

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD, DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR, BASADO  
EN LA NORMA ISO 9001:2000**

**GLILY TATIANA GARCIA GALLO**

**Cód: 102922096**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
BUCARAMANGA**

**2008**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD, DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR, BASADO  
EN LA NORMA ISO 9001:2000**

**GLILY TATIANA GARCIA GALLO**

**Cód: 102922096**

**Trabajo de Grado Presentado como Requisito para Optar  
al Título de INGENIERA INDUSTRIAL**

**Director:**

**Ing. WILLIAM HOYOS TORRES**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL  
BUCARAMANGA**

**2008**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bucaramanga, Marzo 26 de 2008

Con especial cariño para mi familia por el apoyo moral y sentimental en los momentos difíciles de la formación profesional.

**Glily Tatiana**

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor expresa su gratitud:

A **DIOS**, compañero inseparable y guía espiritual de mi vida en quien confié y espero.

A **Mi madre GENNY** y especialmente a **Mi hija VALERIA**, quienes son mi apoyo y fortaleza para continuar mi seudo, y enfrentar los contratiempos que se me presenten.

A **mis hermanos** por su solidaridad.

A **LAS DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS DE LA CLÍNICA INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE** por permitir elaborar en ella mi trabajo de grado y especialmente a **LUDY XIOMARA PEDRAZA** por la orientación y colaboración prestada.

A **WILLIAM HOYOS TORRES** director de proyectos, quien con su experiencia y conocimiento me hizo las observaciones necesarias.

A **TODAS AQUELLAS PERSONAS** que de una u otra forma aportaron su granito de Arena en beneficio de la presente investigación.

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA CLINICA PSIQUIÁTRICA ISNOR, BASADO EN LA ISO 9001:2000**

**AUTOR: GLILY TATIANA GARCIA GALLO**

**FACULTAD: INGENIERIA INDUSTRIAL**

**DIRECTOR: WILLIAM HOYOS TORRES**

### **RESUMEN**

El Sistema de Gestión de Calidad se traduce en que las Organizaciones de la salud, empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tengan una visión integral de la calidad e implementen un sistema de gestión adecuado a las necesidades específicas de cada una en particular, para lo cual se requiere integrar y cualificar en el tema de la estrategia de calidad en servicios de salud, énfasis en la prestación de servicio, bajo la Norma ISO 9000:2001, a los líderes proactivos de las diferentes Organizaciones de la Salud, a fin de generar un cambio de alto impacto social, liderazgo y rentabilidad en el sector de la salud y su población en general.

Dado a las falencias que se han presentado en el sector salud por la mala atención al cliente, deficiencia en la comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios, la débil regulación de la práctica profesional, el pluriempleo médico, falta de control gerencial de los recursos humanos; se hace necesario una mejora

continua del desempeño de las organizaciones enfocándose a la eficacia y eficiencia en la garantía de la calidad de la atención en salud.

El diseño, la documentación e implementación del Sistema Gestión de la Calidad permitió determinar los métodos apropiados para medir la eficacia y eficiencia de los procesos, los cuales están dirigidos al seguimiento y medición de la satisfacción de los usuarios, así como al control de las no conformidades. Entre los métodos propuestos pueden citarse entrevistas o encuestas individuales, grupos de discusión, auditoría interna, autoevaluación, uso racional de indicadores, criterios de medida.

**PALABRAS CLAVES:** Sistemas de Gestión, Calidad, NTC ISO 9001:2000, Calidad Salud

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO: DESING, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF ADMINISTRATION OF QUALITY SYSTEM IN ISNOR PSYCHICAL HOSPITAL, BASED ON 9001:2000 REGULATION**

**AUTOR: GLILY TATIANA GARCIA GALLO**

**FACULTAD: INGENIERIA INDUSTRIAL**

**DIRECTOR: WILLIAM HOYOS TORRES**

### **SUMMARY**

The Quality Management System Intend. That Health Organizations, Heath Promoters and Health Services Companies, have a global view about quality and implement a Management System adequate to the specific needs of each Institution. Because of this view, we feel that it is import to integrate and qualify this topic in health quality service strategies. Ander the ISO 9001:2000, proactive leaders from different Health Organizations have placed important in order to generate a high socil impact, leadership and profitability in the health sector and general population.

There have been many failures that have appeared in the health sector: poor client attention, deficiencies in communication between health providers and users, a weak regulation of professional practices, doctors working multiple jobs at the same time



and a lack of management control of human resources. Because of all these reasons, it has become necessary to implement a continuing performance improvement plan for all organizations that emphasize the importance and effectiveness of guaranteeing health attention.

Based on documentation and implementation, the Quality Management System has created a definition of the methods to measure the effectiveness and efficiency of each process. There are several different proposed methods that can be used to follow and measure the satisfactory completion of these processes. Among these proposed methods: conducting interviews or individual surveys, discussion groups, internal hearings, self-evaluation, rational use of achievement standards, measured criteria.

**PALABRAS CLAVES:** Quality Management System, Service Companies, ISO:9001:2000 Health.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	18
1.1 NOMBRE DE LA EMPRESA	18
1.2 ACTIVIDAD ECONÓMICA	18
1.3 SERVICIOS	19
1.3.1 Actividades	19
1.3.2 Convenios	20
1.4 NÚMERO DE EMPLEADOS	20
1.4.1 Estructura Organizacional	20
1.5 INFORMACIÓN DE CONTACTO	20
1.5.1 Teléfono	20
1.5.2 Domicilio Principal	20
1.5.3 Instalaciones locativas	20
1.6 RESEÑA HISTÓRICA	20
1.7 OBJETO	21
1.7.1 Principios	21
1.7.2 Valores	21
1.7.3 Filosofía institucional	21
2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	22
3. ANTECEDENTES	24
4. JUSTIFICACIÓN	25
5. OBJETIVOS	27
5.1 GENERAL	27
5.2 ESPECÍFICOS	27
6. MARCO TEÓRICO	28
6.1 FAMILIA DE NORMAS ISO 9000	28
6.2 CALIDAD EN EL SECTOR SALUD	29

7. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	32
7.1 CRITERIOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO ISO 9001:2000	32
7.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL	35
7.3 REQUERIMIENTOS ENCONTRADOS	48
8. DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	41
8.1 ALCANCE Y EXCLUSIONES	41
8.2 COMITÉ DE LA CALIDAD	41
8.2.1 1ª Etapa. Compromiso y sensibilización	42
8.2.2 2ª Etapa. Entrenamiento y formación	42
8.2.3 3ª Etapa. Implementación del sistema de gestión de la calidad	43
	<b>Pág.</b>
8.2.4 4ª Etapa. Verificación y validación del sistema de gestión de la calidad	43
8.2.5 5ª Etapa. Implementación de acciones	43
8.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	43
8.3.1 Análisis de la matriz DOFA	44
8.3.2 Desarrollo de la Misión ISNOR	46
8.3.3 Desarrollo de la Visión ISNOR	46
8.3.4 Objetivos Corporativos ISNOR	47
8.3.5 Organigrama ISNOR	49
8.4 FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD	49
8.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS DE LA CALIDAD	50
8.6 INDICADORES	51
8.7 MAPA DE PROCESOS	53

8.7.1	Procesos estratégicos (Azul)	53
8.7.2	Procesos de realización (Amarillo vertical Izquierdo)	53
8.7.3	Procesos de Soporte directo (Amarillo vertical derecho)	53
8.7.4	Procesos de soporte directo (Amarillo Horizontal)	53
8.8	RESULTADOS DE LA FASE DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	54
9.	DOCUMENTACIÓN	56
9.1	ESTRUCTURA DOCUMENTAL	56
9.2	METODOLOGÍA PARA LA DOCUMENTACIÓN	57
9.2.1	Pasos a seguir en la fase documentación	57
9.3	MANUAL DE LA CALIDAD	58
9.3.1	Caracterización de los procesos	58
9.3.2	Procesos documentados	61
9.3.3	Control de documentos	62
9.3.4	Control de los registros	62
9.3.5	Auditoría de la calidad	63
9.3.6	Acción correctiva	64
9.3.7	Acción preventiva	65
9.3.8	Instructivos	65
9.3.9	Registros	65
9.4	ANÁLISIS DE LA FASE DE DOCUMENTACIÓN	66
9.4.1	Clasificación de los documentos según origen	67
9.4.2	Clasificación de los documentos según clase	68
9.4.5	Clasificación de los documentos según área	69
9.5	RESULTADOS DE LA FASE DE DOCUMENTACIÓN	70
10.	IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA	72
10.1	PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	72
10.2	CAPACITACIONES Y SENSIBILIZACIÓN	72
10.3	IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	76
10.4	MEJORAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	77

	<b>Pág.</b>
10.5 OTRAS ACTIVIDADES	78
10.6 RESULTADOS DE LA FASE IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA	80
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	85

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. La Norma ISO 9001:2000	28
Figura 2. Resultado Diagnóstico Inicial	35
Figura 3. Mejoramiento continuo del Sistema de la Calidad	40
Figura 4. Misión ISNOR	46
Figura 5. Visión ISNOR	47
Figura 6. Objetivos Corporativos	48
Figura 7. Política de calidad de la Clínica ISNOR	50
Figura 8. Compromiso para el cumplimiento de los objetivos de Calidad	51
Figura 9. Mapa de procesos	52
Figura 10. Sistema Documental	57
Figura 11. Documentos del sistema	68
Figura 12. Documentos según su clase	69
Figura 13. Documentos según área	70
Figura 14. Resultado Diagnóstico final	76

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Explicación detallada del diagnóstico inicial	33
Tabla 2. Descripción del nivel de desarrollo	34
Tabla 3. Valores cuantitativos de la matriz EFI y EFE	45
Tabla 4. Matriz Ponderación Factores Política de Calidad	49
Tabla 5. Indicadores	51
Tabla 6. Registros Sistema Control de Calidad Registro ISO 9001:2000	66
Tabla 7. Documentos del sistema	67
Tabla 8. Documentos según clase	68
Tabla 9. Documentos según área	69

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Organigrama ISNOR	86
Anexo 2. Diagnóstico Inicial del Sistema de Gestión de la Calidad	87
Anexo 3. Matriz EFI	109
Anexo 4. Matriz EFE	110
Anexo 5. Procesos misionales	111
Anexo 6. Ficha técnica de indicadores de Gestión de la Calidad	125
Anexo 7. Atención paciente Consulta de Urgencias	128
Anexo 8. Ingreso del paciente al servicio de urgencias	135
Anexo 9. Egreso pacientes consulta de urgencias	142
Anexo 10. Solicitud y entrega de medicamentos	147
Anexo 11. Documentos solicitados para admisión en el área de Urgencias de pacientes remitidos	150
Anexo 12. Procesos de Apoyo	155
Anexo 13. Formatos	166
Anexo 14. Diagnóstico Final del Sistema de Gestión de Calidad	179



## GLOSARIO

- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una inconformidad detectada u otra situación indeseable, se toma para prevenir que algo vuelva a producirse.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una inconformidad potencial e indeseable, o bien para prevenir que algo suceda.
- **AMBIENTE DE TRABAJO:** Conjunto de actividades bajo las cuales se realiza el trabajo de influencia significativa sobre el producto o servicio, algunas de ellas como metodologías de trabajo ubicación del lugar, interacción, instalaciones. Servicios básicos y contaminación.
- **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** Conjunto de estrategias sistemáticas realizadas para brindar la confianza de que un producto o servicio tenga los elementos y requisitos necesarios para satisfacer las necesidades del cliente de manera prioritaria. Este enfoque requiere del manual de calidad con procedimientos, funciones e instrucciones técnicas para las diferentes actividades.
- **ATRIBUTOS**

*DE CALIDAD:* Varios atributos de calidad han identificado, determinados según el esquema sistémico de entradas, estructura, procesos, salidas y procesos de retroalimentación.

*DE ESTRUCTURA:* Adecuación, accesibilidad geográfica y física, comodidad, confort y trato humano.

*DE PROCESO:* accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia, racionalidad, atención humanizada, pertinencia, eficiencia y eficacia.

*DE RESULTADO:* Satisfacción del cliente interno y externo e impacto

- **AUDITORA INTERNA:** Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias que al evaluarse de manera objetiva permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría. Las evidencias son los registros, declaraciones de hechos cuya finalidad sería verificarse.
- **CAPACIDAD:** Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumpla con los requisitos para ese producto.
- **CLIENTE:** Organización o persona que recibe un producto o servicio.
- **COMITÉ DE LA CALIDAD:** Órgano que apoya la gestión administrativa y es responsable de las decisiones con respecto a la calidad de la empresa.
- **COMPETENCIA:** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **CONFORMIDAD:** Cumplimiento de un requisito.

- **CONTROL DE CALIDAD:** Técnicas y actividades operacionales que se usan para cumplir los requisitos de calidad.
- **CALIDAD:** Se define como las habilidades que posee un producto (tangible o intangible) para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas que tiene un cliente, tiene la potencia de satisfacer las necesidades de varios clientes.
- **CALIDAD TOTAL:** Es el conjunto de filosofía, métodos y estrategias para que una empresa se movilice para producir calidad a través de la satisfacción del cliente; es un esfuerzo mancomunado, una estrategia global de gestión con direccionamiento preciso hacia una mejora continua de todos los procesos que tiene la empresa para producir los servicios y productos.
- **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- **CONTROL DE LA CALIDAD:** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad. Definido como el conjunto de técnicas y actividades operativas para verificar el cumplimiento de unas especificaciones de un producto o un servicio no ajustada al cliente.
- **DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte.

- **EFICACIA:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **EFICIENCIA:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **ENFOQUE BASADO EN PROCESOS:** Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en una entidad.
- **ESTÁNDAR:** Declaración que define la expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención. Para efectos del glosario en el Sistema Único de Habilitación se abordan de la siguiente manera:

**Estándares de recursos humanos:**

- a. Permanencia o presencialidad: estancia constante en un mismo servicio, durante el tiempo que se oferte y preste el servicio.
- b. Disponibilidad: personal que no está en servicio activo permanente, pero debe responder cuando se solicita por llamada, garantizando oportunidad en la atención.
- c. Exclusividad: personal que no puede ser compartido con otro servicio.
- d. Entrenamiento certificado: corresponde a la educación informal, es decir, las actividades de formación que no requieren necesariamente ser desarrolladas por instituciones educativas, no requieren ser autorizadas, ni implican título profesional expedido por institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación. Asimismo, es válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida con la misma institución o por las instituciones educativas

si hubiese disponibilidad. El entrenamiento certificado no es homologable ni sustituible con experiencia.

- **EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente para los criterios de la auditoría y que es verificable.
- **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** Comprende el conjunto de acciones planificadas y sistematizadas necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos e incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigida a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.
- **GESTIÓN DOCUMENTAL:** Pilar que conforma el sistema de gestión de la calidad, el cual debe incluir política y objetivos de calidad, manual de calidad, y procedimientos documentados requeridos.
- **GESTIÓN POR PROCESOS:** La organización es un conjunto de procesos que generan productos o servicios, la gestión por procesos consta de los siguientes pasos: gestión con datos e indicadores, trabajo en equipo
- **GRUPO ISO 9000:** Grupo encargado de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la clínica ISNOR S.A., conformado por la Auditora de calidad y por la autora del presente trabajo
- **MANUAL DE CALIDAD:** Documento utilizado en la descripción e implantación del sistema de calidad en el que se establecen las

políticas, sistemas y prácticas de calidad en una empresa. Es de vital importancia dentro del modelo del sistema de garantía de calidad de una organización por contener el patrón de referencia para evaluarla, contiene además la declaración del compromiso de la alta dirección con la calidad y tiene por objeto el aseguramiento de la calidad.

- Patrón de referencia para evaluar los procedimientos y evidencia los alcances y la capacidad operativa del sistema de garantía de calidad de la institución, al mismo tiempo como parámetro que garantiza la continuidad de las acciones.
- Toda institución debe contener el manual de calidad, de fácil lectura para el personal y el usuario, no solo para cumplir una reglamentación legal, sino porque su visualización permite tener una mejor idea de lo que pretende la entidad y cual es su dinamismo a la introducción de los cambios; Debe contener un plan de calidad que describa las metas y los procedimientos para alcanzarlos.
- **MANUAL DE CARGOS:** instrumento técnico que contiene las especificaciones de cada uno de los cargos de la empresa, y que aporta en cada descripción, la siguiente información del cargo: Título del cargo, Objetivo general, Actividades y/o funciones y/o tareas, requisitos de Educación y Experiencia, las relaciones que amerita el cargo, las responsabilidades que asume su ocupante y los riesgos de trabajo a que está expuesto; así como otro gran número de factores de importancia. Toda esta gama de elementos conforman al mismo tiempo la base de valoración del cargo.
- **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:** Documento en donde se describen las actividades, procesos y métodos necesarios para implementar el sistema. Tiene el propósito de estandarizar los

métodos de trabajo con el fin de hacerlos homogéneos y evitar que cada uno de los miembros de la entidad actué de manera diferente.

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:** Es un método adecuado para indagar sobre los hallazgos científicos mas actualizados y actuar conforme a ellos, por lo tanto, aseguran al paciente que su manejo se ajuste al conocimiento científico y por tanto mejore la calidad del cuidado medico. Su uso orienta y le da prioridad a la auditoría medica hacia el análisis de la evidencia y con menor importancia al estudio de los aspectos físicos de las instituciones.
- **MEJORA CONTINUA:** Acción permanente realizada con el fin de incrementar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **MEJORA DE LA CALIDAD:** Acciones emprendidas en toda la organización, para incrementar la eficacia y la eficiencia de las actividades y los procesos para suministrar beneficios agregados tanto para la organización como para sus clientes.
- **MEJORA CONTINUA:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.
- **OBJETIVO DE LA CALIDAD:** Algo ambicionado, o pretendido relacionado con la calidad.
- **PERSONAL EN ENTRENAMIENTO:** Corresponde al recurso humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha

sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los profesionales de Salud en Servicio Social Obligatorio, no son personal en entrenamiento, son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.

- **PLANIFICACIÓN DE CALIDAD:** Plataforma estratégica de la institución en donde se contempla la adaptación a los requerimientos de los usuarios, la actualización y revisión de sus técnicas para mejorar los controles, así como la de poseer herramientas como la gestión de auditorías internas, del comité de calidad, de la formación del personal, de los equipos y medios, etc...
- **POLÍTICA DE LA CALIDAD:** Intención global y orientación relativa a la calidad tal como expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y transformar elementos de entrada en resultados.
  - a. Estratégicos: establecimiento de políticas y estrategias.
  - b. Misionales: proporcionan resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su razón de ser.



- c. Apoyo: procesos dirigidos a la provisión de los recursos que son necesarios en el direccionamiento con los demás procesos.
  - d. Evaluación: necesario para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia, e incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas.
- 
- **PRODUCTIVIDAD:** Esta definida como el número de actividades realizadas por unidad de recurso existente en un tiempo, en relación al número de horas contratadas y laboradas.
  
  - **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas con la organización. Las quejas y los reclamos son un indicador habitual de una baja satisfacción, pero la ausencia de estas no implica necesariamente una adecuada satisfacción de aquel.
  
  - **SISTEMA DE CALIDAD:** Es el conjunto de la estructura de la organización; las responsabilidades, los procesos y los recursos de que se dispone para llevar a cabo la gestión de la calidad. Es el conjunto de planes formales de calidad.

## **1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA**

### **1.1 NOMBRE DE LA EMPRESA**

Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. (ISNOR)

### **1.2 ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Instituto Prestador de Servicios de Salud especializada en psiquiatría (IPS)

El Instituto atiende a pacientes con orden de hospitalización firmada por el responsable del departamento de salud o gerente y a aquellos pacientes que ingresen por el servicio de urgencia crítica que requiera hospitalización, para tal efecto los instalará en una de sus habitaciones individuales o compartidas, con baño privado, del servicio de pensionados, de acuerdo con las condiciones de salud del paciente o las indicaciones del especialista tratante. Además se compromete a atender al paciente en forma integral, lo cual comprende los servicios de consulta de médico psiquiatra, evolución, seguimiento y control del paciente hospitalizado por especialista tratante, terapia ocupacional, terapia de grupo, terapia recreacional, terapia de relajación, terapia de sueño y arteterapia, consulta de médico general y apoyo de la nutricionista.

