ALCANCE:** Todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

**CRITERIOS:** Norma ISO 9001:2008, Procedimientos y protocolos del S.G.C de IPS FUNDACION VIDA CON AMOR. Antes de iniciar la auditoría se ejecutó la reunión de apertura con los auditados, con el objetivo de dar a conocer el plan de auditoría y la metodología que se iba a aplicar, simultáneamente se resolvieron dudas presentes en los implicados.

La metodología aplicada para la realización de esta auditoría fue la de entrevistas con los líderes de los procesos, solicitándole la documentación y registros para la conformidad de los requisitos. Adicionalmente, se interrogaba brevemente a los demás empleados para conocer su conocimiento acerca del sistema de gestión de calidad.



**Resultados de la auditoría.** Finalizada la auditoría, se realizó una reunión de cierre donde se dio a conocer los hallazgos de la misma.

Estos resultados se registraron en el formato Informe de Auditoría (Anexo b), donde se describen las no conformidades y observaciones encontradas en cada proceso auditado.

Las no conformidades encontradas en la auditoría interna se describen a continuación en la Tabla 7

**Cuadro 8.** No conformidades encontradas.

NO CONFORMIDADES	PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se encontró la evaluación de proveedores de MELSALUD, NYDIA ALOMA RODRIGUEZ, proveedores que pueden llegar a afectar la calidad de la prestación del servicio de la fundación, incumpliendo con el procedimiento de evaluación, selección y re-evaluación de proveedores PR-008.</li> </ul>	GESTION DE RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha realizado la re-evaluación de proveedores a la fecha, y la Coordinadora Administrativa manifiesta que se encuentra programada ejecutarse en octubre.</li> </ul>	GESTION DE RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha ejecutado la revisión por la dirección, está programada para el mes de noviembre según lo informado por la gerente.</li> </ul>	GERENCIA L
<ul style="list-style-type: none"> <li>En Farmacia la temperatura de acuerdo a lo reportado por la planilla de control de temperatura, está superando el límite permitido en 1 o 2°C en promedio, de acuerdo a lo permitido.</li> </ul>	FARMACIA

Fuente: autor del proyecto

**3.3.3 Ejecución el plan de mejora para dar seguimientos a los hallazgos encontrados.**

Para dar tratamiento y seguimiento a las no conformidades encontradas en la auditoría interna, se determinó el siguiente plan de mejora de la Tabla 8 Las acciones correctivas que se abrieron respecto a este plan de mejora, se encuentran en el Anexo C.

**Cuadro 9.** Plan de mejora

No	PLAN DE MEJORA	RESP.	FECHA DE CIERRE	EJECUT	
				SI	NO
1	Realizar la evaluación de los proveedores MELSALUD, NYDIA ALOMA RODRIGUEZ, y si aprueban seleccionarlos como proveedores de la institución. Ejecutar una revisión de todos los proveedores a los que la institución compra sus productos, ejecutar la evaluación y si aprueban son seleccionados e ingresados	Coordinador Administrativo y Comercial / Gerente	21 de agosto de 2015	X	
2	Realizar la re-evaluación de los proveedores seleccionados, de acuerdo a los lineamientos y Procedimientos de evaluación, selección y re-evaluación de proveedores.	Coordinador Administrativo y Comercial / Regente de Farmacia	24 de agosto de 2015	X	
3	Realizar la Revisión por la dirección que está programada para el día 31 de Septiembre de 2015.	Gerente / Asesor Externo / Coordinador de Calidad	28 de Septiembre de 2015		X
4	Instalar el Aire acondicionado en farmacia para el control y regulación de una temperatura inferior a 25°C, que corresponde al límite permitido por los medicamentos almacenados	Gerente / Coordinador de Servicios	5 de Octubre de 2015		X

Fuente: autor del proyecto

#### **4. DIAGNOSTICO FINAL**

Uno de los aportes fue aplicar los conocimientos y técnicas adquiridas durante la carrera en pro de conseguir los resultados esperados durante el estudio realizado para poder concluir el proyecto en aras de mejorar la estructura de la organización que buscaba soluciones a la problemática presentada y a brindar un mejor servicio y un mejor funcionamiento laboral.