Los servicios descritos los recibirá el paciente en forma permanente y bajo la supervisión del especialista tratante, suministrará los medicamentos y practicará los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico que ordenen los médicos especialistas tratantes.

El tratamiento integral ambulatorio comprende servicios según indicación del especialista tratante como consulta de médico psiquiatra, evolución, seguimiento y

control del paciente ambulatorio, terapia ocupacional, terapia de grupo, terapia recreacional y arteterapia, pacientes que permanecerán en el horario comprendido entre las 9 de la mañana y las cuatro de la tarde.

La Clínica mantiene actividades regulares de educación en salud mental y capacitación a la familia para una mejor comprensión de su familiar enfermo. Semanalmente existen talleres de orientación a la familia del paciente hospitalizado, una vez al mes taller de capacitación a la familia de pacientes esquizofrénicos, apoyo, orientación y consultoría a la Asociación Santandereana de Pacientes con Depresión y Pánico. Programa educativo SALUD MENTAL Y VIDA COTIDIANA realizado en la Emisora Luis Carlos Galán Sarmiento, los días sábados en el horario de 10:00 a 11:00 de la mañana.

### **1.3 SERVICIOS**

- Consulta de Urgencias 24 horas
- Consultas psiquiátricas
- Médico de turno
- Director Científico
- Médicos especialistas
- Enfermeras jefes
- Laboratorio clínico
- Trabajo social
- Consulta externa
- Psicoterapia de Grupo
- Psicoterapia de Pareja
- Psicoterapia de familia
- Hospitalización
- Hospital día
- Medicina general

- Nutrición
- Terapia recreativa
- Enfermería especial
- Psicología
- Consulta por psicólogo
- Psicoterapia individual por psicólogo
- Test de personalidad N.M.P.L.
- Test de percepción Temática (T.A.T.)
- Pruebas psicológicas a convenir
- Despacho de fórmulas (Droguería) para la consulta externa (ambulatoria)

### **1.3.1 Actividades**

La institución registra actividades de:

- Asistencia de pacientes psiquiátricos
- Tratamientos biológicos
- Psicoterapia individual y de grupo
- Labor terapia
- Terapia de familia
- Terapia de niños
- Terapia de adolescentes
- Trastornos sexuales
- Orientación y asesoría familiar
- Rehabilitación de farmacodependencia
- Rehabilitación de alcohólicos
- Atención y vivienda a pacientes de la tercera edad

### **1.3.2 Convenios**

EI INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE S.A. "ISNOR" S.A. presta sus servicios a diferentes instituciones gubernamentales y privadas como Ecopetrol, Instituto del Seguro Social, Servir - Cajanal, Servir - Saludcoop, Servir - Colpatria, Servir - Solsalud, Servir - Humanas, Servir - Cafesalud, Vivir, Colsanitas E.P.S. POS Salud, Finsema, Capruis, Capifoscal, Unidad Médico Quirúrgica Coomultrasan, Coomeva EPS, Colseguros EPS, Medisalud, Policía Nacional, Hogares Crea, Clínica La Magdalena.

### **1.4 NÚMERO DE EMPLEADOS**

57 de planta y 2 ocasionales

**1.4.1 Estructura Organizacional:** Ver Anexo 1

### **1.5 INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

**1.5.1 Teléfono:** 6432364

**1.5.2 Domicilio Principal:** La Clínica ISNOR S.A, tiene su domicilio principal en la ciudad de Bucaramanga, ubicada en la Calle 50 # 23 – 100.

### **1.5.3 Instalaciones locativas**

Hoy, en su sede propia de la calle 50 con Av. González Valencia, ISNOR le ofrece una moderna infraestructura con capacidad para 45 camas, 30 habitaciones, una sala de observación, una sala de terapia ocupacional, 4 consultorios para consulta externa, un salón-aula para estudiantes de medicina de la universidad, áreas de

esparcimiento y visita familiar, 3 salas de televisión, cafetería, amplia zona de comedores y cocina, farmacia, 3 unidades de enfermería y área administrativa.

## 1.6 RESEÑA HISTÓRICA

El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. "ISNOR" S.A., es el sueño de un prestigioso grupo de médicos psiquiatras de Bucaramanga hecho realidad. Persisten en su empeño Elizabeth Trillos de Martínez, Renate Biela Lange, Douglas Enrique Quintero, Juan Carlos Martínez, Rodolfo Rey Nuncira, Camilo Umaña Valdivieso, Julio Ernesto Sepúlveda y desde la eternidad Luis Jesús Rodríguez Reyes, Carlos Luis Ardila Cadena y Javier Jerez Medina.

ISNOR inicio actividades el 5 de septiembre de 1987 en la calle 46 No. 36-20 Barrio San Pío, con 10 camas, una enfermera jefe, 2 auxiliares y el gerente.

## 1.7 OBJETO

- ☆ **Responsabilidad social:** Ofrecer servicios de salud de alto nivel científico con calidad humana, tecnología, y compromiso social para el nororiente colombiano.
- ☆ **Calidad del servicio:** Garantizar servicios de salud competitivos, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza con los usuarios con base en la eficiencia, efectividad, eficacia, y oportunidad.
- ☆ **Competitividad:** Disponer de recurso humano idóneo y de alto perfil científico, que apoyado con el equipo tecnológico moderno, que permita a la institución liderar el sector de la salud mental.
- ☆ **Transparencia:** La labor de las personas de la empresa se caracterizará por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el desarrollo y ejercicio de su profesión.

- ☆ **Financiero:** Consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos.

### **1.7.1 Principios**

- ☆ Oportunidad
- ☆ Responsabilidad social
- ☆ Transparencia
- ☆ Eficiencia
- ☆ Respeto
- ☆ Investigación

### **1.7.2 Valores**

- ☆ Solidaridad
- ☆ Ética
- ☆ Profesionalidad
- ☆ Compromiso
- ☆ Conocimiento

### **1.7.3 Filosofía institucional**

Su filosofía institucional permite contar con una institución de asistencia psiquiátrica privada, que permite ofrecer a la comunidad las más modernas técnicas de tratamiento de los trastornos emocionales y mentales, a través del mejor equipo de grupo de profesionales experto y especializados de reconocida trayectoria y experiencia profesional como son médicos psiquiatras, psicoanalista, terapia ocupacional, terapeuta recreativa y personal paramédico con capacitación

en psiquiatría desarrollándose los procedimientos de alta calificación en nuestro modelo de calidad y servicio a pacientes



## 2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A raíz de la expedición del Decreto 2309 en el contexto de la Ley 100, referente al Sistema de Garantía de Calidad se requiere propiciar un aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Lo anterior se traduce en que las Organizaciones de la salud, empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tengan una visión integral de la calidad e implementen un sistema de gestión adecuado a las necesidades específicas de cada Institución en particular, para lo cual se requiere integrar y cualificar en el tema de la estrategia de calidad en servicios de salud, énfasis en servicio, bajo la Norma ISO 9000:2001, a los líderes proactivos de las diferentes Organizaciones de la Salud, a fin de generar un cambio de alto impacto social, liderazgo y rentabilidad en el sector de la salud y su población en general.

Instaurar la estratégica de calidad en servicios de salud - énfasis en servicio - bajo la norma ISO 9001: 2000, trae beneficios implícitos indiscutibles, entre otros señalamos:

- Facilita y promueve el trabajo en equipo
- Mejora el clima organizacional
- Facilita la inducción y el entrenamiento
- Fortalece la relación con los proveedores
- Genera confianza en los clientes, usuarios, pacientes y proveedores porque todo se elabora con base en estándares previamente acordados
- Facilita a la Empresa participar en mercados, entre ellos de exportación, donde exigen alta calidad.

Actualmente el marco social e histórico que vivimos a nivel mundial, nos atribuye que es de gran importancia gestionar calidad en los servicios de salud, esto se debe a que por un lado la población cada día exige como consumidor servicios

que garanticen sus expectativas, y por otro lado existen organizaciones internacionales que apoyan la idea de mejorar el desempeño en los sistemas de salud de diferentes países.

La calidad es una exigencia creciente de los mercados y de los clientes. Es una necesidad para la supervivencia de la empresa, pero encima de todo es lo que da sentido a la actividad económica y social de cualquier institución, empresa u organismo. Las normas internacionales que ofrecen un camino para asegurar la calidad de un servicio determinan “qué” se debe hacer en materia de gestión de calidad, sin embargo cada Institución de acuerdo con sus características propias determina “cómo” realizarlo.

La Clínica ISNOR se ubica en un sistema de salud privado, brindando la ventaja de pertenecer en cuadro que le permite ser altamente competitivo y contar con los criterios perfectamente determinados en cuanto a la oferta y la demanda de servicios de salud mental, orientándose al liderazgo para garantizar un servicio de calidad a cada uno de sus usuarios.

Muchos de los problemas a los que se enfrenta durante el proceso de documentación coinciden con los de toda organización y principalmente son consecuencia de las deficiencias en la comunicación, como ejemplo se puede recordar el juego del teléfono descompuesto donde una información primaria después de ser reproducida por varios individuos, el usuario final emite una información distinta a la generada originalmente.

Un sistema de documentación pretende lograr la comunicación considerando las desventajas de la comunicación oral. La información en la comunicación oral es transitoria debido a que permanece solo en la memoria de quien la emite y de quien la recibe. Por lo contrario la comunicación escrita hace que la información

sea precisa, un documento genera consistencia en los procesos y permite su estandarización.

La documentación de los procesos de una empresa permite la preservación de la tecnología, dar rastreabilidad a los procesos, recolectar datos y observaciones que al ser revisado permiten la implementación de mejoras y tomar decisiones correctas. Es bien claro que un sistema de documentación es una ventaja competitiva. El sistema de documentación tiene por objetivos fundamentales controlar y estandarizar. Se debe entender el sistema de calidad como “el conjunto total de los mecanismos de control necesarios para lograr la calidad y mantenerla”.

El sistema de calidad y sus mecanismos deben estar contruidos de manera que resuelvan tres preguntas:

¿Qué se está haciendo?

¿Por qué se está haciendo?

¿Está bajo control?

Lo anterior se resume en la difundida frase en las empresas con un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), “Escribir lo que se debe hacer, hacer lo que está escrito y documentar que se hizo”.

Dentro del SGC el sistema de documentación se convierte en un recurso para facilitar la comunicación, una evidencia y un control, que correctamente tiene como consecuencia la mejora continua de los procesos, que para ala empresa se traduce en una actividad promotora de éxito empresarial.

### **3. ANTECEDENTES**

En todo el mundo se han difundido diversos sistemas de certificación o acreditación y se han convertido ahora en una potente herramienta mercadotécnica, en donde las empresas fincan una gran parte de su estrategia con la finalidad de difundir que vigilan la calidad de sus productos o de sus servicios. Esto mismo se ha desarrollado en el campo de la salud, en donde cada vez mas establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, procuran apegarse a un programa de Certificación para iniciar el desarrollo de su sistema de gestión de calidad, basada en la norma ISO 9001:2000 debido a que se desea una prestación de servicio mas eficiente y eficaz donde el usuario sea el verdadero centro de atención realizando los cambios necesarios en el entorno y así obtener la satisfacción en un servicio oportuno, pertinente, accesible y confiable.

Estas ideas llevan a plantear la necesidad de gestionar las organizaciones en el país de forma muy distinta a como históricamente se hacía hace muy poco tiempo atrás, por tanto se quiere modernizar instaurando la necesidad que sus empresas se apoyen en la certificación de calidad y así poder ofrecer a sus usuarios la seguridad de la mejor prestación del servicio, para esto ha creado el INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) quien prepara los Auditores de Calidad que a la vez certifican a las empresas que cumplen todos los niveles de calidad que exige la norma internacional.

La Clínica Psiquiátrica ISNOR actualmente realiza el proyecto para la Acreditación en Salud, por tal motivo hasta este momento se piensa implementar y ejecutar la estandarización de los procesos para mejorar sus servicios y prestigio ante la competencia; por ello la realizadora de este proyecto será encargada en diseñar, documentar e implantar el sistema de gestión de calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Debido a las falencias que se han presentado en el sector salud por la mala atención al cliente, deficiencias en la comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios, la débil regulación de la práctica profesional, el pluriempleo médico, falta de control gerencial de los recursos humanos; se hace necesario una mejora continua del desempeño de las organizaciones enfocándose en la eficacia y eficiencia en la garantía de la calidad de la atención en salud.

El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente ISNOR S.A., basado en los problemas anteriormente expuestos que aquejan el sector de la salud, siente la necesidad de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000 conociendo que la obtención de la certificación es una estrategia de gestión de la calidad que si se implementa correctamente puede transformar la perspectiva de la prestación de servicios de salud la cual garantizará procesos eficaces y exactos para dar una imagen de una institución sólida y confiable a las EPS, sus pacientes y demás partes interesadas propiciando mejoras continuas al servicio médico, profesional, operativo y administrativo.

Para esto se realizará una investigación aplicada en los procesos prioritarios de la organización, que se dividen en cinco:

1. Consulta Urgencias
2. Consulta externa
3. Hospitalización
4. Investigación
5. Farmacia

Con el fin de estandarizarlos y así poder conseguir el incremento de los beneficios, una prestación óptima de los diferentes servicios, con elementos claves de atención al paciente y su familia, con personal de alto nivel de participación y compromiso especializados en el tema, y de esta manera cumplir con los requisitos de los clientes y partes interesadas, proporcionando la satisfacción del usuario y la mejora en el buen uso de los recursos.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Diseñar, documentar e Implementar un sistema de gestión de la calidad de la Clínica Psiquiátrica ISNOR, basado en la norma ISO 9001:2000.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- Realizar el diagnóstico de calidad de la Clínica Psiquiátrica ISNOR S.A. para conocer la situación actual de la empresa.
- Determinar los tipos de documentos que deben existir en la organización para garantizar que los procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas.
- Establecer política de calidad y objetivos de calidad de la institución.
- Realizar el mapa de procesos con sus respectivas caracterizaciones de cada proceso.
- Realizar el manual de calidad.
- Sensibilizar a la organización para que sean partícipes de Sistema de Gestión de Calidad.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2000, en la organización teniendo en cuenta los criterios que este exige.
- Proponer acciones de mejora en los procedimientos que se involucren por medio de la Auditoria Interna de la calidad.

## **6. MARCO TEÓRICO**

### **6.1 FAMILIA DE NORMAS ISO 9000**

ISO 9000 es un conjunto de normas encaminadas a estandarizar un sistema de gestión de la calidad enfocado a los procesos y al cumplimiento de los requerimientos del cliente. Fueron desarrolladas por ISO (Interacional Organization for Standardization) para poder ser utilizadas por empresas grandes o pequeñas y de cualquier tipo, sea de servicios, manufactura o comercialización.

La Organización Internacional de Normalización fue fundada en 1947 como una entidad sin ánimo de lucro, cuyo propósito es redactar y publicar normas de todo tipo con la participación de diferentes instituciones en el mundo dedicadas a la normalización. Actualmente cuenta con asociados en 100 países.

En Colombia se encuentran las siguientes entidades acreditadas por la Superintendencia de Industria y Comercio para otorgar certificados de Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001 versión 2000: Bureau Veritas QI de Colombia, Corporación Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico -CIDET, ICONTEC, Internacional Certificación and Training S.A.- IC&T y finalmente SGS.

La familia de normas ISO 9000 nace da la necesidad de estandarizar conceptos acerca de la calidad en todo el mundo, para así facilitar el comercio de bienes y servicios a nivel internacional. Esto se debe a que no se encarga de certificar productos o servicios específicos, sino formar un Sistema de Gestión de la Calidad integral que esté enfocado a los procesos que tengan que ver con la realización del producto o servicio y los requerimientos y valores esperados del cliente que llevan a su realización.



Para lograr un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz, eficiente y de fácil implementación, ISO 9000:2000 propone los siguientes principios de gestión de la calidad, los cuales serán aplicados en La Clínica ISNOR de la Ciudad de Bucaramanga

ISO 9001:2000 está conformada por los requisitos mínimos que debe tener un sistema de gestión de la calidad cuando una organización necesite demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente productos que satisfagan lo requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables y aspire a aumentar la satisfacción del cliente <sup>1</sup> y está orientada al mejoramiento de la eficacia.

Figura 1. La Norma ISO 9001:2000



Fuente: <http://www.javeriana.edu.co/biblios/tesis/ingenieria/tesis56.pdf>

<sup>1</sup> NORMA NTC ISO 9001:2000

## 6.2 CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

La “Calidad en el Sector Salud” es un término que se viene desarrollando a partir de las políticas neoliberales de la globalización, políticas que pretenden dejar a un lado al sistema de salud manejado por el Estado. Hasta hace unos años el Sistema de Salud en Colombia era administrado principalmente por el Estado, esto generó que se le restara una fuente de ingresos y de trabajo a la parte privada de la economía o lo que bien se conoce como Familia. <sup>2</sup>

La Familia se encarga de producir y reinvertir en el estado por medio de los impuestos; además de generar un ahorro el cual permite hacer inversiones para nuevos negocios. Por lo tanto al quitarle una porción tan grande como es la salud, la parte privada o familia reduce el flujo de inversión y el ahorro se ve realmente disminuido, hoy en día con la evolución de las políticas, en Colombia se empezó a dejar atrás un sin número de paradigmas y se inicio a el cambio “Neoliberal”, el cuál trae consigo una mentalidad centrada en “La calidad en el servicio”, no solo en el sector salud si no también en todo tipo de servicio o producto que pretenda sobrevivir en el mundo actual.

Es necesario que toda empresa, bien sea productiva o prestadora de servicios, implemente en su organización todos y cada uno de los esquemas que van encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes; esto le va permitir competir frente al creciente mercado.

Para describir el término “Calidad en el Sector Salud” es necesario determinar el concepto que se tiene por calidad, en primera instancia se puede entender como “La totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que

---

<sup>2</sup> <http://www.javeriana.edu.co/biblios/tesis/ingenieria/tesis56.pdf>

les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”<sup>3</sup>

Se habla de totalidad, ya que es imposible determinar la calidad enfocándola en un solo punto, la calidad debe integrar todos los componentes del servicio prestado logrando en conjunto complacer las expectativas que posean los clientes o receptores del servicio. Estas expectativas suelen ser de dos tipos: Aquellas de condición técnica, las cuales se encargan de suplir las condiciones básicas e indispensables del servicio; y aquellas de condición funcional, estas son las forma como es prestado el servicio y a su vez la manera como es percibido por le cliente.

La calidad en general es un término subjetivo ya que va sesgado frente a lo que cada individuo posee por necesidad y expectativa, existirán personas que pretenden que los servicios, bien sea en esta caso de prestados en el sector salud, se den bajo ciertas condiciones que le ofrezcan mayor valor agregado, mientras que otras simplemente pretender recibir los servicios básicos e indispensables.

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones de Calidad, entre las mas relevantes se tienen: “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1988) o las más conocida: “Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.

---

<sup>3</sup> <http://www.javeriana.edu.co/biblios/tesis/ingenieria/tesis56.pdf>

Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica” (Dr. Avedis Donabedian-1984).<sup>4</sup> Las anteriores dos definiciones enmarcan lo que para toda institución o entidad prestadora de servicios en salud significa la calidad, básicamente es identificar lo que el cliente o paciente pretende recibir como servicio básico y aparte identificar lo que requiere para exceder sus expectativas en el trato interpersonal.

La calidad de salud debe ir enfocada en el paciente. Debe lograr y mantener la satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas de sus clientes, pacientes y/o usuarios, El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender el por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferente al momento de acudir a los servicios de salud.

Además de lo anterior, la calidad en salud da seguridad a la Alta dirección de que los recursos económicos no están siendo desperdiciados, aumenta el desempeño, la coordinación y la productividad en general de la entidad.

Todo lo anteriormente dicho se encuentra enmarcado en la legislación colombiana, aquí expresamente se dice que: “La Calidad de la Atención de Salud

---

<sup>4</sup> OTERO M, Jaime. - Dr. Jaime I. Otero I. “Dimensiones de la Calidad en los servicios de la salud”. Revista gerencia de la salud, artículo 260. Colombia. 2003

se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.<sup>5</sup>

La calidad en los servicios médicos y en general en la salud, no va simplemente relacionada a los medios, la tecnología, la automatización, los conocimientos y habilidades que se posean, si no también tiene relación con la forma, actitud y aptitud de aquellas personas que se encargan de prestar el servicio, ellos deben estar conscientes que su trabajo afecta directamente a otros individuos y debe ser orientado a la total satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y/o usuarios, Vale la pena resaltar que la calidad en salud es de gran importancia porque en este caso el eje fundamental de las entidades es la individuo o paciente como tal y en este caso entra a jugar un papel muy importante el lado humano de las personas.

---

<sup>5</sup> DECRETO No. 2309, artículo 4º de 2002.

## **7. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Una de las primeras fases del proyecto de diseño del sistema de gestión de la calidad para la Clínica ISNOR consiste en determinar cual es el estado en el que se encuentra la organización frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

Para realizar este análisis, se diseñó una lista de control, la cual contiene los requisitos de la norma ISO 9001:2000, con el fin de calificarlos según su grado de cumplimiento o si no aplica.

Los resultados de la lista de control se utilizarán para elaborar un plan de Implementación del diseño del sistema de calidad para el ISNOR. Una vez completado el análisis de la situación, éste determinará lo siguiente:

- Procedimientos que cumplen la norma y que han sido documentados.
- Procedimientos que cumplen la norma y que deben ser documentados
- Procedimientos que no cumplen la norma y que deben ser modificados
- Procedimientos requeridos por la norma y que actualmente no han sido documentados

La situación actual del ISNOR, se determinó practicando en cada una de las áreas de servicio la lista de control, por medio de la cual se determina la conformidad de los requisitos de la norma respecto a la documentación y procedimientos que actualmente se practican en cada uno de los servicios de la organización.

## 7.1 CRITERIOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO ISO 9001:2000

Tomando como guía la NTC ISO 9001:2000, se creó una tabla en el cual describe cada numeral de la norma para así dar un juicio valorativo respecto de cada requisito exigido por esta. (Ver tabla 1.)

**Tabla 1. Explicación detallada del diagnóstico inicial**



Fuente. Modificación de lo expuesto en trabajo de Grado Diseño Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Empresa Satraes S.A. bajo la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 presentado por Johanna Paola Ramírez Niño.

Tomando como base la NTC ISO 9001:2000, se creó un formato que se presenta a continuación.

La metodología en el que se desarrolló el diagnóstico inicial es un enfoque simple basado en un nivel de desempeño fácil de entender para determinar el grado relativo de desarrollo del sistema de gestión de la calidad de la Clínica Isnor S.A. e identificando sus fortalezas y debilidades, la cual fue evaluada como se muestra en la Tabla .2.



**Tabla 2. Descripción del nivel de desarrollo**

<b>NIVEL DE DESARROLLO</b>			
%	ABREVIATURA	NIVEL DE DESEMPEÑO	ORIENTACION
	NA	No aplica	Requisito no aplicable bajo parámetros de exclusión de la NTC ISO 9001:2000
0%	SA	Sin Aproximación Formal	No hay una aproximación sistemática evidente, sin resultados
25%	II	Implementado informalmente	Existe un enfoque del elemento, y se ha implementado informalmente en el sistema de gestión de la calidad.
50%	DP	Aproximación del Sistema de gestión de la calidad	Existe el enfoque del elemento en el sistema de gestión de la calidad de la empresa, se ha documentado completamente y se practica como se ha documentado.
75%	AI	Se han realizado Auditorías Internas	Existe el enfoque del elemento en el sistema de gestión de la calidad de la empresa, se ha documentado, lleva implementándolo algún tiempo

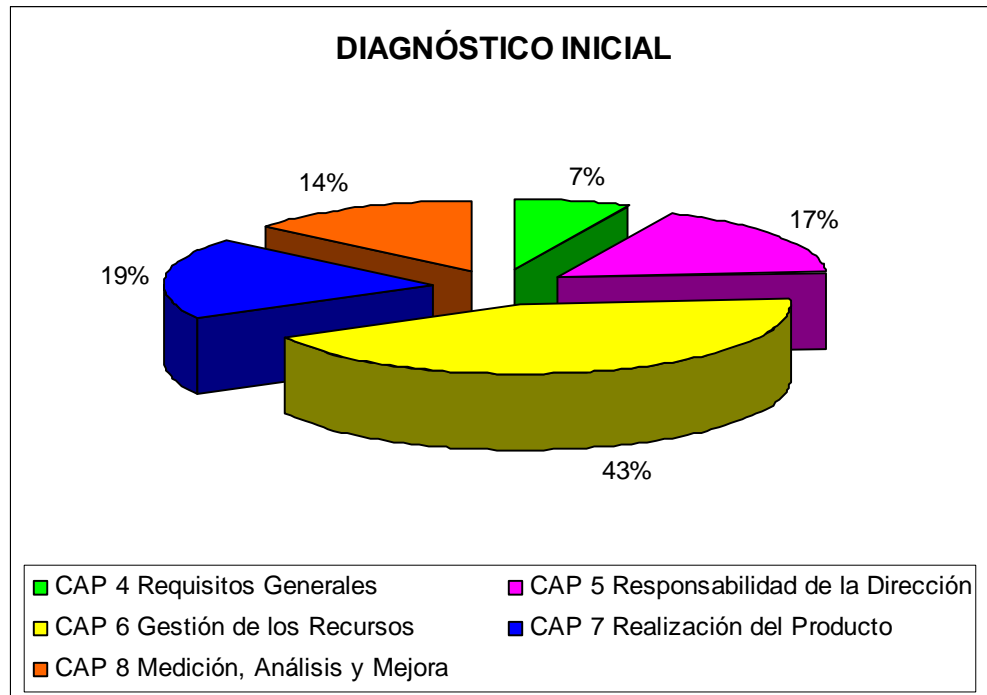
			en la práctica diaria como se ha documentado, se lleva registros de calidad y se han realizado auditorías internas de la calidad sobre el elemento en cuestión.
100 %	MC	Desempeño de “mejor en su clase”	Existe el enfoque del elemento en el sistema de gestión de la calidad de la empresa, se ha documentado, lleva implementándolo algún tiempo en la práctica diaria como se ha documentado, se lleva registros de calidad y se han realizado auditorías internas de la calidad sobre el elemento en cuestión y se han implementado acciones correctivas y preventivas con los resultados de las auditorías internas practicadas, se evalúa la efectividad del sistema y se establecen planes de mejoramiento sostenidos.

Fuente. Autora

Según lo expuesto anteriormente se observa en el *Anexo No. 2. Matriz diagnóstico inicial*, la autoevaluación con base del sistema de gestión de la calidad, concordante con la norma NTC ISO 9001:2000, se detectara la eficacia y eficiencia en la Clínica ISNOR.

## 7.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

Figura 2. Resultado Diagnóstico Inicial



Fuente: Investigadora

En la figura 2 se observa que solo el 7% de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 correspondientes al capítulo 4 están siendo cumplidos en su totalidad, estos requisitos son los objetivos a cumplir respecto de requisitos generales, lo que significa que en la empresa no se ha establecido, documentado, implementado ni mantenido el Sistema de gestión de la Calidad.

Respecto del capítulo 5, Responsabilidad de la Dirección, arroja como resultado solo de 17% de cumplimiento, lo que significa que se encuentra en el nivel de desempeño sin aproximación formal basado en compromiso de la alta dirección,

con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

La Gestión de los Recursos, correspondiente al capítulo 6, indica solo el 43% de efectividad, lo que significa que el enfoque está implementado informalmente, es decir que la organización determina y proporciona los recursos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para el capítulo 7, Realización del producto, que para el caso de la Clínica corresponde a servicios, arroja un 19%, es decir que la institución está en el nivel de desempeño sin aproximación formal al Sistema de Gestión de la Calidad, con la planificación y desarrollo de los procesos necesarios para la realización del servicio para este caso.

Finalmente lo correspondiente al capítulo 8, Medición, Análisis y Mejora genera un 14% de efectividad, que se traduce en un enfoque sin aproximación formal de acuerdo al nivel de desempeño, ya que la empresa no tiene muy bien planificado e implementado los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta que la gestión de la calidad se circunscribe a la identificación de los procesos, con lo cual se pretende que cada uno de los colaboradores identifique los procesos existentes; en cuáles se encuentra involucrado; los procesos con los que interactúa; los informes periódicos que debe presentar y finalmente las actividades que se realizan dentro de estos procesos, y dado que dentro de la cultura organizacional de la Clínica no se tiene un enfoque hacia los procesos, se genera una estructura operacional con base en los procesos identificados fueron los siguientes:

- Proceso de Dirección
- Proceso de Apoyo

- Proceso Misional

### **Proceso de Dirección:**

Dentro de esta área se deben realizar todos los procedimientos relacionados con compras de suministros e insumos básicos para la operación de la Clínica al igual de todo lo relacionado con la elaboración de facturas, documentos contables y todos aquellos requeridos por la ley como son los registros individuales de prestación del servicio entre otros.

Además, se incluye la labor de recepción donde se identifica y se toman los datos principales del paciente para direccionarlo a lo largo de la estancia en la clínica.

Este proceso se relaciona directamente con el área financiera y de talento humano ya que les brinda apoyo y es a quienes tiene que reportar todas sus actividades.

Debe manejar información de tipo confidencial, ya que necesita información de los clientes empresa, de pacientes y del interior de la organización para poder efectuar su operación.

Debe realizar informes tales como el registro de compras, informe de facturación, reporte de Registros Individuales de la Prestación del Servicio, y documentación varia que apoyan los procesos de la empresa.

A esta área corresponde el cuadro de gestión de los capítulos 4 y 5 de la Norma ISO 9001:2000 y como se pudo observar en la figura 2 son las dos áreas más deficientes ya que su porcentaje de cumplimiento apenas alcanza el 24%.

### **Proceso de Apoyo:**

Esta área es la encargada de coordinar todo lo relacionado con recaudo de cartera para proporcionar estabilidad económica a la empresa, coordinar la labor de contabilidad y velar porque se cuente con los recursos suficientes que garanticen la actividad propia de la clínica.

Se encarga de elaborar las evaluaciones de desempeño y demás labores de talento humano como lo son pago de nomina, incentivos entre otros para brindar bienestar y generar buen ambiente de trabajo.

Esta área se comunica con:

- La recepción, ya que en esta se realizan recaudos de caja menor provenientes de la prestación del servicio.
- La coordinación a servicio al cliente, porque esta apoya la labor financiera y coordina toda la parte comercial.
- La parte administrativa, por los informes entregados de facturación y demás.
  
- Presenta informes relacionados con el recaudo de cartera, liquidación de nomina,
- informes de capacitaciones, contratación, evaluaciones de desempeño, entre otros.

Este proceso comparado con el anterior proceso es el de más alto cumplimiento el cual alcanza un 43% de efectividad, sin embargo, no deja de ser preocupante dada su importancia en el proceso de consolidación del objeto social de la clínica.

### **Proceso Misional:**

Esta área se encarga de la intermediación entre el cliente empresa y Clínica., de manera que se puedan identificar todos sus requerimientos y necesidades, para así poder realizar la planificación de los servicios a prestar. Además atiende las quejas, reclamos y sugerencias para mejorar el servicio y dar respuesta inmediata a los clientes.

Tiene relación con todas las áreas de la organización ya que esta es la encargada de direccionar los servicios a prestar y además debe conocer la capacidad para ofrecer el portafolio de servicios a clientes potenciales.

Presenta informes tales como la vinculación de nuevos clientes, quejas y reclamos recibidos, análisis de la evaluación del servicio, entre otros.

### **7.3 REQUERIMIENTOS ENCONTRADOS**

#### ***Capítulo 4: Sistema de Gestión de la Calidad***

A este capítulo compete todo lo relacionado con los requisitos generales y de documentación, donde se encontró después de la revisión que ningún requisito se cumplía completamente. En este capítulo se debe cumplir los siguientes requisitos de documentación, registros y/o procedimientos:

- Documentar el sistema de gestión de calidad.
- Procedimientos necesarios para asegurar que la operación y el control de los procesos son eficaces.
- Política de calidad
- Objetivos de calidad
- Manual de calidad
- Procesos documentados exigidos por la norma

- Procesos documentados para asegurarse de la planeación operación y control de procesos
- Registros requeridos por la norma
- Documentos relacionados con el control de documentos internos y externos
- Procedimiento para el control de registros
- Procedimiento para el control de documentos

### ***Capítulo 5: Responsabilidad De La Dirección***

Básicamente en la evaluación de este capítulo se encontró que por parte de la dirección existe un gran compromiso a la hora de diseñar un sistema de gestión de la calidad.

Además la gerencia se encuentra totalmente enfocados a satisfacer a sus clientes y brindarles un excelente servicio basándose en la calidad de los servicios prestados.

Los requisitos faltantes son los correspondientes a estructuración, documentación y redacción de procedimientos, registros y documentos requeridos tanto por la norma como por parte de la empresa. Entre los requisitos faltantes se encuentran:

- Definición de las políticas de calidad.
- Definición de los objetivos de calidad.
- Registro de revisión por la dirección

### ***Capítulo 6: Gestión de Recursos***

En este capítulo los requisitos que se cumplen completamente corresponden a aquellos que se relacionan con la parte estructural de los recursos humanos de la empresa, es decir se sabe que se cuenta con personal idóneo y que se les brinda



los recursos y medios necesarios para desarrollarse y realizar en forma óptima sus labores; pero de igual forma no se encuentra documentado ninguna procedimiento, ni existe evidencia alguna de los diferentes procedimientos que se llevan a cabo en función del personal de la clínica.

Los documentos, registros y o procedimientos exigidos por la norma ISO 9001:2000 son:

- Registro de competencia de personal

### ***Capítulo 7: Realización del Producto (Servicio)***

La evaluación de los numerales que involucran la realización del producto/servicio en el sector de la salud mental está conformado por la planificación y realización del servicio, procesos relacionados con el cliente, compras, producción y prestación del servicio y finalmente el control de dispositivos de seguimiento y medición, que en su conjunto arrojan que el 80% de los requisitos de la norma se cumplen de manera parcial.

### ***Capítulo 8: Medición, Análisis y Mejora***

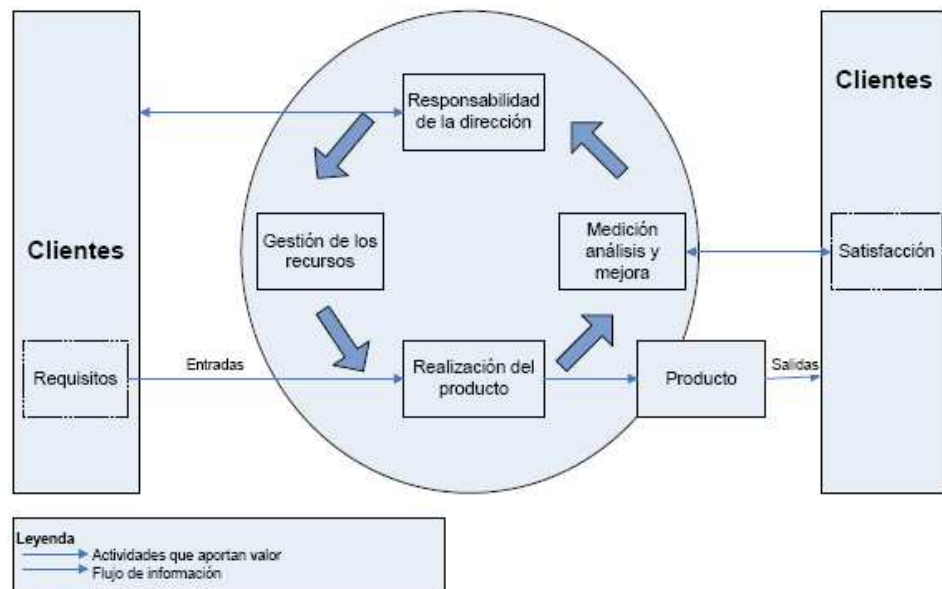
Este capítulo pide que se establezcan procesos de inspección y supervisión para demostrar en todo momento la conformidad del servicio, del sistema de gestión y de la mejora continua.

La lista de control aplicada arroja que no se cumplen los requisitos de documentación necesarios, estos son:

- Registro de realización de auditorías internas
- Registro de seguimiento y medición del servicio
- Registro de no conformidad

- Registro de acciones correctivas
- Registro de acciones preventivas
- Procedimiento para la planeación y realización de auditorías internas
- Procedimiento de control servicio no conforme
- Procedimiento acciones correctivas
- Procedimiento acciones preventivas

Figura 3. Mejoramiento continuo del Sistema de la Calidad



Fuente: NTC ISO 9001:2000. Sistema de gestión de la calidad

El mejoramiento continuo del sistema de calidad parte de la percepción que tiene el cliente o usuario de la institución, a la cual se aplica la gestión de recursos para el mejoramiento del servicio, procesos de inspección y supervisión para demostrar en todo momento la conformidad del servicio todo ello bajo la responsabilidad de la dirección para ofrecer un producto/servicio mejorado al cliente.

## **8. DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **8.1 ALCANCE Y EXCLUSIONES**

El éxito de un sistema de gestión de la calidad, al igual que todo proceso que se realice dentro de una organización, se basa fundamentalmente en el recurso humano, ya que son ellos los encargados de implementar y poner marcha cada una de las actividades y procedimientos que componen el sistema de gestión de la calidad.

Es por esto que en la Clínica ISNOR, se toma la decisión de diseñar un modelo de divulgación para capacitar a los diferentes colaboradores que componen la organización, ya que se sabe de ante mano que de ellos depende en gran parte, el éxito o fracaso de la gestión de cambio que se avecina.

El alcance del sistema está representado por los procesos que aplican en el sistema obligatorio de garantía de la calidad que aplican en el nivel II de complejidad que para el caso de la Clínica Isnor está representado por tres procesos (dirección, misional y apoyo)

En el caso del sistema direccional incluye la Gestión Organizacional, gestión científica y gestión de calidad. El proceso misional compete a consulta de urgencias, hospitalización, consulta externa, investigación y farmacia. Y finalmente el proceso de apoyo representado por servicios generales, gestión de talento humano, servicio de alimentación y la gestión financiera.

Son excluidas en la implementación del sistema de gestión de la calidad actividades relacionadas con los numerales 7.3 (Diseño y Desarrollo), la Clínica ISNOR realiza diseño a los servicios, las técnicas de salud mental son

desarrolladas de igual manera en todo el entorno lo que la diferencia es que se acondiciona a el medio y su equipo. Otro requisito que se excluye es el 7.5.2 (Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio), porque los productos y/o servicios resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores, dado que el paciente mental se estabiliza, no se cura.

## **8.2 COMITÉ DE LA CALIDAD**

Con el objeto de implementar el sistema de gestión de la calidad en la Clínica Isnor, el primer para está condicionado a la creación del comité de la calidad, con el cual se pretende amortizar los procesos y procedimientos necesarios para tal fin.

El comité de la Calidad es creado mediante convocatoria de la Asamblea de Socios y designación a la Gerencia (representante Legal), quien en asocio con Gestión de Talento Humano y los directores de Proceso da inicio a las actividades de implementación del sistema.

El cronograma de trabajo confeccionado para tal fin establece reuniones semanales en las que se ofrecen informes de no conformidades reportadas en el mismo período. En dicha reunión se procede a efectuar revisión de estos procesos, generándose datos estadísticos que son relacionados más adelante en desarrollo del presente documento.

Así mismo, el comité propone para la puesta en marcha del sistema de gestión de la calidad las siguientes etapas:

### **8.2.1 1ª Etapa. Compromiso y sensibilización**

Para la realización de esta etapa se proponen los siguientes puntos:

- Realizar sensibilizaciones a todo el personal de la clínica
- Montar carteles en las instalaciones de la organización para dar a conocer la política y los objetivos de calidad
- Generación del clima organizacional favorable para el desarrollo, mantenimiento y mejora de los procesos
- Nombrar el representante por la dirección y el comité de calidad, dándoles a conocer sus funciones dentro del sistema de gestión de la calidad
- Comprometer a cada uno de los colaboradores con la implementación del sistema
- Comunicar el diseño realizado del sistema de gestión de la calidad y periódicamente los avances en la implementación.