Este trabajo además de ser un requisito para obtener un título de grado también fue un gran aporte para la empresa ya que se estudio y aplico la ISO 9001;2008 puesto al Incrementar la calidad en la fundación, la implementación de procesos, satisfacción del servicio al cliente y la responsabilidad social se lograra mas aceptación en el mercado cumpliendo asi con NTC.

Se realizo como diagnostico inicial una lista de chequeo de la NTC ISO 9001;2008 y entrevistas efectuadas al gerente y personal de diferentes areas que permitieron conocer el grado de cumplimiento de la institución; arrojando reultados como de que el 52% de los requisitos no se desarrollan pero el 40.5% se desarrolla pero no se documenta mientras que un 2.7% de estos se realian pero no se registran y un 4.1% si poseen registros; siendo el punto de partida para la planeación del sistema de gestión de calidad.

Al implementar el sistema de gestión de calidad se permirio mantener el control de todos los procesos y evaluar continuamente el desempeño de los mismos identificando los aspectos a mejorar para lograr desarrollar las acciones de mejora.

Con la realizacion de la auditoria interna permitio que la alta dirección determinara el cumplimiento actual del sistema respecto a la norma desarrollando el plan de mejora y las acciones corectivas necesarias para darle conformidad, en espera de la auditora de otorgamiento y la posterior certificación de la empresa.

Finalmente el resultado de la auditoria fue la herramienta mas significatica que tuvo el sistema de gestión de calidad para evaluar el estado de la institución e identificar las oportunidades de mejora buscando el cumplimiento de los objetivos de calidad.

## **5. CONCLUSIONES**

Se realizó un diagnóstico desde la percepción de los usuarios y la revisión de los estándares de calidad establecidos por la ISO 9001:2008, resaltando los factores de calidad que permitieron conocer el grado de satisfacción del usuario en la prestación de los servicios y las debilidades y fortalezas de la institución. A partir de estos resultados se elaboró el plan de mejora para el sistema de gestión de calidad.

Se demostró mediante el diagnóstico aplicado que los Servicios brindados en la fundación vida con amor IPS Fonseca la guajira, carecían de una actualización y desarrollo de procesos basados en la normatividad vigente y que al implementar un Plan de Mejoramiento y auditoría para el Sistema de Gestión de Calidad se pueden alinear los procesos de calidad y mejorar los estándares de cumplimiento.

Se comprobó en las verificaciones realizadas, que el sistema de gestión de calidad de los servicios de la fundación vida con amor IPS Fonseca la guajira, presentó deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Norma ISO 9001: 2008 y la normatividad vigente.

Por medio de los cambios propuestos en plan de mejoramiento y la mejora de los procesos, se logró una mejor estructura del Sistema de Gestión de Calidad de los servicios de baja complejidad.

En la verificación de los estándares de acuerdo lista de chequeo realizada , se pudo determinar que los procesos mas críticos son los de satisfacción al cliente, infraestructura y calidad en diversos procesos y auditorías internas lo cual significa que estos subprocesos se convierten en una amenaza para la institución objeto de estudio, los cuales se deberán mejorar en el menor tiempo posible para cumplir con los requisitos de calidad exigidos por la norma.

Se establecieron estrategias de seguimiento y verificación para el cumplimiento del plan trazado, el cual deberá ser incorporado al proceso de garantía de calidad que lidera la institución.

Se logró crear un compromiso por parte de los directivos de la empresa y los colaboradores en todas las áreas, por medio de los talleres de sensibilización, facilitando el flujo de información y la motivación del personal.

## 6. RECOMENDACIONES

Contratar el personal competente encargado del mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad posterior a la certificación de la institución, con el fin de darle continuidad al cumplimiento de los requisitos de la norma y el fortalecimiento de los compromisos adquiridos con la calidad, la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo.

Mantener el alto compromiso y apoyo por parte de la dirección para el sostenimiento y evaluación periódica del Sistema de Gestión de Calidad.

Aprovechar al máximo los beneficios que el Sistema implementado brinda a las operaciones y a la gestión gerencial, realizando el seguimiento de todos los elementos que fueron establecidos utilizándolos como herramientas para buscar la eficiencia y eficacia de los procesos.