### **8.2.2 2ª Etapa. Entrenamiento y formación**

Como actividades preliminares a la implementación se proponen los siguientes puntos:

- Capacitar a los miembros de la organización en los términos básicos de la norma ISO 9001:2000
- Entrenar los diferentes cargos en el uso de manuales, documentos, registros e instructivos de trabajo
- Realizar capacitaciones en el uso del manual de calidad

### **8.2.3 3ª Etapa. Implementación del sistema de gestión de la calidad**

En la implementación la Clínica ISNOR debe realizar:

- Poner en práctica la documentación y registros establecidos para cada uno de los procesos
- Garantizar los recursos necesarios para la realización de las actividades

#### **8.2.4 4ª Etapa. Verificación y validación del sistema de gestión de la calidad**

Dentro de esta etapa se deben realizar auditorías internas periódicas que evidencien como va el proceso de implementación y una gran auditoría al final del proceso para determinar si la empresa se encuentra en condiciones de recibir a un ente certificador. Algunas actividades a realizar son:

- Seleccionar y formar auditores internos de calidad
- Realizar auditorías internas periódicas a los diferentes procesos con el fin de conocer los avances de la implementación
- Levantar las acciones correctivas, preventivas y no conformidades
- Revisar los resultados de las auditorías con la gerencia.

#### **8.2.5 5ª Etapa. Implementación de acciones**

A partir de los resultados de las auditorías y de las revisiones por la gerencia, se deben implementar las acciones establecidas y corregir las no conformidades. Se proponen las siguientes actividades:

- Implementar acciones preventivas
- Implementar acciones correctivas
- Corregir no conformidades

### **8.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

El direccionamiento estratégico, consiste en pensar y construir un futuro para la organización, en un entorno dinámico, determinando qué es lo que se quiere lograr y cómo lograrlo, conociendo las capacidades propias y adaptándose.

Luego de realizar un análisis de la situación presentada en el diagnóstico inicial de la Clínica ISNOR., se procede a estructurar el sistema de sostenimiento de la calidad de la empresa, para esto se lleva a cabo el direccionamiento estratégico en el cual se da a conocer la planeación estratégica con el fin de lograr los objetivos y metas planteadas.

El direccionamiento estratégico se sustenta en un sistema de valores y creencias compartidos; la gente, la estructura organizacional, los procesos de toma de decisiones y los sistemas de control interactúan para producir normas de comportamiento.

Una fuerte cultura puede contribuir substancialmente al éxito a largo plazo de las organizaciones al guiar el comportamiento y dar significado a las actividades. Las culturas fuertes atraen, recompensan y mantienen el apego de la gente que desempeña roles esenciales y cumple con metas relevantes.

Una de las responsabilidades más importantes del direccionamiento estratégico es dar forma a los valores y normas culturales. La cultura puede ser un bien o una obligación. Puede ser una ventaja debido a que las creencias compartidas facilitan y ahorran las comunicaciones, y facilitan la toma de decisiones. Los valores compartidos facilitan también la motivación, la cooperación y el compromiso. Esto conduce a la eficiencia de la organización.

Sin embargo, una cultura fuerte que no es apropiada para un medio organizacional y una estrategia básica puede ser ineficiente. Es importante tener congruencia entre la cultura, la estrategia y el estilo administrativo. La cultura y la personalidad afectan el estilo y la filosofía administrativa. La filosofía administrativa de una persona es un sistema de valores, creencias y actitudes que guían su comportamiento.

El estilo se refiere a la forma en que se hace algo; es una manera de pensar y actuar. El estilo administrativo es una manera particular en que un administrador se comporta, con las limitaciones que le impone la cultura organizacional y guiado por su filosofía personal. Las creencias básicas sobre la gente afectan el enfoque para diseñar las organizaciones y administrarlas. Las suposiciones sobre la gente tienden a convertirse en profecías que se cumplen.

### **8.3.1 Análisis de la matriz DOFA**

Este análisis representa un esfuerzo para examinar la interacción entre las características particulares de la empresa y el entorno en el cual se compete, de igual manera este análisis establece los indicadores y la obtención de exactitud en la medición de ellos.

El análisis DOFA está enfocado hacia los factores claves de éxito de la empresa y resalta fortalezas y las debilidades diferenciales internas, al compararlo de manera objetiva y realista con la competencia y con las oportunidades y amenazas claves del entorno.

En la realización del análisis DOFA: primero se examinó la parte interna de la empresa que tiene que ver con las fortalezas y las debilidades, en este aspecto se tiene grado de control, segundo se examinaron las oportunidades que ofrece el mercado y las amenazas que enfrenta la empresa de tal manera que se pueda



aprovechar las oportunidades y anular las amenazas, ocurrencia donde no se tiene control alguno.

Para la elaboración de la matriz factores determinantes del éxito interno (EFI) (*Anexo 3 muestra la matriz de factores determinantes de éxito interno*) y factores determinantes del éxito externo (EFE) (*Anexo 4 presenta la matriz de factores determinantes de éxito externo*) se realizaron los siguientes pasos:

1. Se listaron los factores determinantes del éxito interno para la matriz EFI y se listaron los factores determinantes del éxito externo para la matriz EFE
2. Se asignó un peso a cada factor, donde 0.0 no es importante pero a medida que este se aproxima a 1.0 el factor adquiere mayor importancia. La sumatoria de los factores es igual a 1.0, esto quiere decir que ningún factor debe tener un valor igual a 1.0.
3. Se asignó una calificación de 1 a 4 para cada factor así: se multiplicó el peso por el factor para tener un total ponderado. Los totales ponderados de cada factor se sumaron para obtener el total ponderado de la empresa.

Tabla 3. Valores cuantitativos de la matriz EFI y EFE

Valor	Matriz EFI	Matriz EFE
4	Fortaleza Mayor	Oportunidad Mayor
3	Fortaleza Menor	Oportunidad Menor
2	Debilidad Menor	Amenaza Menor
1	Debilidad Mayor	Amenaza mayor

El valor total ponderado arrojado por la matriz EFI corresponde a un total de 2.86 alrededor del valor promedio 2.5, lo que indica que la empresa se encuentra en un buen momento, ha sabido llevar sus debilidades. Es claro que la Clínica ISNOR.

debe apoyar más sus esfuerzos en aprovechar sus fortalezas para contrarrestar sus debilidades y así ser fuerte al enfrentar la competencia.

El valor total ponderado arrojado por la matriz EFE es de 2.46 que es valor significativo, porque está por encima del promedio y demuestra que el sector de la salud está en un buen momento y que la empresa ha sabido aprovecharlo, las amenazas del entorno están presentes, pero se han sabido mitigar y fortalecer de manera significativa las oportunidades.

Las conclusiones obtenidas como resultado del análisis DOFA, son de gran utilidad para el diagnóstico de la clínica tanto de factores internos como externos de la misma; los cuales contribuyen a la elaboración de la planeación estratégica de la organización.

### **8.3.2 Desarrollo de la Misión ISNOR**

Para la Clínica ISNOR es importante reconocer cual es rol funcional que va a desempeñar en su entorno, el alcance y dirección de sus actividades y principalmente conocer su razón de ser.

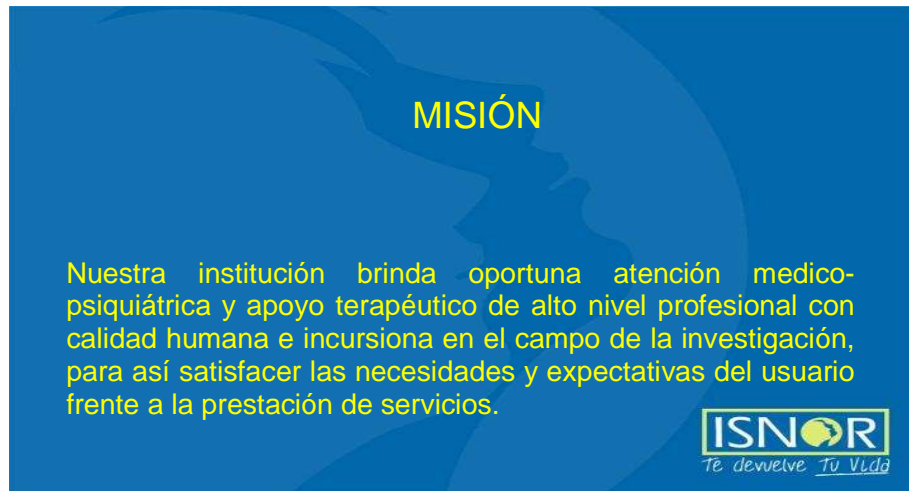
La Clínica ISNOR lo tiene claro, y lo que se busca es plasmar la misión dentro del direccionamiento estratégico de una manera clara, sencilla y corta, de modo que todo el personal se encuentre involucrado en ella y se comprometa.

En la generación de la misión se tuvieron en cuenta aspectos como

- ¿Cuál es el objeto Social de la empresa?
- ¿Qué beneficio obtienen los clientes al recibir servicios de salud?
- ¿Quiénes participan en la prestación del servicio?
- ¿Que esperan obtener los trabajadores, directivos y socios de la empresa?

- ¿Los servicios que presta la Clínica si dan respuesta a las necesidades del cliente?

Figura 4. Misión ISNOR



### 8.3.3 Desarrollo de la Visión ISNOR

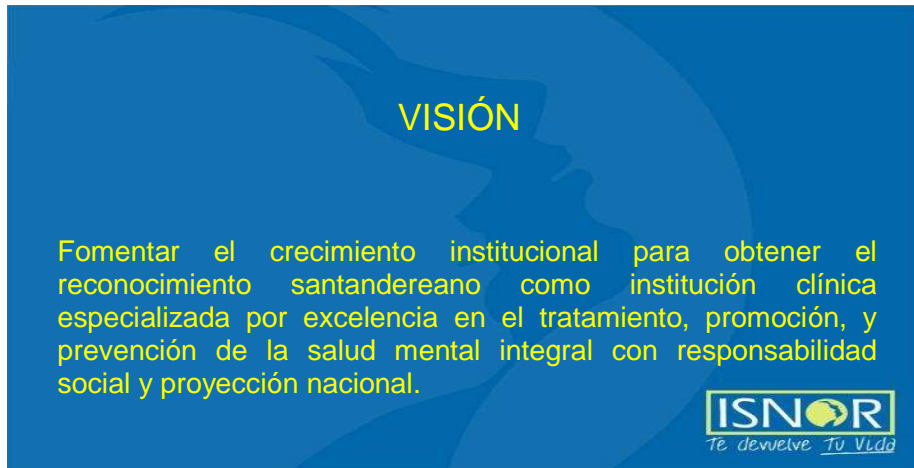
Para la Clínica como empresa prestadora de servicios de salud mental es importante definir y concretar sus metas, a dónde se quiere llegar al culminar un periodo, con objetivos específicos de corto, mediano y largo plazo es decir con una idea clara de la situación futura, por lo que se hace necesario la elaboración de la visión con el fin de que todos los integrantes de la organización se hagan partícipes de ella con sentido de pertenencia y trabajen conjuntamente para hacerla realidad.

Siguiendo el mismo procedimiento implementado para la generación de la misión, la visión tuvo en cuenta los siguientes elementos para su redacción:

- Un propósito realista para cumplirlo en un tiempo definido.
- Incorporar a los clientes.
- Los elementos con que cuenta la clínica para logro del propósito.

- El recurso humano de la organización.

Figura 5. Visión ISNOR



#### 8.3.4 Objetivos Corporativos ISNOR

Los objetivos corporativos corresponden a los resultados que se pretende alcanzar en determinado período, y para ello se toma además de la misión que ofrece las bases para la definición de los objetivos corporativos que deben alcanzarse una serie de principios como:

- **Aprender a compartir y convivir.** Ser capaces de dar y recibir comprensión, afecto, conocimientos, limitaciones, dificultades, desacuerdos, conflictos, proyectos, satisfacciones, equivocaciones y frustraciones facilita el encuentro entre los individuos para construir espacios propios que motiven la creatividad y la productividad dentro y fuera de la Institución.
- **Reconocer las capacidades personales y las del otro.** Llegar a descubrirse como un ser capaz pero con limitaciones y necesidades de cambio puede llevar a encontrar que quienes se hallan alrededor son las

personas con las que se requiere interactuar, compartir, retroalimentarse y complementarse, porque nadie es autosuficiente.

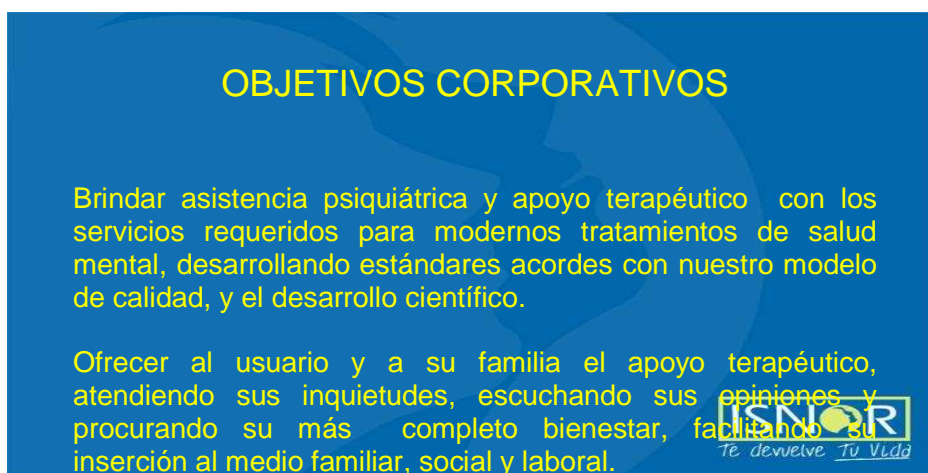
El reconocimiento de las propias capacidades y de las del otro abre espacios para consolidar la autoestima, la confianza, la credibilidad, la confrontación y el respeto.

- **Voluntad y deseo en lo que se hace.** Hacen referencia a la entrega y la pasión que, desde la convicción interior, nos impulsan en las tareas que nos proponemos. A partir de este criterio y de comportamientos y de actitudes coherentes con él, podemos generar labores placenteras y satisfactorias para cada uno y la colectividad.
- **Coherencia entre el pensar, el decir y el hacer.** Para encontrarla se requiere de la participación de cada uno de los individuos de la Institución en un proceso que refleje transparencia, autonomía, comprensión e integridad en la ejecución de las acciones que se han propuesto.
- **Ser competente y no competitivo.** Se refiere al crecimiento y la madurez que el individuo va consiguiendo en los planos personal, conceptual, profesional y social cuando ha habido una entrega a un proyecto de vida. La consecución de la competencia está íntimamente ligada a los seis anteriores principios.

De ahí que la competencia se opone a la competitividad, donde el otro se considera oponente y no el complemento para conformar equipos de trabajo productivos y solidarios.

- **Sistema de Gestión de la Calidad.** Nuestro sistema se basa en un enfoque por procesos entendido como una serie de interacciones que nos permiten crear una forma más inteligente de trabajar.

Figura 6. Objetivos Corporativos



### 8.3.5 Organigrama ISNOR

El organigrama da una visión global de la organización, permite comparar ésta con otras organizaciones y aclara rápidamente las incongruencias, como las fallas de control, duplicación de funciones, etc. El crecimiento acelerado que ha mostrado la empresa generó la necesidad de crear nuevos departamentos y reorganizar los que ya estaban estructurados dentro organigrama, el cual se muestra en el anexo 1.

#### **8.4 FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD**

El personal de la clínica en su mayoría no tiene conocimientos acerca de la norma técnica colombiana ISO 9001:2000, razón por la cual el primer paso en el proceso de implementación del sistema de Gestión de la Calidad en el ISNOR tiene que ver con capacitación del recurso humano en temas relacionados con la norma, el cual es convocado por el Comité de Calidad. Estas capacitaciones fueron realizadas por la investigadora, en coordinación con la Dirección administrativa de la Clínica y Comité de Calidad, dirigida a pequeños grupos, los cuales aportaron factores para la política de calidad.

De la actividad se genera una matriz de Ponderación de factores Política de Calidad con el propósito de cuantificar los objetivos de la empresa contra las necesidades del cliente que solicita el servicio. Posteriormente se hizo un promedio aritmético de las calificaciones obtenidas y se realizaron aproximaciones decimales a un entero cuando el dígito era igual o superior a cinco.

Tabla 4. Matriz Ponderación Factores Política de Calidad

	Cumplimiento marco legal	Rentabilidad para asociados	Disponibilidad de personal médico	Control del servicio médico	Control del costo del servicio	Sentido de pertenencia	Total
Capacidad de atención	9	2	9	3	9	10	42
Cumplimiento de protocolos	8	7	8	5	4	2	36
Control de documentos	4	1	5	3	9	8	30
Atención oportuna	10	1	3	1	7	7	29
Costo del servicio	5	5	6	5	10	4	35
Trato amable	1	1	5	5	3	10	25
Total	37	17	36	22	42	41	

Fuente: Comité de Calidad e Investigadora

De lo anterior se deduce que la clínica para satisfacer las necesidades del cliente debe centrarse en ofrecer un servicio acorde a los precios del mercado (42 puntos), fomentar el sentido de pertenencia entre el grupo humano de la institución (41 puntos), ofrecer un servicio acorde con la normatividad legal en materia de prestación de servicios de salud (37) y mantener disponibilidad de personal médico (36 puntos).



Figura 7. Política de calidad de la Clínica ISNOR



Fuente: Comité de Calidad e Investigadora

## 8.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS DE LA CALIDAD

La búsqueda de la excelencia es un compromiso permanente de la Dirección de la Clínica y para ello posibilitan la disponibilidad de los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del mismo, compromiso que se evidencia en: Los objetivos de calidad que se formularon con base en la política de la calidad, se revisaron los factores que se tuvieron en cuenta en la *Matriz de ponderación de los factores Política de Calidad* y de esta manera se desarrollaron los objetivos de calidad que se muestran a continuación:

Figura 8. Compromiso para el cumplimiento de los objetivos de Calidad

**OBJETIVOS DE CALIDAD**

- Seleccionar y clasificar los candidatos mas adecuados a las necesidades de la organización, mediante pruebas psicotécnicas y a su vez fomentar el crecimiento académico del personal con el fin de disponer del talento humano idóneo para la prestación de los servicios de salud mental.
- Administrar las acciones de salud integral de las personas con compromiso en su salud mental, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos de salud mediante una oferta de servicios de calidad, con calidez y eficiencia, propiciando la participación activa de la comunidad ISNOR S.A y de esta mejorar continuamente todos sus procesos

**ISNOR**  
Te devuelve Tu Vida

Fuente: Comité de Calidad e Investigadora

## 8.6 INDICADORES

Los *indicadores* son la explicación de la *Matriz de medición del Sistema de Gestión de Calidad* que se muestra en el *Anexo*, la cual se elaboró con el fin de controlar los objetivos de calidad y hacer cumplir la política de calidad, con base en los primeros se establecieron unos indicadores que miden el desempeño de los procesos y al mismo tiempo son el punto de referencia para saber si la estrategias planteadas son las adecuadas para hacer cumplir las metas propuestas.

Tabla 5. Indicadores

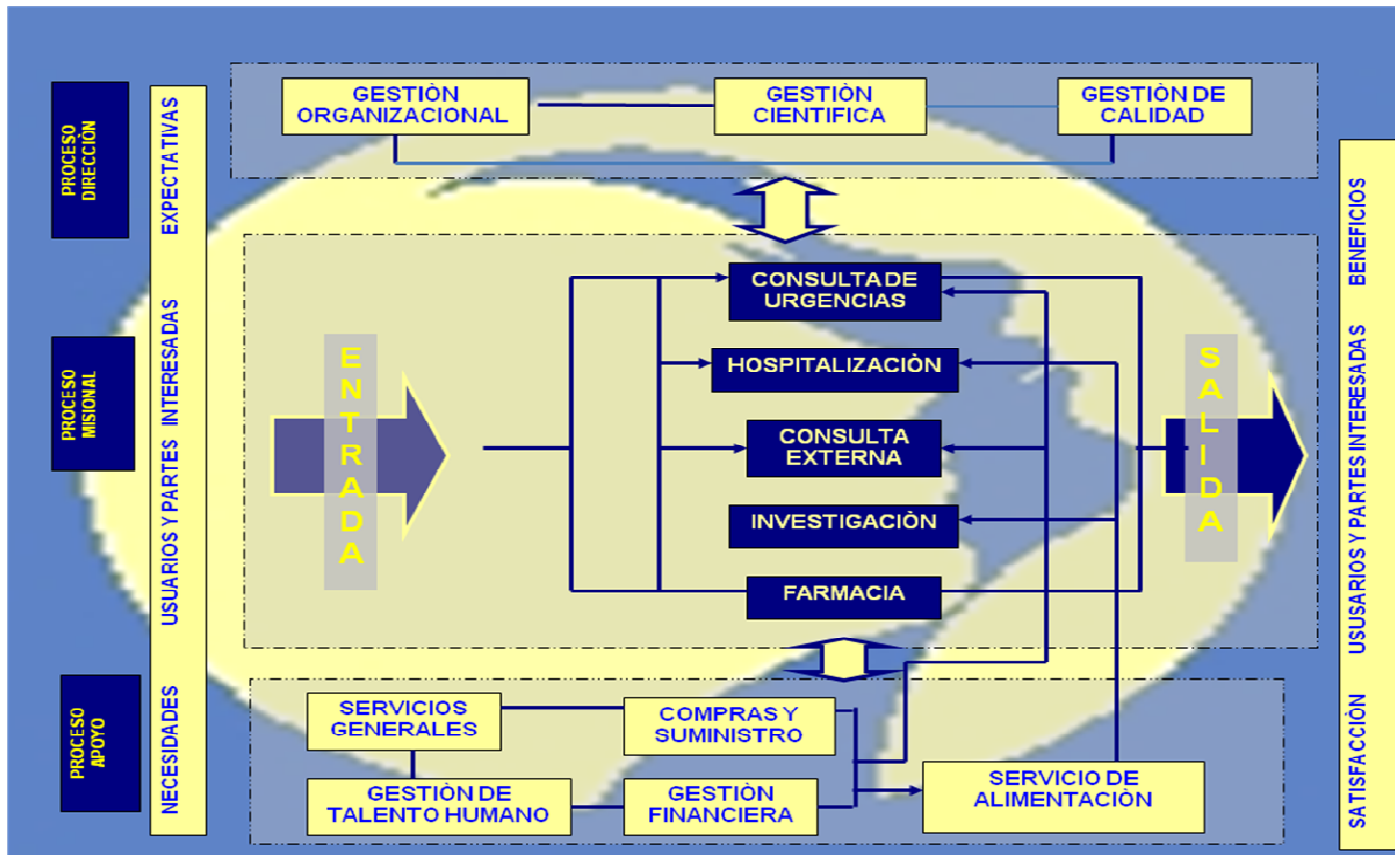
<b>Política de calidad</b>	<b>Objetivos de calidad</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Origen</b>	<b>Area</b>	<b>Responsable</b>
1	2	3	4	5	6	7

Estos corresponden a:

- 1- Se escribe parte de la política de calidad que corresponde al objetivo.
- 2- Objetivo de calidad.
- 3- Lo que se quiere medir.
- 4- Hasta donde se quiere llegar en la medición.
- 5- Fórmula del indicador.
- 6- Departamento de la empresa a que corresponde la meta
- 7- Encargado de hacer cumplir la meta.

## 8.7 MAPA DE PROCESOS

Figura 8. Mapa de procesos



Después de conocer los procesos y la interacción de cada uno de ellos en el mapa de procesos de la empresa, se procede a elaborar la caracterización de estos, para tener una definición detallada de la secuencia de sus actividades.

En la caracterización se tiene en cuenta el objetivo general como el objetivo de la calidad que se desea alcanzar, el responsable del proceso, entradas, salidas, recursos, indicadores y su medición, documentos y requisitos; para el caso de las entradas y salidas es tomada información y elementos que son indispensables para operar el proceso.

### **8.7.1 Procesos estratégicos**

Estos son los procesos que se encargan de darle la dirección a la organización. Los responsables de estos procesos y de evaluar sus resultados son los directivos.

Dentro de esto se encuentran los siguientes procesos:

- Proceso de Dirección
- Proceso Misional
- Proceso de apoyo

### **8.7.2 Procesos de realización**

Son las características que se requieren llevar a cabo la prestación del servicio. Son realizados por el personal operativo de la organización.

- Necesidades
- Usuarios y partes interesadas
- Expectativas

### **8.7.3 *Procesos de Soporte directo***

Son aquellas actividades y sus recursos relacionados para que el logro de resultados suministre los medios necesarios para garantizar la continuidad de los procesos de realización

- Satisfacción
- Usuarios y partes interesadas
- Beneficios

### **8.7.4 *Procesos de soporte directo***

Son aquellas gestiones que pertenecen a la operación directa de la empresa, sin los cuales no se podría garantizar la calidad de los servicios, ni la completa realización de los mismos.

Gestión Organizacional

Gestión científica

Gestión Financiera

Gestión de calidad

La misma compete a:

- Consulta de urgencias
- Hospitalización
- Consulta externa
- Investigación
- Farmacia

## **8.8 RESULTADOS DE LA FASE DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

El resultado del diseño del Sistema de Gestión de Calidad permitió conocer su alcance y exclusiones, la conformación del comité de la calidad, la planeación estratégica, planeación de la calidad, política de calidad, objetivos de calidad, indicadores y mapa de procesos.

Figura 9. Resultados del Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad

## **9. DOCUMENTACIÓN**

El sistema de gestión de la calidad tiene su soporte en el sistema documental, por lo que éste tiene una importancia vital en el logro de la calidad, que no es más que la satisfacción de las necesidades de los clientes.

Existen varias metodologías para la implementación de sistemas de gestión de la calidad, y todas coinciden en considerar como una de sus etapas la elaboración de la documentación, pero no se trata con profundidad el tema de cómo lograr el funcionamiento eficaz del sistema documental y qué procesos implica. Es por ello que se realizó este trabajo, con el objetivo de elaborar una metodología para implementar un sistema documental que cumpla con los requerimientos de las normas ISO 9001:2000 y sirva de referencia a cualquier organización que se encuentre enfrascada en esta compleja tarea.

Aplicando el enfoque de procesos se logra caracterizar los procesos de la documentación y proponer los pasos necesarios para implementar el sistema documental que sirva de base al sistema de gestión de la calidad en la institución.

### **9.1 ESTRUCTURA DOCUMENTAL**

Cada sector establece determinadas regulaciones que deben ser cumplidas para garantizar la uniformidad de los servicios que se oferten y el cumplimiento de los requisitos legales que impone el Estado como representante de los intereses de la sociedad en su conjunto.

Es por ello que la documentación del sistema de calidad debe armonizar los requisitos de las ISO que son genéricos, con los requisitos específicos del sector en que se desenvuelve la organización.

La norma ISO 9001:2000 requiere que la organización mantenga varios tipos de documentos, entre los cuales se tienen:



1. Manual de calidad: Documento que gestiona todo el sistema de calidad de la empresa.
2. Procedimientos: Documentos que definen actividades a nivel de Dptos, siendo en términos generales descripciones de procesos completos.
3. Instructivos de trabajo: Documentos que describen como los trabajos son llevados a cabo y son regularmente escritos por los niveles operarios e instructores ya que son ellos quienes están directamente realizando las actividades ahí mencionadas. Estas actividades describen por lo regular actividades específicas.
4. Registros: Documentos en los cuales se anota o describe los resultados de las actividades mencionadas arriba, los cuales proporcionan evidencia de las actividades realizadas y su aceptación o rechazo.

Figura 10. Sistema Documental



Fuente: Programas Sistema de gestión. Formación: instrumento para afrontar los retos de la competitividad. Icontec

## **9.2 METODOLOGÍA PARA LA DOCUMENTACIÓN**

La elaboración de la documentación necesaria, tiene como punto de partida la Clasificación de la documentación y definir su jerarquía utilizando un criterio único. Usualmente se utiliza el criterio de la pirámide que aparece en la ISO 10013:94, donde se ubica en el nivel más alto las políticas y objetivos de calidad, seguido en orden descendente del Manual de Calidad, en el tercer nivel los procedimientos y en el cuarto nivel instructivos, consecutivamente hacia abajo documentos internos y externos, registros, y otros documentos.

### **9.2.1 Pasos a seguir en la fase documentación**

La fase de documentación tiene los siguientes pasos:

- **Identificación de la documentación requerida por la organización.** Esta identificación se lleva a cabo mediante identificación de los documentos por medio del código, ubicado en la margen superior derecha, el cual permite determinar la secuencia y actualización de los mismos.
- **Diseño estructural de los documentos.** La elaboración de los documentos de la empresa, se lleva a cabo mediante instructivo denominado norma fundamental en la cual se especifican los lineamientos que se siguen para la elaboración de cualquier documento de la empresa.
- **Elaboración de documentos.** Los documentos elaborados tienen un orden secuencial especificado en la figura *Sistema documental*; en la que la parte superior corresponde a política y objetivos de calidad, y hacia

abajo en orden descendente manual de calidad, procedimientos, instructivos, documentos internos y externos y finalmente los registros.

### **9.3 MANUAL DE LA CALIDAD**

El manual de la calidad es el documento de mayor importancia del Sistema de Gestión de la Calidad de la clínica ISNOR, en este documento se especifica todo el Sistema de gestión de la calidad de la empresa, el cual describe los 6 procedimientos documentados establecidos por la NTC ISO 9001:2000, y por la descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

#### **9.3.1 Caracterización de los procesos**

Después de conocer los procesos y la interacción de cada uno de ellos en el mapa de procesos de la empresa, se procede a elaborar la caracterización de estos, para contar una definición detallada de la secuencia de sus actividades.

En la caracterización se tiene en cuenta el objetivo general como el objetivo de la calidad que se desea alcanzar, el responsable del proceso, entradas, salidas, recursos, indicadores y su medición, documentos y requisitos; para el caso de las entradas y salidas es tomada información y elementos que son indispensables para operar el proceso. Dentro de las actividades se tuvo en cuenta el ciclo PHVA con el fin de establecer el mejoramiento continuo en las actividades que se realizan en cada proceso.

En la Clínica ISNOR se caracterizaron los siguientes procesos:

- Procesos misionales (Anexo 5)
  1. De Hospitalización
  2. De Farmacia
  3. De Consulta Externa
  4. De Consulta de Urgencias
  5. De investigación
  
- Ficha técnica de indicadores de urgencias (Anexo 6)
  
- Atención paciente Consulta de Urgencias (Anexo 7)
  
- Ingreso del paciente al servicio de urgencias (Anexo 8)
  
- Egreso pacientes consulta de urgencias (Anexo 9)
  
- Solicitud y entrega de medicamentos (Anexo 10)
  
- Documentos solicitados para admisión en el área de Urgencias de pacientes remitidos (Anexo 11)
  
- Procesos de Apoyo y Dirección (Anexo 12)
  1. Compras y suministros
  2. Gestión de calidad
  3. Gestión Organizacional
  4. Gestión de Talento Humano
  5. Gestión Financiera
  
- Formatos (Anexo 13)
  1. Listado maestro de documentos

2. Control de registros
3. Prestamos de registro
4. Acciones correctivas y preventivas
5. Proceso de entrenamiento
6. Registro entrenamiento
7. Plan de acción correctiva y preventiva
8. Anulación de documentos

En consecuencia el Manual de la Calidad se estructura de la siguiente manera:

1. Objeto y Alcance del Manual  
Objeto  
Alcance
2. Presentación de la Empresa  
Reseña Histórica  
Organigrama de la empresa
3. Planificación Estratégica del Sistema de Gestión de la Calidad  
Misión  
Visión  
Política de la calidad  
Objetivos de la calidad
4. Procedimientos Documentados  
Elaboración de documentos  
Control de Documentos  
Control de registros  
Acciones Correctivas  
Auditorías Internas

Acciones Preventivas

Control del servicio no conforme

5. Mapa de procesos de la Organización

Caracterización de procesos

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código ISNOR 1
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
<b>OBJETO Y ALCANCE DEL MANUAL</b>		
<b>OBJETO</b> Definir los lineamientos para la creación y elaboración de los documentos del sistema de gestión de la calidad de la organización, los cuales deben ser consistentes con los requerimientos de ISO-9001:2000		
<b>ALCANCE</b> Este procedimiento se aplica en la elaboración de documentos : procedimientos, instructivos, formatos, manual de calidad y anexos que hacen parte del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.  El propósito de este procedimiento son aplicables los términos y definiciones dados en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000.		

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 2
Preparado por:	Aprobado por:	Versión

		Página
<b>PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA</b>		
<b>RESEÑA HISTORICA</b>		
<p>El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. "ISNOR" S.A., es el sueño de un prestigioso grupo de médicos psiquiatras de Bucaramanga hecho realidad. Persisten en su empeño Elizabeth Trillos de Martínez, Renate Biela Lange, Douglas Enrique Quintero, Juan Carlos Martínez, Rodolfo Rey Nuncira, Camilo Umaña Valdivieso, Julio Ernesto Sepúlveda y desde la eternidad Luis Jesús Rodríguez Reyes, Carlos Luis Ardila Cadena y Javier Jerez Medina.</p> <p>ISNOR inicio actividades el 5 de septiembre de 1987 en la calle 46 No. 36-20 Barrio San Pío, con 10 camas, una enfermera jefe, 2 auxiliares y el gerente.</p>		
<b>ORGANIGRAMA</b>		
Ver Anexo 1.		

	<b>MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR</b>	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 3
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
<b>PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
<b>MISION</b>		
<p>Brindar Oportuna atención medico-psiquiátrica y apoyo terapéutico de alto nivel profesional con calidad humana e incursionando en el campo de la investigación, para así satisfacer las necesidades y expectativas del usuario a la prestación del servicio.</p>		

## VISION

Fomentar el crecimiento institucional para obtener el reconocimiento santandereano como institución clínica especializada por excelencia en el tratamiento, promoción, y prevención de la salud mental integral con responsabilidad social y proyección nacional.

## POLITICA DE CALIDAD

Garantizar la atención de los servicios de salud mental de nivel II de complejidad a nuestra población, con el recurso humano especializado, idóneo, orientado hacia el mejoramiento continuo de nuestros procesos y el avance de conocimientos para ofrecer una atención integral, accesible, con vocación de servicio y calidez humana.

## OBJETIVOS DE CALIDAD

Seleccionar y clasificar los candidatos mas adecuados a las necesidades de la organización, mediante pruebas psicotécnicas y a su vez fomentar el crecimiento académico del personal con el fin de disponer del talento humano idóneo para la prestación de los servicios de salud mental.

Administrar las acciones de salud integral de las personas con compromiso en su salud mental, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos de salud mediante una oferta de servicios de calidad, con calidez y eficiencia, propiciando la participación activa de la comunidad ISNOR S.A.



### 9.3.2 Procesos documentados

- **Procesos documentados**

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 4
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
PROCESOS DOCUMENTADOS		

Son los lineamientos para crear documentos del sistema de gestión de la calidad en el ISNOR.

- **Mapa de procesos**

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 5
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
MAPA DE PROCESOS		

Contiene los procedimientos que se llevan a cabo en cada una de las actividades clínicas

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 6
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
CARACTERIZACION DE PROCESOS		

### 9.3.3 Control de documentos

El control de los registros de calidad es llevado a cabo mediante un procedimiento que permite la identificación, ya que estos deben llevar un título y código para su fácil acceso. En el control de registros también se define la forma en como se almacenan los registros y su protección así como el tiempo de retención y disposición.

	MANUAL DE LA CALIDAD CLÍNICA ISNOR	Fecha de Emisión
		Código: ISNOR 7
Preparado por:	Aprobado por:	Versión
		Página
CONTROL DE DOCUMENTOS		

#### **9.3.4 Control de los registros**

El control de los registros de calidad es llevado a cabo mediante un procedimiento que permite la identificación ya que estos deben llevar un título y código para su fácil acceso.

El control de registros también es definido por la forma como se almacenan los registros y su protección así como el tiempo de retención y disposición.

#### **9.3.5 Auditoría de la calidad**

La realidad de los escenarios del presente se caracterizan por ser muy competitivos, en donde las empresas en general y el ISNOR en particular, saben hacer un adecuado uso de las normativas de la calidad a fin de alcanzar los mercados metas, resaltando los atributos de la calidad lograda y haciendo que la gerencia de mercados los aproveche a fin de satisfacer las necesidades demandadas de sus clientes.

Se sabe, que auditoría involucra una comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con unas normas técnico- científicas previamente establecidas.

No hay que olvidar, como se comenta, que una auditoría de calidad es, según la definición de la Norma Internacional ISO 8402 y validada por la Norma ISO 9001:2000, un examen metódico e independiente, que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas y si estas disposiciones se llevan a cabo de forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.

A ello se agrega, que la auditoría es una herramienta que permite evaluar la eficacia del sistema establecido, sus defectos y los medios de mejora.

Por tanto, para el ISNOR esta claro de que hay que establecer y mantener el día procedimientos documentados para planificar, realizar y verificar las actividades y resultados, y para determinar la eficacia del sistema de la calidad en su organización.

Esta plenamente identificada en la necesidad de saber usar una auditoría interna de la calidad, el identificar plenamente sus procesos, sus debilidades y fortalezas y considerar como señalan los expertos, que la iniciación de la auditoría, propiamente dicha, tiene lugar en varias fases que deben respetarse escrupulosamente, además de tener en cuenta lo que se señala al respecto, como es el que:

- La auditoría de la calidad se aplica normalmente, pero no se limita, a un sistema de la calidad o a sus elementos, a procesos, a productos o a servicios. Tales auditorías se denominan habitualmente "auditoría del sistema de la calidad", "auditoría de la calidad del proceso", "auditoría de la calidad del producto", "auditoría de la calidad del servicio".
- Las auditorías de la calidad se llevan a cabo por personas que no tengan responsabilidad directa en áreas que se desea auditar, pero trabajando preferentemente con la cooperación del personal de esas áreas.
- Uno de los objetivos de una auditoría de la calidad es evaluar si es necesario introducir acciones de mejora o correctoras. No se debe confundir una auditoría con actividades de "supervisión de la calidad" o de "inspección"; el objetivos de estas últimas es el control de un proceso con aceptación de un producto.
- Las auditorías de la calidad pueden realizarse a propósitos internos o externos.

Para la Gerencia del ISNOR debe estar claro, que la auditoría debe estar basada en objetivos definidos, y su alcance es determinado en alcanzar los objetivos de calidad, objetivos y el alcance que deben ser comunicados a todo el personal antes de la auditoría.

La reunión inicial, primera actividad con la que se inicia la auditoría tiene por objeto:

- Presentación del equipo auditor
- Recordar los objetivos y el alcance de la auditoría
- Hacer mención de los métodos y procedimientos a utilizar
- Determinar los cauces de comunicación/medios e instalaciones necesarias
- Establecimiento del calendario de reuniones
- Clarificación de la planificación

Es importante tener en cuenta que la auditoría de la calidad es un proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoría y determinar cuales actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los criterios de auditoría.

### **9.3.6 Acción correctiva**

Las acciones correctivas tienen como objetivo describir el sistema establecido para identificar y corregir las condiciones adversas a la calidad, investigar las causas y determinar las acciones que deben tomarse para evitar su repetición, procedimiento mediante el cual se especifican algunos mecanismos utilizados para darle solución a las no conformidades reportadas antes, durante y después de la prestación y tiene por objeto prevenir su ocurrencia y eliminar sus causas.

La fase de evaluación de los registros tiene la finalidad de identificar el grado de avance en la implantación y desarrollo del SGC, así como los puntos débiles, para

ello el Sistema contempla los procedimientos de aplicación general los cuales facilitan el desarrollo de Auditorías Internas de Calidad, lideradas por Auditores de la Institución formados y certificados previamente.