Ejecutar continuamente evaluaciones a través de auditorías internas, revisiones por la dirección y el análisis de indicadores, que permitan evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad y ejecutar las acciones correctivas necesarias en pro del mejoramiento continuo.

## BIBLIOGRAFÍA

<http://www.fundacionvidaconamoraellos.org.co/mision-y-vision.html>.

<http://www.fundacionvidaconamoraellos.org.co/index.html>.

ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío. La organización de la salud en Colombia. (online). 1 ed. [Medellín]: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2009 [citado 26 abr., 2013]. Disponible en: [http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/La\\_organizacion\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Colombia\\_2009.pdf](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/La_organizacion_de_la_salud_en_Colombia_2009.pdf)

LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991. p. 187-199.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Op. cit.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia, Edición Cupido. 1991.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>  
Artículo. 3 Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.  
NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. ISO 9001. Sistema gestión de calidad. 2008, disponible en p 1

# **ANEXOS**

Anexo A. Formatos

 FUNDACION VIDA CON AMOR IPS	FUNDACION VIDA CON AMOR IPS		
	LISTADO DE ASISTENCIA		
TEMA: ASISTENCIA A REUNIÓN Y CAPACITACIÓN REFERENTE A LA ISO 9001			
FECHA: 20-07-15		HORA:	
CAPACITADOR: José Alfredo Romero Robles			
Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	José Silveira Suárez	Gerente	Silveira
2	Luis Leonardo R	Coordinador de Serv	Luis Leonardo R
3	Melisa Delgado	SIAU	M.D
4	Freda Solano	Gestión de Recursos	Freda Solano
5	Miguelys Fria	Procedimientos y T	Miguelys Fria
6	Yerker Gomez	Calidad y Mejora	Yerker Gomez
7	José Cervante	Farmacia	José C.

Fuente: autor del proyecto



**INFORME DE AUDITORIA**


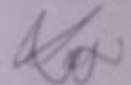
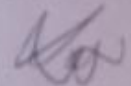
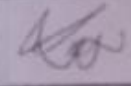
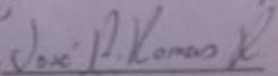
<b>FECHA:</b> 13 y 14 de agosto 2015		
<b>OBJETIVO:</b> Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, los demás procedimientos y protocolos definidos por la organización.		
<b>ALCANCE:</b> Todos los procesos del sistema de gestión de calidad.		
<b>CRITERIOS DE AUDITORIA:</b> Norma ISO 9001:2008, Procedimientos e instructivos del sistema de gestión de calidad.		
PROCESOS AUDITADOS		
PROCESO	FECHA	LUGAR
Recepción y Asignación de citas	Jueves 13 de Agosto 8 - 9:30 AM	FVCA IPS
Asistencia Médica	Jueves 13 de Agosto 2 - 2:30 PM	FVCA IPS
Procedimientos y Tratamientos	Jueves 13 de Agosto 9:30 AM - 11:30	FVCA IPS
Gestión de Recursos	Jueves 13 de Agosto 3:30 PM - 5 PM	FVCA IPS
Talento Humano	Viernes 14 agosto 10:30 AM - 12 M	FVCA IPS
Gerencial	Viernes 14 Agosto 9:30 AM - 10:30 AM	FVCA IPS
Calidad y Mejora	Viernes 14 Agosto 8 - 9:30 AM	FVCA IPS
Farmacia	Viernes 14 Agosto 2 - 3:50 PM	FVCA IPS
EQUIPO AUDITOR		
Auditor		
PROCESO	No. NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
Recepción y asignación de citas	0	3
Asistencia Médica	0	4
Procedimientos y Tratamientos	0	0
Gestión de Recursos	2	1
Talento Humano	0	2
Gerencial	1	0
Calidad y Mejora	0	0
Farmacia	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
HALLAZGOS DE AUDITORIA		
NO CONFORMIDADES	PROCESO	
• No se encontró la evaluación de proveedores de MELSAVDO, NYDIA ALOMA RODRIGUEZ, Proveedores que pueden llegar afectar la calidad de la prestación de servicio de la Institución, Incumpliendo con el procedimiento de evaluación	Gestión de Recursos	
• No se ha ejecutado la re-valoración de proveedores a la fecha y la coordinadora Administrativa manifiesta que se encuentran programados ejecutarse en Septiembre.	Gestión de Recursos	
• No se ha ejecutado la revisión por la dirección, esta programada para Septiembre según lo informado por la gerencia.	Gerencial	
• En farmacia la temperatura de acuerdo a lo reportado por la planilla de control de temperatura, esta superando el límite permitido en 25°C en promedio, de acuerdo a lo permitido	Farmacia	
OBSERVACIONES	PROCESO	
• Esta pendiente terminar el ordenamiento de archivo de historias clínicas por consecutivos del número de identificación de cada usuario	Asistencia Médica	
• Sería bueno que se adaptara un lugar específico para las historias clínicas que se encuentran en proceso de archivo	Asistencia Médica	