Los hallazgos encontrados durante las auditorías internas deberán ser atendidas de manera inmediata, mediante la elaboración de un plan de acciones correctivas asegurando el seguimiento y cumplimiento de las mismas, con el objeto de mejorar continuamente la eficacia del sistema.

### **9.3.7 Acción preventiva**

El Sistema de Calidad formaliza la política de la empresa relativa a la Administración de la Calidad, definiendo las normas y los procedimientos operativos de referencia, los objetivos de calidad, el sistema de responsabilidad y las normas internas.

Por tanto a través de la acción preventiva se trata de efectuar una recopilación estructurada de todas las normas, los criterios, las instrucciones y las recomendaciones que aseguran la calidad del bien o servicio, teniendo como fin los objetivos fijados por la Dirección. Por tanto este procedimiento contiene los mecanismos para evitar las causas de las no conformidades potenciales, las cuales son detectadas en el Sistema de Gestión de la Calidad.

### **9.3.8 Instructivos**

Los Instructivos o manual de operación, contienen las instrucciones de uso, manejo y, en su caso, precauciones, advertencias y datos para el cuidado y prestación del servicio, dirigidas al usuario final. Los Instructivos o manual de operación, contiene las instrucciones de uso, manejo y, en su caso, precauciones, advertencias y datos para el cuidado y prestación del servicio, dirigidas al usuario final. El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente "ISNOR" consta de

**Plan de contingencia:** El plan de contingencia se desarrollo debido al alto riesgo que te tiene en la prestación de servicios de salud mental. Su objetivo es tener conocimiento de cómo se debe actuar en caso que ocurra un evento inesperado, saber a quien acudir para que le preste ayuda y a quien reportar el incidente, para evitar complicaciones mayores.

**Norma fundamental:** Es un instructivo que presenta los lineamientos de la documentación que se lleva en el ISNOR.

### 9.3.9 Registros

Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades que se realizan o los resultados obtenidos, junto con los registros requeridos por norma ISO 9001:2000 y que se desarrollaron ajustándose a la actividad económica del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente “ISNOR” S.A.

Tabla 6. Registros Sistema Control de Calidad Registro ISO 9001:2000

<b>Descripción</b>	<b>Norma ISO 9001:2000</b>
Actas del comité de la calidad	5.6.1
Hoja de vida de los empleados	6.2.2
Desarrollo de recurso humano	6.2.2
Fichas técnicas de servicios	7.1
Confirmación del servicio	7.2.2
Evaluación proveedores	7.4.1
Planificación de la calidad	7.4.2
Planeación de las auditorías	8.2.2

Solicitud acciones correctivas	8.5.2
Solicitud acciones preventivas	8.5.3

Fuente: Investigadora

#### **9.4 ANÁLISIS DE LA FASE DE DOCUMENTACIÓN**

El inicio de la fase de documentación permite efectuar control sobre los documentos elaborados, conocerlos, divulgarlos, clasificarlos y conocer su manejo. Estas fase de implementación conto con las herramientas necesarias que permitieron el desarrollo de esta fase como el listado maestro de documentos y el listado maestro de registros.

Ello implica conocer el entorno y situación que presenta cada Unidad Administrativa, valorando las posibilidades de disposición y posibilidades de éxito, así como el reconocimiento y aceptación por parte de recurso humano sobre las implicaciones y beneficios que conlleva implantar un Sistema de Calidad y mantenerlo vigente; paralelamente, la aplicación de un diagnóstico integral que facilite la identificación de resultados como encuestas de clima organizacional, diagnóstico de gestión de la calidad, para conocer a mayor detalle las características de la Clínica.

Tomada la decisión de implantar el sistema es necesario que el personal cuente con elementos básicos sobre Sistemas de Calidad por lo que la etapa de sensibilización y capacitación adquiere una importancia sustantiva, su desarrollo permite que los involucrados conozcan los principios y conceptos básicos que subyacen en el enfoque de calidad y habilitarlos en el manejo de técnicas y herramientas, que faciliten la documentación e implantación del Sistema.



La fase de documentación del sistema es sin duda la más compleja, implica considerar la documentación establecida para el funcionamiento del sistema corporativo y con ello la alineación y homologación de los procesos sustantivos.

La implantación se constituye en la fase de funcionamiento del sistema, implica garantizar que lo documentado tanto en el manual como los procedimientos se apliquen adecuadamente, y que se controla de conformidad con los procedimientos de aplicación general establecidos, a partir de lo cual se generan los registros y evidencias que demuestran la conformidad del Sistema.

#### **9.4.1 Clasificación de los documentos según origen**

Al respecto es importante considera que la documentación según su origen, puede ser interno y/o externo, siendo los primeros los que contribuyen al logro de los objetivos de la empresa, necesarios para el funcionamiento del sistema, dado que muestran la trazabilidad de las operaciones; y los segundos son el medio soporte, lineamientos a seguir que contribuyen a la toma de decisiones.

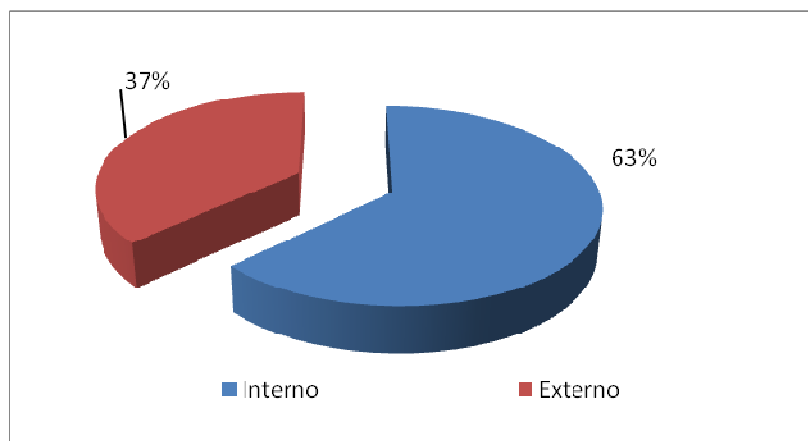
Estos resultados se observan de manera estadística y grafica a continuación:

Tabla 7. Documentos del sistema

<b>Documentos</b>	<b>Origen</b>
Interno	63
Externo	37
<b>Total</b>	100

Fuente: ISNOR S.A.

Figura 10. Documentos del sistema



Fuente : ISNOR S.A.

De la representación gráfica se deduce que el 63% de los documentos del sistema son del orden interno, es decir corresponden a los trámites que se deben seguir en el manejo de pacientes.

El restante 37% de los documentos que se utilizan en la clínica corresponden al orden externo, es decir son los documentos que de acuerdo al Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben diligenciar para acogerse a la norma legal.

#### 9.4.2 Clasificación de los documentos según clase

Los documentos internos que se llevan en la empresa permiten efectuar un mayor control sobre los mismos e identificarlos fácilmente.

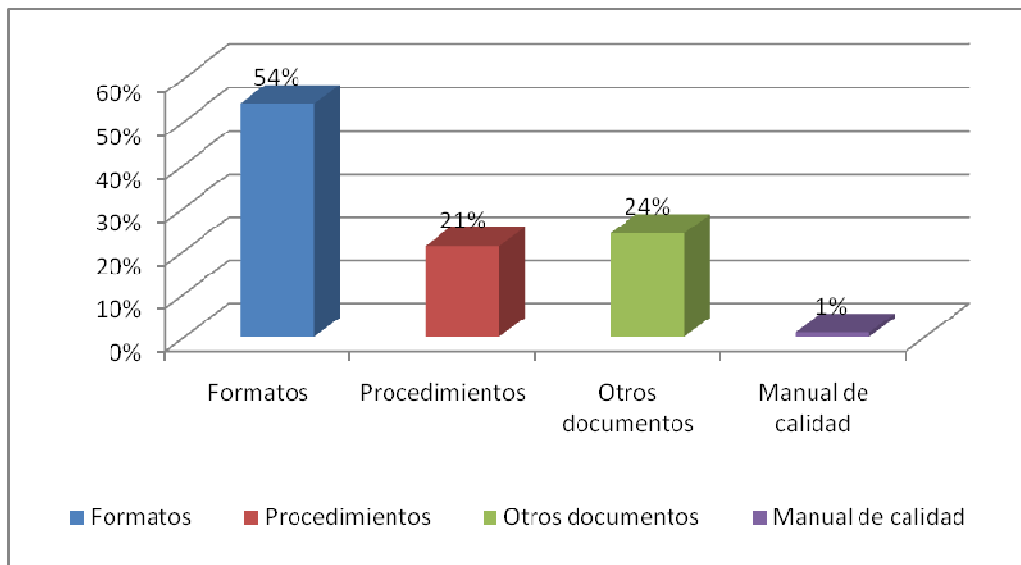
Tabla 8. Documentos según clase

Documentos	Numero	Participacion
Formatos	46	54
Procedimientos	18	21
Otros documentos	20	24

Manual de calidad	1	1
<b>Total</b>		

Fuente: ISNOR S.A.

Figura 13. Documentos según su clase



Fuente: ISNOR

El 54% de la documentación según su clase corresponde a formatos, entre los cuales se destacan ingreso de pacientes por el servicio de urgencias, hospitalización, egreso de pacientes, suministro de medicamentos, admisión de pacientes por remisión, entre otros.

A los procedimientos que participan en la distribución de documentos según su clase corresponden entre otros anulación de documentos, compras y suministro, documentos solicitados. El manual de calidad participa con el 1%, en razón a que es un solo instructivo

### 9.4.5 Clasificación de los documentos según área

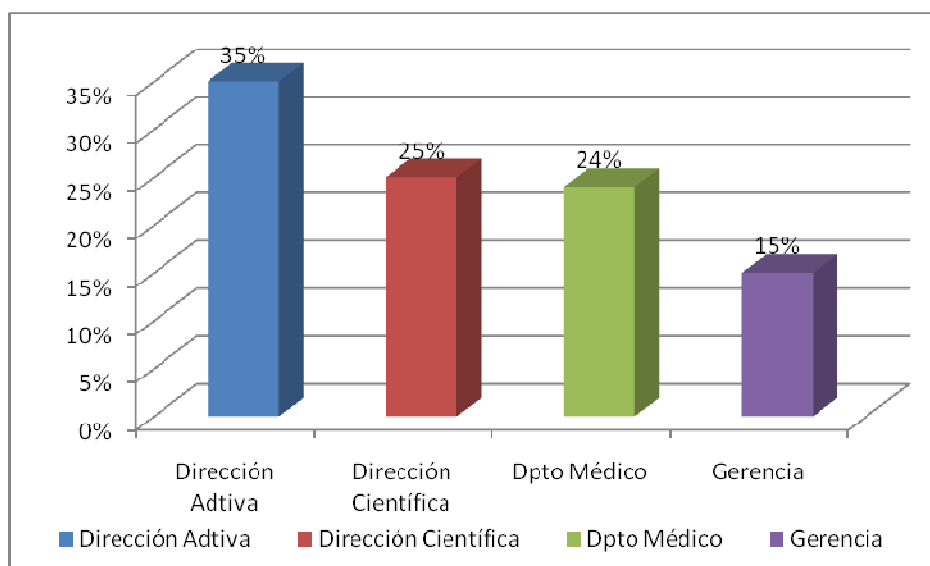
La clasificación de los documentos según su área, permite conocer en que lugar de la empresa se encuentran ubicados los documentos, quienes son las partes interesadas en su manejo y a que proceso hace referencia.

Tabla 9. Documentos según área

Documentos	cantidad	Origen
Dirección Adtiva	31	35
Dirección Científica	21	25
Dpto Médico	30	24
Gerencia	13	15
<b>Total</b>		

Fuente: ISNOR

Figura 14. Documentos según área



Fuente: ISNOR

De la anterior configuración se desprende que el 35% de los documentos son generados por la Dirección administrativa, el 25% por la dirección científica, el 24% por el Dpto médico y el 15% restante por la Gerencia.

## **9.5 RESULTADOS DE LA FASE DE DOCUMENTACIÓN**

La última fase consiste en someter el sistema a la evaluación por tercera parte, para tal efecto, el ISNOR procederá a la realización de Auditorías de Certificación; y los resultados deberán ser atendidos de forma inmediata mediante el plan de acciones correctivas, el cual es puesto a consideración del organismo certificador quien evalúa los resultados y emite el certificado.

El proceso de homologación permite concentrar todos los expedientes en un solo sistema y facilitar la integración de nuevas unidades administrativas a bajo costo; de esta forma se obtendrá la certificación de calidad.

En este contexto, se Integra la documentación del “**Sistema de Gestión de la Calidad**” y para lograrlo se desarrollaron actividades que abarcan desde la sensibilización hasta la implantación del Sistema involucrando la participación del personal de oficinas y unidades administrativas que integran el Sistema.

Es necesario precisar, que además de implementar la documentación respectiva, para mejorar el rendimiento en las operaciones de la empresa, se tuvo que someter dicho material, a procesos de revisión, aprobación y posteriormente llevar a cabo actividades de capacitación para el manejo de dichos documentos.

## **10. IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA**

Es de conocimiento del mundo empresarial que las empresas deben llegar a la Certificación de un Sistema de Calidad basado en alguna norma, siendo ISO 9001:2000, la norma Internacional de mayor aceptación.

Ya es una barrera comercial, ya no basta con “hacer creer” que la empresa trabaja bien, hay que mostrar evidencias. Las empresas que no cumplen con este requisito pierden opciones de comercializar sus productos o sus servicios, ya que hay otro competidor que si cumple este requisito. Es por lo tanto un imperativo de mercado lograr una certificación.

### **10.1 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN**

Bien vale la pena trabajar en un sistema de gestión de calidad, ya que la Clínica desarrollará un sistema estructurado, ordenado y basado en principios universales de la administración moderna. Esto lleva a la empresa a reducir sus costos operativos, a generar un nuevo y competitivo ambiente de trabajo, a poner en práctica dos paradigmas: uno desarrollar la permanente satisfacción de los clientes y segundo, dar las bases para hacer realidad la mejora continua de sus procesos.

El primer paso es tomar una capacitación para entender un amplio espectro de ideas y de lenguaje que debe aprender la empresa desde la gerencia hasta el último empleado. Hay que entender y manejar el significado de términos tales como calidad, mejora continua, medición, control de procesos, retroalimentación del cliente, mejora del sistema, auditoría de calidad, producto no conforme, falla, plan de acción, procedimiento, verificación, validación, revisión, en fin una variedad de ideas que trabajando en conjunto permiten a la empresa ir modelando la nueva cultura organizacional.

## **10.2 CAPACITACIONES Y SENSIBILIZACIÓN**

El objetivo de la capacitación es proporcionar al personal participante, los conocimientos necesarios y prácticas formales para interpretar y analizar los requisitos de la norma ISO 9001:2000

El mismo está dirigido al Personal responsable de asegurar el establecimiento, documentación, implementación y certificación, así como su mantenimiento. Para personal al que la Dirección lo haya designado como responsable para ir más allá de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 persiguiendo la mejora continua del desempeño de su SGC.

La capacitación permitió educar al personal, hacerse menos resistente a los cambios que se generan al adherir a la norma, a ensamblar los procesos de manera más eficiente, permitir sensibilizar a la organización para crear un sistema gerencial moderno, que sea capaz de adaptarse rápidamente al requerimiento de cliente.

Luego se desarrolló un proceso de documentación del sistema de gestión, el cual se lleva a la práctica de modo de que el trabajo se organiza apropiadamente para lograr el estándar definido en cada proceso. La Gerencia, entre tanto, trabaja con elementos de la planificación estratégica, y deberá estar permanentemente monitoreando el proceso de implementación del SGC.

Los documentos y registros se organizan, las actividades se planifican, los compromisos asumidos se cumplen. La organización progresa estructuradamente. De lo anterior se establecen los cinco grandes pilares de la Norma ISO 9001:2000: en primer lugar el Sistema de gestión de la calidad, en segundo lugar se establece la Responsabilidad de la Dirección, tercero, la Gestión de los recursos, cuarto, La realización del producto y quinto se desarrollan las directrices

de la Mediación, Análisis y Mejora continua, todo lo cual comentamos a continuación.

El proceso de capacitación al Recurso Humano de la Clínica se inicio con un curso dictado por un convenio entre el Sena y la Institución, con temas de Gestión empresarial en el área de la salud con énfasis en Sistemas de Gestión de la Calidad, respecto del Plan Básico de atención en salud, capacitación que conto con la participación de la sección administrativa y miembros de la asamblea de socios

La capacitación tuvo una intensidad de 40 horas, siendo la temática tratada: técnicas administrativas, fundamentos contables y financieros aplicados, técnicas de mercadeo y ventas, y sistema de gestión empresarial.

Los tres primeros temas mencionados aunque que no tienen relación directa con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, fueron abordados para que los participantes, en especial los profesionales de la salud, tuvieran alguna idea de los departamentos que componen una estructura organizacional y las actividades que estos desempeñan, todo esto enfocado hacia el cliente, para luego si enfocarlos al Sistema de Gestión de la Calidad.

La segunda parte de la capacitación tuvo que ver con el significado de los elementos de la norma ISO 9001:2000, siendo sus principales temas:

- El Sistema de gestión de la calidad, explica los requisitos generales del Sistema de Calidad, ya que cada compañía construyen su propio sistema, a la medida. Esto contempla definir los requerimientos para el control de la documentación y el control de los registros los cuales serán más o menos complejos en función del tipo de negocio y tamaño de la empresa.



- La Responsabilidad de la Dirección: contempla las responsabilidades de la gerencia, quien asume el compromiso con la calidad y con la satisfacción del cliente. Define la Política de calidad y los objetivos de calidad, lo cual es parte de la planificación estratégica que se supone ha definido o mantiene la empresa. Establece el marco administrativo y niveles de autoridad que requiere la empresa. También es responsable por el monitoreo del SGC.
- La Gestión de los Recursos, se refiere a la necesidad de definir y establecer los recursos tanto económicos como financieros, los recursos de personal, los de infraestructura y de ambiente de trabajo, necesarios para generar productos y servicios de acuerdo al estándar de calidad definido por la gerencia.
- El capítulo de la Realización del Producto/servicio es uno de los temas más amplios ya que en el se encuentran los lineamientos para la planificación de la realización del producto/servicio, los aspectos comerciales, la ejecución del producto o prestación del servicio, los temas de las adquisiciones, el tratamiento del diseño y desarrollo, el manejo del control sobre los dispositivos de seguimiento y medición que utilice la empresa para medir y alcanzar las especificaciones del producto o servicio ofrecido.
- Finaliza la normativa con una propuesta sobre la medición, análisis y mejora del sistema de gestión que se construya. En este apartado, se encuentran las reglas para medir la satisfacción de clientes, para organizar el subsistema de auditoría, y la aplicación de los métodos de control para seguimiento de los procesos que permitan demostrar la capacidad para alcanzar los resultados planificados. En este capítulo encontramos los elementos de verificación (inspección), el manejo de los productos no conformes y las acciones correctivas y preventivas que deben desarrollarse. En este contexto la mejora del SGC se hace un imperativo, como motor para lograr mejores estándar de productos o de servicios.

Los recursos para efectuar esta capacitación corre por cuenta de la empresa, sin embargo, el compromiso de la gerencia es mandatorio, el poner esto como una meta de empresa es clave.

Los efectos que surgen de su aplicación, cruzan no solo la documentación, sino la cultura de la empresa, la cual en muchos casos hay que remodelar o redefinir. No importa el tamaño, importa la decisión estratégica que se formula por parte de la alta gerencia.

Es de anotar, que durante la realización de los cursos de capacitación anteriormente descritos se presentaron falencias, como lo fue, la poca participación del personal que inicialmente se convocó y el poco interés reflejado por una parte del personal que acudieron a la misma, denotándose con lo anterior falta de compromiso y disponibilidad para las actividades tendientes al mejoramiento del funcionamiento del Sistema de gestión de calidad para la empresa.

El proceso que se realizó para la capacitación del personal administrativo, se llevo a cabo con una invitación a dos horas a la semana a la difusión de temas concernientes a la calidad, estas charlas se desarrollaron en el auditorio de la Clínica y quienes estuvieron a cargo de exponer estos temas, fue el grupo ISO 9001:2000 conformado por la Directora de Recurso Humano y la investigadora.

Los resultados de la capacitación fueron favorables debido a que se logró completar las 24 horas inicialmente propuestas, se contó con la asistencia de todos los convocados y el personal asistente demostró alto interés por los temas tratados.

La metodología aplicada en las diferentes capacitaciones consto de una explicación teórica, explicación de las acciones ejecutadas en la empresa, taller o socialización y evaluación si era necesario realizarse.

Las herramientas utilizadas en la capacitación fueron Video Beam, carteleras, formato asistencia, formato de evaluación para los asistentes y formato evaluación del capacitador.

### **10.3 IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

Para establecer el Sistema de Gestión se debe tener presente que la Calidad no se requiere reestructurar todos los procesos para cumplir con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

La construcción del Sistema de Gestión de la Calidad asegura que las cosas no funcionan mal. Y si surgen problemas, se deben contar con otros sistemas implementados y en funcionamiento, que permitan tratarlos a medida que ocurren y poner las cosas en orden lo antes posible. Para ello se cuenta con un personal empoderado y competente que fácilmente se adapta a las demandas y expectativas de los clientes.

Dados los anteriores planteamientos se desprende la importancia de realizar los Planes de Capacitación resultantes del diagnóstico realizado y evaluar la efectividad de esta capacitación, proporcionando un enfoque y herramientas eficaces para identificar, clasificar, mapear y analizar los procesos organizacionales con el fin de asegurar su gestión eficaz y su mejoramiento continuo. En el mismo esta comprometido el Personal directivo, técnico y administrativo del ISNOR interesada en diseñar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2000 para incrementar la eficacia de su gestión e impulsar la mejora como parte integrante de la cultura de la organización.

En las actividades de capacitación se dio a conocer a todo el personal la documentación y se desarrollaron actividades para el manejo del mismo, internamente la documentación fue dada al personal interesado este sometía

dicho material a procesos de revisión y si era necesario la realización de ajustes, este era devuelto al grupo ISO 9001 quién los realizaba.

Luego de ser elaborado cada documento en la empresa, era sometido a actividades de revisión y aprobación, casi siempre este proceso era llevado a cabo de la siguiente manera: elaboración a cargo de la autora del presente trabajo o grupo ISO 9000, revisión a cargo de ingeniera de calidad o parte implicada y aprobación por el gerente, para luego ser liberado el documento, esto con el fin de generar competencia.

La Competencia, entonces, es la habilidad demostrada de una persona para aplicar el conocimiento y destrezas necesarias, de forma satisfactoria, en la realización de una tarea asignada. La clave en la anterior definición es la palabra demostrada, una prueba o un examen de conducción es un ejemplo común de evaluación de la competencia.

Qué hace que una persona sea competente? Las personas deben adquirir destrezas para realizar el trabajo y, además, ganar conocimiento acerca de la tarea. Deben saber lo que puede funcionar mal y lo que se puede hacer para evitar que ocurran errores. Las destrezas pueden ganarse mediante la formación, pero el conocimiento se adquiere mejor a través de la práctica.

Uno de los principios básicos de la gestión de la calidad es la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión diseñado para mejorar continuamente la eficacia de sus procesos.

Las estrategias para la mejora continua de los procesos en cualquier organización se incluyen a diferentes niveles, desde actividades escalonadas dirigidas a la mejora hasta proyectos de mejora estratégica a largo plazo. Dentro de la filosofía de la mejora continua, la propia norma ISO señala como herramientas para la mejora continua las siguientes:

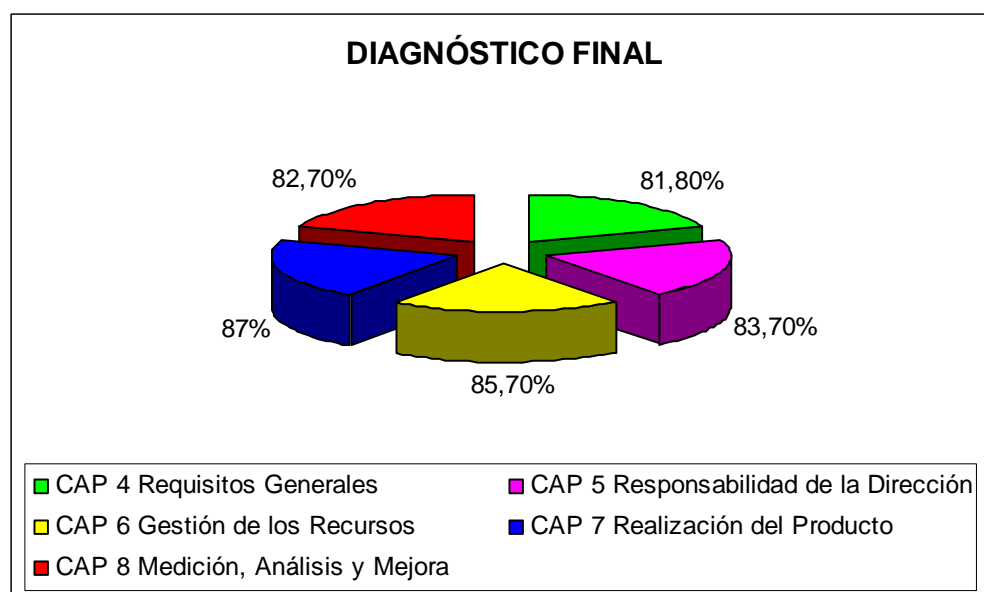
- El uso de la política de calidad.
- Los objetivos de calidad.
- Los resultados de auditoría.
- El análisis de los datos.
- Las acciones correctoras y preventivas.
- Las revisiones por la dirección.

De una forma u otra, la organización debe de definir un proceso que identifique y gestione las actividades para la mejora. En este contexto, el sistema de la calidad diseñado para la Clínica contempla como uno de los objetivos básicos la mejora continua del sistema la implementación de un procedimiento destinado a este fin.

#### **10.4 MEJORAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Para todo ello es necesario llevar una colación del estado inicial con el estado final; teniendo en cuenta la manera en que se desarrolló los criterios de evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad dentro de la institución, en la cual apropiado realizar la misma evaluación al final de las actividades realizadas para el mejoramiento del mismo. Ver *Anexo 14 muestra Matriz del diagnóstico final del Sistema de gestión de la calidad.*

Figura 17. Resultado del Diagnóstico final



Se denota que si hubo cambios y mejoras bastantes notorias en el sistema de gestión de la calidad, aportando efectos positivos a la Clínica por las actividades, como lo muestra el grafico.

Para el caso del numeral 4 de la norma, arroja como resultado el cumplimiento en el diseño de la documentación de todo el sistema y que se estableció, se documentó, se implementó y finalmente se mantiene actualmente en la Clínica.

Respecto al numeral 5, Responsabilidad de la Dirección, la alta dirección efectuó el compromiso con la institución nombrando representante y creando el comité de calidad y esta a su vez, divulgo la política y objetivos de calidad a todo el personal para mejorar los procesos dentro de la institución.

El numeral 6 Gestión de los recursos, muestra que la dirección sigue aportando los recursos necesarios para cumplir con la eficacia del sistema de gestión de la calidad, y es significativo el porcentaje.

Para el numeral 7, Realización del producto, demuestra el gran interés del personal por la satisfacción de los clientes de la institución que para este caso son los pacientes; además diseñan y desarrollan programas para cumplir con las necesidades de los mismos, se demostró también las actividades realizadas para las revisiones y verificaciones del servicio.

Y finalmente el numeral 8 Medición, análisis y mejora, aumento significativa su valor, gracias a la responsabilidad y dedicación de todo el personal acerca de las mejoras que se deben realizar en las actividades de cada uno de ellos, practicando lo aprendido en las capacitaciones para encontrar acciones adecuadas en los diferentes situaciones encontradas y todo dirigido a la satisfacción del usuario quien es el que recibe el servicio.

La Clínica ISNOR, mejoró en las relaciones y comunicaciones internas ya que fue una debilidad característica, respecto a las capacitaciones del personal aportaron al comportamiento frente al servicio a los pacientes y la atención de la misma y finalmente detectan con facilidad las no conformidades y aplican las respectivas acciones. El sistema de la calidad engloba a todas las tareas y actividades desarrolladas en la Clínica, sistema que se sostiene a través de una serie de documentos básicos como manual de calidad, procedimientos generales, procedimientos específicos, protocolos y planes de control.

Adicionalmente, la Clínica dispone de un Sistema de Calidad único con la particularidad de que en sus dispositivos asistenciales de Servicio de Salud Mental cuentan con Procedimientos Generales, Procedimientos Específicos, Protocolos Asistenciales, formatos y planes de control diferenciados para aquellos aspectos del Sistema de la calidad.

## 10.5 OTRAS ACTIVIDADES

Si se considera que la calidad de una institución se elevará en la medida en que logre aumentar la satisfacción de las "partes interesadas" en los servicios que brinda, pudiéndose entender como tales el contexto en que se presta el servicio, los propios pacientes, el personal de la institución y la sociedad en su conjunto, se hacen evidentes las ventajas del diseño e implementación de un SGC concebido especialmente para dicha institución de acuerdo con sus características particulares y sus misiones específicas.

Aunque el sistema de calidad ha equiparado el término de no conformidad (incumplimiento de un requisito) con el de oportunidad de mejora, en sentido estricto el concepto de oportunidad de mejora es un concepto más amplio. Así pues, se entiende como oportunidad de mejora aquellas acciones destinadas a la mejora continua del sistema, teniendo en consideración que la mejora continua persigue el incremento de la probabilidad de aumento de la satisfacción tanto de los clientes como de otras partes interesadas.

Partiendo de estos supuestos básicos, las oportunidades de mejora se nutren de:

- Detección de desviaciones respecto a requisitos de la norma.
- Del análisis y evaluación de los procesos.
- De la búsqueda de soluciones para lograr los objetivos planteados.
- Datos de inspección y ensayo.
- Quejas de clientes, usuario.
- Resultados de auditoría.
- Resultados de las revisiones por la dirección.

En esta línea, uno de los primeros procedimientos elaborados e implantados en la Clínica fue el de tratamiento de las oportunidades de mejora.



La Dirección de la Clínica es la responsable de la gestión de las oportunidades de mejora que se formulen en el recurso. A efectos de documentación y de coordinación la dirección asume las siguientes funciones:

- Documentar las oportunidades de mejora que se detecten.
- Custodia y archivo de todos los registros relacionados con oportunidades de mejora.
- Coordinación con los responsables del análisis de las oportunidades de mejora.
- Coordinación con el responsable de calidad en aspectos relacionados con la gestión de oportunidades de mejora.

Las oportunidades de mejora pueden ser formuladas por cualquier trabajador. Una vez documentadas, independientemente de la fuente de origen, son analizadas por las personas responsables de dicha actividad. El análisis se dirige a la investigación de las causas de la oportunidad de mejora de forma que puedan derivarse:

- El tratamiento más adecuado de la situación que ha originado la oportunidad de mejora.
- Las acciones correctoras o preventivas pertinentes, que en este caso van dirigidas a la corrección de las causas de la oportunidad de mejora (en el supuesto de la acción correctora) o a la prevención de la aparición de una posible oportunidad de mejora (en el supuesto de una acción preventiva).

## **10.6 RESULTADOS DE LA FASE IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA**

Analizando con más detalle el contenido de las oportunidades de mejora que dieron lugar a la gestión de acciones correctoras, se observa que hacen referencia a modificaciones de formatos que implican cambios en los procedimientos mejorando el proceso:

- Se custodian los objetos punzantes
- Se elaboran turnos específicos durante los fines de semana
- Se crean relaciones de material para salidas
- Se solicita a dirección proveedores para mantenimiento como respuesta a oportunidades de mejora formuladas.

A través de las acciones correctoras formuladas a partir de las oportunidades de mejora de auditoría interna se elaboró un grupo de seguimiento de objetivos e indicadores que asegurara su medición y tutelaje, se revisaron los errores en la codificación, se eliminaron los formatos obsoletos que todavía se sigan utilizando, se establece un plan de control de proceso, se listan e identifican los diferentes equipos en la documentación del sistema de la calidad, se produce reelaboración de procedimientos de tal manera que se clarifiquen conceptos y se imparta información sobre política de calidad.

## CONCLUSIONES

Con el propósito de implementar el sistema de gestión de calidad de la Clínica ISNOR se llevo a cabo un análisis inicial que permitió detectar las falencias en la organización, con el fin primordial de emprender las acciones de mejora en las operaciones que van a constituir una base para la aplicación de la norma ISO 9001:2000.

Detectadas las falencias existentes en el diagnóstico inicial tales como carencia de política, objetivos de calidad y documentación, desconocimiento de la misión de la empresa y falta de una proyección futura con la visión constituyeron una base de datos que se tomaron como punto de partida para esta implementación.

Se inicio conformando el comité de calidad, definición del alcance y las exclusiones para conocer los procesos y así detectar las debilidades existentes en cada uno de ellos, se elaboró el mapa de procesos y la interacción de las mismas, para emprender las acciones de mejora necesarias de acuerdo a los resultados obtenidos.

El comité de calidad de ISNOR planeó, ejecutó, verificó y aplicó las acciones en las actividades desarrolladas en la implementación teniendo en cuenta la importancia que posee en el funcionamiento del sistema, debido a que contribuye a la toma de decisiones en cuanto a calidad para obtener los resultados propuestos.

La secuencia en cada fase contribuyó a lograr un trabajo en equipo consiguiendo así el crecimiento del instituto, que se evidencia al comparar el diagnóstico inicial con el final, que se realizó después de la implementación del Sistema de gestión de la calidad.

La etapa del diseño de gestión de calidad, se basó en la matriz DOFA, mostrando las debilidades, oportunidades, fortalezas y habilidades. El personal participó en

un 100% de las sensibilizaciones realizadas por el Comité para incentivarlos y motivarlos para un buen funcionamiento de la implementación, el buen resultado de estas se manifestó en los conocimientos en tema de calidad, disposición a la colaboración, al cambio y a participar con valiosos aportes en la realización de la documentación y acciones de mejora en la prestación del servicio con calidad y disminución de las no conformidades.

En la etapa del desarrollo de la documentación, participaron los empleados dando lugar al descubrimiento de algunas fallas en los procedimientos de cada proceso, mostrando las no conformidades para aplicar las acciones correctivas, preventivas o de mejora según la definición detallada en los procesos.

El sector de la salud de nivel II de complejidad (salud mental) al cual se dedica la clínica ISNOR es delicado en su prestación, el cual requiere personal formado, capacitado y dotado de gran calidad humana para poder brindar bienestar personal y óptimo servicio que satisfaga las necesidades de los usuarios y por ende mejore la prestación del servicio.

El diseño, la documentación e implementación del Sistema Gestión de la Calidad concluyó con la definición de los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso, los cuales están dirigidos al seguimiento y medición de la satisfacción de procesos, así como al control de las no conformidades. Entre los métodos propuestos pueden citarse entrevistas o encuestas individuales, grupos de discusión, auditoría interna, autoevaluación, uso racional de indicadores, criterios de medida, etc.

La buena gestión del presente construye un excelente futuro. Al certificar la calidad de sus servicios la Clínica ISNOR sabe para dónde va, asume un plan que gestiona paso a paso las ejecuciones del presente y conduce a un promisorio futuro. La clave del proceso debe ser el alto nivel de compromiso de todos los colaboradores de la Organización.

## RECOMENDACIONES

Toda organización exitosa debe saber que la clave reside en la satisfacción permanente de las necesidades y expectativas de sus clientes. También debe saber que ese objetivo sólo se logra a través de un esfuerzo metódico, planificado y permanente de la dirección y la gerencia, razón por la cual el trabajo del Comité de la Calidad debe continuar con la periodicidad establecida.

Continuar con el proceso de organización de la logística y funcionamiento interno: diseñando e implementando nuevos formatos comunes de documentos, registros, seguimiento de indicadores e informes de los resultados bajo la responsabilidad de cada jefe del proceso.

La relación empresa - trabajadores debe reforzarse hasta llegar al nivel en que la visión de ambas partes sea el desarrollo conjunto de la productividad, calidad y competitividad. Para reflejar un trabajo armónico se recomienda mejorar el ambiente de trabajo que constituye un factor fundamental para que se trabaje con calidad.

La calidad se constituye en el factor fundamental de competitividad. La gerencia del ISNOR debe mentalizarse de que calidad significa el cumplimiento con las necesidades y expectativas de los clientes proporcionando a sus empleados capacitaciones permanentes en cortos periodos hasta lograr que el personal se mentalice que los estándares de calidad deben cumplirse.

Realizar auditorías trimestrales con el fin de modificar o reemplazar procesos anteriores por el nuevo proceso para prevenir que vuelva a producirse el problema  
Anexar a la base de datos institucional única e integrada, las historias clínicas de pacientes antiguos para hacer más dinámico el servicio solicitado por ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

ARROYO, M. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Mc Graw – Hill Interamericana; 1998.

BENNER,WRUBEL. La prestación de cuidados básica en un ejercicio eficaz de la enfermería. 1989,

BUSTOS, Alvaro. Auditoria Médica. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 1999

CALIDAD, COSTOS Y SALUD. UN MODELO INTEGRADO. Medical Care, 1982

DALTON, G. W. ; THOMPSON, P. H.; PRICE, R. L. The Fourt Stages of Profesional Careers. En: A New at Perfomance by Professionals, Organ Dynamics, Sumer 1997.

DANGON ROMERO, Yuriko Rafael. Calidad y Auditoria en Salud. Bucaramanga, 2001

DECRETO 2309 de 2002; Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá, Colombia.

DONADEBIAN. El Control de la Calidad en los Servicios de Salud. Revista Cubana de Enfermería. Enero - Abril, 1995.

GILMORE C. Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K Kellogg; Manual de Gerencia de la Calidad.

<http://tone.udea.edu.co/revista/marzo/2006>.

<http://www.fac.org.ar/calidad> en los registros de enfermería

KANT, Emanuel. *Etica del Deber*. Editorial Orby, Barcelona, España. 1990.

KRAMER, M. *Reality Shock*. En: *Why Nurses Leave Nursing*. St. Louis; C. V. Mosby Co, 1974.

LEY 266 DE 1996. *Diario Oficial No. 42.710*, del 5 de febrero de 1996.

LEY 100/93. DECRETO 2174 DE 1996. DECRETO 2309 DEL 2002. "Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema de seguridad social en salud".

MALAGON, LONDOÑO. *Auditoria en salud*. Editorial Panamericana, 2001

MARRINER. T.A.; RAILE, A.M. *Modelos y Teorías en Enfermería* .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance. 2003.

MATURANA, Humberto. *Sentir y actuar del profesional de Enfermería*. *Revista Cubana de Enfermería*. . Mayo - Agosto, 1999.

MEJIA GARCIA, Braulio. *Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud*. Ecoe ediciones, tercera edición, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Calidad del Cuidado de Enfermería*. Ottawa. 1996.

REVISTA CONTADURÍA. El Auditor en el Nuevo Milenio: Visión y Misión. Universidad De Antioquia. No. 38. Marzo de 2001.

RESOLUCIÓN 1446 DEL 2006. Anexo técnico

RIAÑO GAMBOA, Germán. Auditoria de calidad en salud. Legislación y estrategias de manejo. Grupo ecomedios, 2001.