Fuente: autor del proyecto

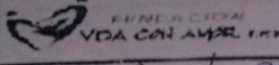
FUNDACION VIDA CON AMOR IPS		PLAN DE AUDITORIA																		
TEMA A TRATAR	NUMERAL	COMPROMISOS	PROCESOS																	
			RECEPCION Y ASIGNACION DE CITAS	ASISTENCIA MEDICA	PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS	GESTION DE RECURSO HUMANO	TALENTO HUMANO	GERENCIAL	CALIDAD Y MEJORA	FARMACIA										
CAPITULO 7. Realizacion del producto	7	<b>REALIZACION DEL PRODUCTO</b>																		
	7,1	Planificación de la realización del producto		x	x															x
	7,2	Proceso Relacionados con el Cliente	X																	
	7,2,1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto	X																	
	7,2,2	Revisión de los requisitos relacionados con los productos	X																	
	7,2,3	Comunicación con el cliente	X																	
	7,3	Diseño y desarrollo																		
	7,3,1	Planificación del diseño y desarrollo																		
	7,3,2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo																		
	7,3,3	Resultados del diseño y desarrollo																		
	7,3,4	Revisión del diseño y desarrollo																		
	7,3,5	Verificación del diseño y desarrollo																		
	7,3,6	Validación del diseño y desarrollo																		
	7,3,7	Control de cambios del diseño y desarrollo																		
	7,4	Compras								x										
	7,4,1	Proceso de compras								x										
	7,4,2	Información de las compras								x										
	7,4,3	Verificación de los productos comprados								x										
	7,5	Producción y prestación de servicio																		x
	7,5,1	Control de producción y de la prestación de servicio																		x
	7,5,2	Servicio																		x
	7,5,3	Identificación y trazabilidad																		x
	7,5,4	Propiedad de cliente																		x
	7,5,5	Preservación del producto																		x
7,6	Control de los dispositivos de seguimiento y de medición																			
CAPITULO 8. MEDICION ANALISIS Y MEJORA	8	<b>MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>																		
	8,1	Generalidades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	8,2	Seguimiento y medición	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	8,2,1	Satisfacción del cliente	x																	
	8,2,2	Auditoría interna																		x
	8,2,3	Seguimiento y medición de proceso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	8,2,4	Seguimiento y medición del producto																		x
	8,3	Control de producto no conforme																		
	8,4	Análisis de datos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	8,5	Mejora	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	8,5,1	Mejora continua																		x
	8,5,2	Acción correctiva																		x
	8,5,3	Acción preventiva																		x

Fuente: autor del proyecto



 <b>FUNDACIÓN VIDA CON AMOR IPS</b> <b>ACCIONES DE MEJORA</b>		
FECHA: 14 Agosto 2015		
NOMBRE QUIEN ABRE LA ACCIÓN:		
ACCION DE MEJORA <input type="checkbox"/>	ACCION CORRECTIVA <input type="checkbox"/>	ACCION PREVENTIVA <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION		
<p>La auditoria interna determina una no conformidad al no encontrar la evaluación de los proveedores MELSPALUD, NYDIA ALOMA RODRIGUEZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los proveedores no evaluados pueden llegar a afectar la calidad de la prestación de servicio de la Fundación Vida con Amor IPS.</li> <li>Este resultado en la auditoria genera una duda si se han correctamente evaluados todos los proveedores de la Institución.</li> </ul>		
ANÁLISIS DE CAUSAS		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó una evaluación de proveedores incompleta donde no se tuvieron en cuenta todos los proveedores utilizados en la institución.</li> <li>No se revisaron todas las facturas, ordenes de compra u otros elementos que permitan descubrir todos los proveedores que realmente están manejados en la institución para realizarle su proceso de evaluación y selección.</li> <li>Los resultados hacen desconfiar a los proveedores futuros para los envíos.</li> </ul>		
PLAN DE ACCION (PARA ELIMINAR LA CAUSA)		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA
Realizar la evaluación de los proveedores MELSPALUD NYDIA ALOMA RODRIGUEZ y si aprueban seleccionarlos como proveedores de la institución.	Coordinador Administrativo y Comercial	
Ejecutar una revisión de todos los proveedores a lo que la institución compra sus productos, ejecutar la evaluación si no la tiene y si aprueban son seleccionados.	Coordinador Administrativo y Comercial	
Ingresar los proveedores seleccionados a la carpeta que posee la empresa con dicha información.	Coordinador Administrativo y Comercial	
FECHA DE CIERRE PROPUESTA:	24/08/15	
FECHA DE MEDICIÓN EFICACIA:	31/08/15	
SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES:		
Los proveedores MELSPALUD, NYDIA ALOMA RODRIGUEZ fueron evaluados y aprobados y seleccionados como proveedores de la institución. Se realizó satisfactoriamente la revisión de la evaluación de todos los proveedores.		
EFICACIA DE LA ACCIÓN TOMADA:		
Se realizó una verificación con todos los proveedores que están manejados y no se encontró ninguna no conformidad lo que demuestra que la acción tomada fue exitosa.		
FIRMA RESPONSABLE DEL CIERRE:		FECHA DE CIERRE: 31/08/15

Fuente: autor del proyecto

 <b>FUNDACION VIDA CON AMOR IPS</b> <b>ACCIONES DE MEJORA</b>		
FECHA: 14 Agosto 2015		
NOMBRE QUIEN ABRE LA ACCION: Jose Alfredo Romero Robles		
ACCION DE MEJORA <input type="checkbox"/>	ACCION CORRECTIVA <input checked="" type="checkbox"/>	
ACCION PREVENTIVA <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION		
<p>La auditoria interna determina una no conformidad al detectarse en la revision de los documentos que poseen de la condiciones Ambientales - Farmacia que la temperatura en el ultimo mes ha estado sobre pasando el limite de 25°C establecido norma. Los documentos diligenciados en farmacia superan el limite en 25°C y 30°C</p>		
ANÁLISIS DE CAUSAS		
<p>La temperatura en foseca es en promedio 38°C y un maximo de 40°C.          La farmacia le da el sol en una pared todo el dia que hace que aumente la temperatura.          La farmacia solo posee una ventana que en ocasiones hay que mantenerla cerrada por motivos de seguridad, lo que impide corriente de aire que baje la tempera.</p>		
PLAN DE ACCION (PARA ELIMINAR LA CAUSA)		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA
Revisión de cotización de aire acondicionado	Pasante	Jose P. Romero
Autorización de la compra de aire acondicionado	Gerente Ines Silenc	Silenc
Gestion de compra del aire acondicionado	Coordinador de Servicios	[Firma]
FECHA DE CIERRE PROPUESTA:	24/08/15	
FECHA DE MEDICION EFICACIA:	31/08/15	
SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES:		
<p>Se realizo la cotización del aire acondicionado y su instalación. Se escogio al proveedor mas adecuado, se compro el equipo y se realizo su instalación en Farmacia.</p>		
EFICACIA DE LA ACCION TOMADA:		
<p>Inmediatamente instalado el aire acondicionado y poniendo en funcionamiento. Se controló a menos de 25°C la temperatura en farmacia, lo que demuestra la eficacia de las acciones tomadas.</p>		
FIRMA RESPONSABLE DEL CIERRE:	Jose P. Romero R.	FECHA DE CIERRE: 31/08/15

Fuente: autor del proyecto

## Anexo B. Evidencia fotográfica



Fuente: autor del proyecto



Fuente: autor del proyecto



Fuente: autor del proyecto