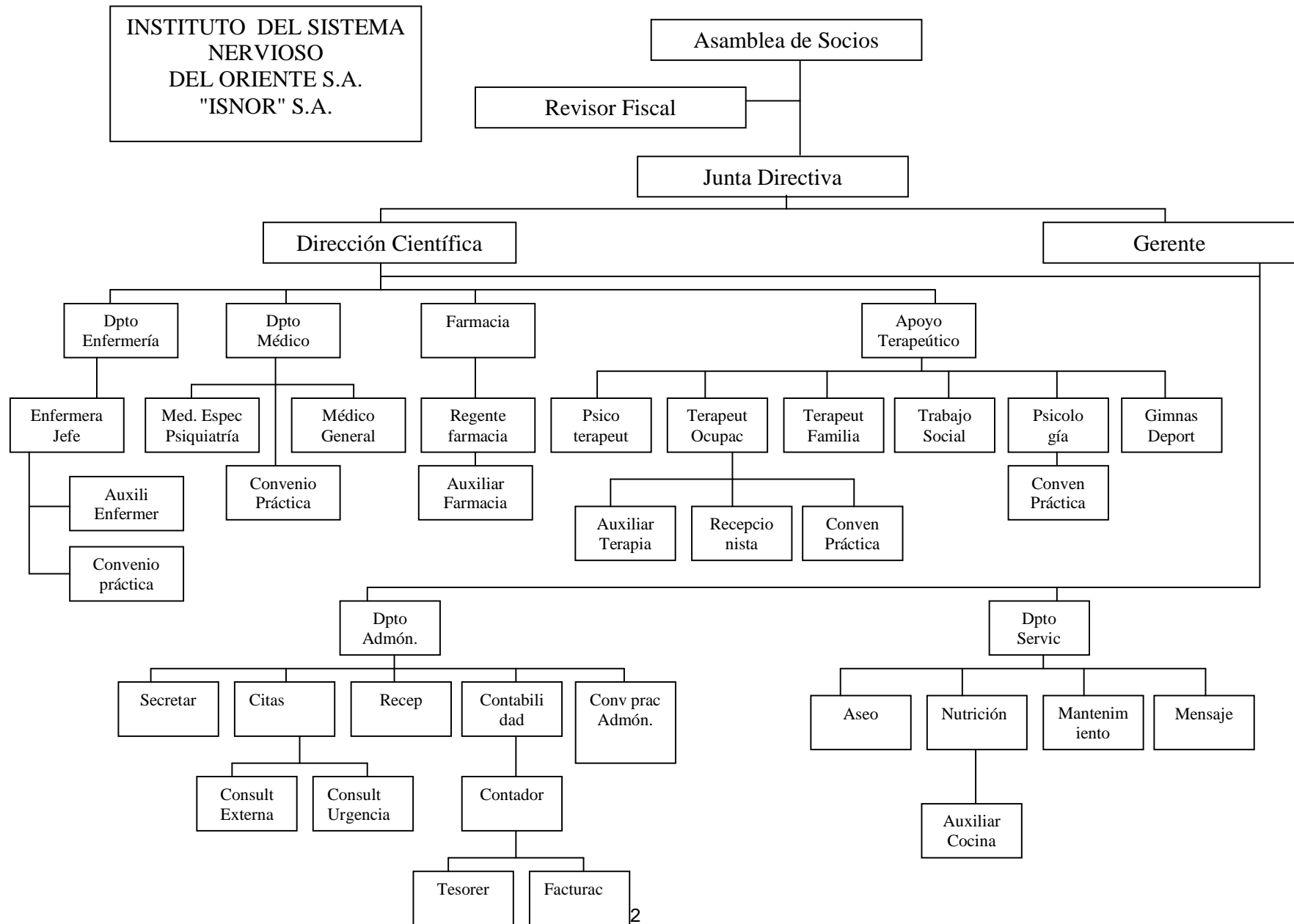
RODRIGUEZ URIBE, William. Como garantizar la calidad de servicios de salud. ISS, 1995

SUÁREZ PINEDA, Jesús Alberto, Cosmovisión social de la contabilidad como disciplina científica. En: Revista Legis Contador No. 06. Abril/Junio 2000.




## **ANEXOS**

# Anexo 1. Organigrama ISNOR



## Anexo 2. Diagnostico Inicial del Sistema de Gestión de la Calidad

		<b>INSTITUTO DE SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE ISNOR S.A.</b>						
<b>DIAGNÒSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>								
Ítem	Núm. ISO	REQUISITOS	NIVEL DE DESARROLLO					
			NA	SA	II	DP	AI	MC
	<b>4</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>						
<b>1</b>	<b>4.1.</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>						
2		¿En la CLÍNICA ISNOR S.A., se establece, documenta, implementa y se mantiene un Sistema de Gestión de la Calidad y se mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000?			X			
3		¿Se encuentra identificados los procesos en la empresa?			X			

4		¿En la CLÍNICA ISNOR S.A. se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces en la empresa?			X			
5		¿Se ha definido la iteración de los procesos en la empresa?			X			
6		¿En la empresa se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos?			X			
7	4.2.	<b>REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION</b>						
8	4.2.1.	<b>GENERALIDADES</b>						
9		¿Se tiene una declaración documentada de la política de calidad y objetivos de calidad?			X			
10		¿Existe un manual de calidad en la empresa?		X				
11		¿Existen procedimientos documentados de los que exige la NTC ISO 9001:2000?		X				
12		¿Existen en la empresa procedimientos documentados para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los		X				

		procesos?						
13		¿Existe en la empresa registros exigidos por la NTC ISO 9001:2000?		X				
<b>14</b>	<b>4.2.2</b>	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>						
15		¿La empresa establece y mantiene un manual de calidad, en el que se incluya: el alcance del sistema de gestión de calidad, justificando cualquier exclusión; los procedimientos documentados y establecidos para el sistema de gestión de calidad, y una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?		X				
<b>16</b>	<b>4.2.3</b>	<b>CONTROL DE LOS DOCUMENTOS</b>						
17		¿La empresa controla los documentos requeridos por el Sistema de gestión de calidad?		X				
18		¿Se tiene un procedimiento documentado que defina los parámetros para el control de documentos?		X				
		¿La empresa aprueba los documentos en cuanto						

19		a su adecuación antes de su emisión?		X				
20		¿Revisan y actualizan los documentos cuando es necesario y los aprueban nuevamente?		X				
21		¿Se aseguran de que se identifiquen los cambios y el estado de revisión actual de los documentos, y que estos permanecen legibles?		X				
22		¿Se aseguran de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución?		X				
23		¿Previenen el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón?		X				
24		¿Tiene un inventario de la documentación faltante y existente?		X				
<b>25</b>	<b>4.2.4</b>	<b>CONTROL DE REGISTROS</b>						
26		¿Se establecen y mantiene los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del		X				

		sistema de gestión de calidad?						
27		¿Existe un procedimiento documentado para la administración de los registros de calidad?		X				
28		¿Existe un inventario de los registros de la calidad?		X				
<b>29</b>	<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>						
<b>30</b>	<b>5.1</b>	<b>COMPROMISO DE LA DIRECCION</b>						
31		¿La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia?			X			
32		¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios?			X			
33		¿La alta dirección establece la política de calidad?		X				
34		¿La alta dirección se asegura de que se establezca los objetivos de la calidad?		X				
35		¿La alta dirección lleva a cabo las revisiones por la dirección?		X				

<b>36</b>	<b>5.2</b>	<b>ENFOQUE AL CLIENTE</b>						
37		¿La alta dirección, conoce los requisitos del cliente?			X			
38		¿Los requisitos del cliente se cumplen para garantizar la satisfacción del cliente?			X			
<b>39</b>	<b>5.3</b>	<b>POLITICA DE LA CALIDAD</b>						
40		¿La política de la calidad es apropiada para el propósito de la organización?		X				
41		¿Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad?		X				
42		¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?		X				
43		¿Es comunicada y entendida dentro de la organización?		X				
44		¿Es revisada para su continua adecuación?		X				
<b>45</b>	<b>5.4</b>	<b>PLANIFICACION</b>						
<b>46</b>	<b>5.4.1</b>	<b>OBJETIVOS DE CALIDAD</b>						



47		¿La alta dirección se asegura de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para la prestación del servicio?		X				
48		¿Los objetivos de la calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?		X				
49		¿Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?		X				
50		¿Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del sistema de gestión de calidad?		X				
<b>51</b>	<b>5.4.2</b>	<b>PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>						
52		¿La alta dirección se asegura de que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en el numeral 4.1 así como los objetivos de calidad?		X				
53		¿La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del sistema de gestión de calidad cuando se planifican e implementan cambios en		X				

		este?						
<b>54</b>	<b>5.5</b>	<b>RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION</b>						
<b>55</b>	<b>5.5.1</b>	<b>RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD</b>						
56		¿La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización?			X			
<b>57</b>	<b>5.5.2</b>	<b>REPRESENTANTE DE LA DIRECCION</b>						
58		¿La alta dirección ha designado un miembro de la dirección para que represente a la empresa?				X		
59		¿El miembro de la alta dirección informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y de cualquier necesidad de mejora?				X		
60		¿El miembro de la alta dirección se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización?				X		
<b>61</b>	<b>5.5.3</b>	<b>COMUNICACIÓN INTERNA</b>						
62		¿La alta dirección se asegura de que se establecen en los procesos de comunicación			X			

		apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad?						
<b>63</b>	<b>5.6</b>	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>						
<b>64</b>	<b>5.6.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>						
65		¿La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continua?			X			
66		¿Se realiza evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad?			X			
67		¿Existen registros las revisiones por la dirección?			X			
68		¿La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad?			X			
69		¿La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora?			X			
<b>70</b>	<b>5.6.2</b>	<b>INFORMACION PARA LA REVISION</b>						

71		¿La alta dirección revisa los resultados de las auditorias y retroalimentación del cliente?			X			
72		¿La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y conformidad del servicio?			X			
73		¿La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas?			X			
74		¿La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones?			X			
75		¿La alta direcciones toma las decisiones y acciones para la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente?			X			
76		¿La alta dirección revisa recomendaciones para al mejora?			X			
<b>77</b>	<b>5.6.3</b>	<b>RESULTADOS DE LA REVISION</b>						
78		¿Las decisiones tomadas de acuerdo a los resultados obtenidos por la revisión de la dirección incluyen mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y de sus procesos?			X			

79		¿La alta dirección toma las decisiones y acciones para la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente?			X			
80		¿La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos?			X			
<b>81</b>	<b>6</b>	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>						
<b>82</b>	<b>6.1</b>	<b>PROVISION DE RECURSOS</b>						
83		¿Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos?			X			
<b>84</b>	<b>6.2</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>						
<b>85</b>	<b>6.2.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>						
86		¿Es competente el personal que realiza trabajos que afecten a la calidad del producto con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas?				X		
<b>87</b>	<b>6.2.2</b>	<b>COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FROMACION</b>						
88		¿Se ha determinado la competencia del personal que realice trabajos que afecten la calidad del producto?			X			

89		¿Existe una metodología que permita identificar las necesidades de la formación y suministrar la misma al personal del sistema de gestión de la calidad?				X		
90		¿Se mantiene registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia?			X			
<b>91</b>	<b>6.3</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>						
92		¿Es apropiada la infraestructura y los servicios de apoyo para al prestación del servicio?					X	
<b>93</b>	<b>6.4</b>	<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>						
94		¿La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?				X		
<b>95</b>	<b>7</b>	<b>PRESTACION DEL SERVICIO</b>						
<b>96</b>	<b>7.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>						
97		¿Se planifican y se desarrollan los procesos para al prestación del servicio?				X		
98		¿Durante la planificación de la realización del servicio se ha determinado los requisitos?				X		

99		¿Se han establecido los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos por parte de la empresa en la prestación del servicio?				X		
<b>100</b>	<b>7.2</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>						
<b>101</b>	<b>7.2.1</b>	<b>DETERMINACION DE LOS REQUISITOS CON EL SERVICIO</b>						
102		¿La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma?				X		
103		¿La empresa conoce los requisitos no especificados por el cliente, pero los necesarios para la prestación del servicio?				X		
104		¿La empresa conoce los requisitos legales y reglamentarios relacionados por el cliente?				X		
<b>105</b>	<b>7.2.2</b>	<b>REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS POR EL CLIENTE</b>						
106		¿Se encuentran bien definidos los requisitos para la prestación del servicio?				X		
107		¿La empresa tiene la capacidad para cumplir los requisitos definidos?				X		

108		¿Existe un documento donde especifique la oferta del servicio?			X				
<b>109</b>	<b>7.3</b>	<b>DISEÑO Y DESARROLLO</b>							
<b>110</b>	<b>7.3.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>							
111		¿Existe una metodología que establezca el control que se debe efectuar durante el diseño y/o desarrollo del servicio?	X						
112		¿La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo?	X						
113		¿La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo?	X						
114		¿La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades?	X						
115		¿La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo?	X						
<b>116</b>	<b>7.3.2</b>	<b>ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO</b>							



117		¿La empresa determina los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y se mantienen registros?, ¿Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo?	X					
117								
118		¿La empresa revisa los elementos anteriores para verificar su adecuación?	X					
119		¿Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no con contradictorios?	X					
<b>120</b>	<b>7.3.3</b>	<b>RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
121		¿Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo y se aprueban antes en su liberación?	X					

122		¿Los resultados del diseño cumplen los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo?	X						
123		¿Los resultados del diseño proporcionan información apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio?	X						
124		¿Los resultados del diseño contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio?	X						
125		¿Los resultados del diseño especifican las características del servicio, esenciales para el uso seguro y correcto?	X						
<b>126</b>	<b>7.3.4</b>	<b>REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>							
127		¿La empresa realiza revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado?	X						
128		¿La empresa evalúa la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos?	X						
129		¿La empresa identifica cualquier problema y propone las acciones necesarias?	X						

130		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma?	X						
<b>131</b>	<b>7.3.5</b>	<b>VERIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>							
132		¿La empresa realiza la verificación, de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo?	X						
133		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesario?	X						
<b>134</b>	<b>7.3.6</b>	<b>VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>							
135		¿La empresa realiza validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previo?	X						
136		¿La validación es completa antes de la prestación del servicio?	X						

137		¿Se mantienen registros del resultado de la validación y de cualquier acción que sea necesaria?	X					
<b>138</b>	<b>7.3.7</b>	<b>CONTROL DE CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
139		¿Los cambios del diseño y desarrollo se identifican, se revisan y se validan, según sea apropiado, y se aprueban antes de su implementación?	X					
140		¿La revisión de los cambios de diseño y desarrollo incluyen la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto ya entregado?	X					
141		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria?	X	X				
<b>142</b>	<b>7.4</b>	<b>COMPRAS</b>						
<b>143</b>	<b>7.4.1</b>	<b>PROCESO DE COMPRAS</b>						
144		¿La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados?			X			

145		¿Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores de acuerdo con los requisitos de la organización?		X				
146		¿Se tiene criterio para evaluar a los proveedores?		X				
147		¿La empresa mantiene registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción que se derive de las mismas?		X				
<b>148</b>	<b>7.4.2</b>	<b>INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS</b>						
149		¿La empresa describe el producto a comprar?			X			
150		¿La empresa describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos, para la calificación del personal y los requisitos del sistema de gestión de la calidad?			X			
151		¿La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra antes de comunicárselos al proveedor?		X				

<b>152</b>	<b>7.4.3</b>	<b>VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS</b>					
153		¿La empresa establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurar que el producto comprado cumpla con los requisitos de compra especificados?			X		
<b>154</b>	<b>7.5</b>	<b>PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO</b>					
<b>155</b>	<b>7.5.1</b>	<b>CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>					
156		¿La empresa planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo las condiciones controladas?				X	
157		¿La empresa dispone de información que describa las características del producto?				X	
158		¿La empresa dispone de instrucciones de trabajo?			X		
159		¿La empresa dispone y usa dispositivos de seguimiento y medición?			X		
160		¿La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?			X		
<b>161</b>	<b>7.5.2</b>	<b>VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>					

162		¿La empresa valida aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante las actividades de seguimiento o medición posteriores?	X						
163		¿La empresa establece disposiciones para los procesos de validación, incluyendo, cuando sea aplicable: los criterios definidos para la revisión y aprobación de equipos y calificación del personal, el uso de métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros (véase 4.2.4) y la revalidación)?	X						
<b>164</b>	<b>7.5.3</b>	<b>IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD</b>							
165		¿La empresa identifica el servicio por medios adecuados, a través de toda la prestación de este?				X			
166		¿La empresa identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?			X				
		¿Cuándo la trazabilidad es un requisito, la							

167		empresa controla y registra la identificación única del servicio?			X			
<b>168</b>	<b>7.5.4</b>	<b>PROPIEDAD DEL CLIENTE</b>						
169		¿La empresa cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control o estén siendo utilizados por la misma?			X			
170		¿La empresa registra y comunica al cliente cualquier bien que se pierda, deteriore o que se considere inadecuado para su uso?			X			
171		¿La empresa identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrado para su utilización o incorporación dentro del producto?			X			
<b>172</b>	<b>7.5.5</b>	<b>PRESERVACION DEL SERVICIO</b>						
173		¿La empresa preserva la conformidad del servicio durante el proceso interno y la prestación del mismo?			X			
<b>174</b>	<b>7.6</b>	<b>CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION</b>						
		¿La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición		X				



175		y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados?						
176		¿La empresa establece los procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición se realicen de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición?		X				
177		¿El equipo de medición se calibra y verifica a intervalos especificados o antes de su utilización comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales?			X			
178		¿El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento?		X				
179		¿La empresa evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no esta conforme con los requisitos?		X				
		¿La empresa confirma la capacidad de los						

180		programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición?		X				
<b>181</b>	<b>8</b>	<b>MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>						
<b>182</b>	<b>8.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>						
183		¿La empresa planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio?			X			
<b>184</b>	<b>8.2</b>	<b>SEGUIMINETO Y MEDICION</b>						
<b>185</b>	<b>8.2.1</b>	<b>SATISFACCION DEL CLIENTE</b>						
186		¿Se realiza un seguimiento a la satisfacción del cliente?			X			
<b>187</b>	<b>8.2.2</b>	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>						
188		¿La empresa planifica auditorias internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización?			X			

189		¿La empresa planifica un programa de auditorias tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias?			X			
190		¿Existe un sistema o una forma de evaluación y selección de los auditores internos de calidad?		X				
191		¿Existen formados los candidatos seleccionados para las auditorias internas de calidad?			X			
192		¿Se ha definido en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorias, para informar de los resultados y para mantener los registros(véase 4.2.4)?		X				
193		¿La dirección responsable del área que esta siendo auditada, se asegura de tomar acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas?			X			
<b>194</b>	<b>8.2.3</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS</b>						
		¿Se aplican métodos para la medición de los						

195		procesos?		X				
196		¿Los métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?		X				
197		¿Cuándo no se alcanzan los resultados planificados, llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente para asegurar la conformidad del servicio?		X				
<b>198</b>	<b>8.2.4</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO</b>						
199		¿La empresa mide y hace seguimiento de las características de la prestación del servicio para verificar que se cumplan los requisitos?			X			
200		¿Los registros indican las personas que autorizan la prestación del servicio?		X				
201		¿La prestación del servicio se lleva a cabo hasta que hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas?			X			
<b>202</b>	<b>8.3</b>	<b>CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>						
		¿Se aseguran de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y			X			

203		controla para prevenir su prestación no intencional?						
203								
204		¿Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme están definidos en un procedimiento documentado?		X				
205		¿Se toman acciones para eliminar la no conformidad detectada?			X			
206		¿Cuándo el servicio es no conforme se autorizan el uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente?			X			
207		¿Cuándo el servicio no conforme es aplicable por el cliente se toman acciones para impedir su prestación o aplicación originalmente prevista?			X			
208		¿Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido?		X				

209		¿Cuándo es corregido un servicio no conforme, la empresa lo somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos?		X				
210		¿Cuándo se detecta un servicio no conforme después de la prestación o cuando ha comenzado su uso, la organización toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad?		X				
<b>211</b>	<b>8.4</b>	<b>ANALISIS DE DATOS</b>						
212		¿La empresa determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde puede realizarse la mejora continua?		X				
213		¿El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente?			X			
214		¿El análisis de datos se aplica a la conformidad del servicio?			X			
215		¿El análisis de datos aplica a las características y tendencias de los procesos y los productos?			X			

216		¿El análisis de datos se aplica a los proveedores?			X			
<b>217</b>	<b>8.5</b>	<b>MEJORA</b>						
<b>218</b>	<b>8.5.1</b>	<b>MEJORA CONTINUA</b>						
219		¿La empresa mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección?		X				
<b>220</b>	<b>8.5.2</b>	<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>						
221		¿La empresa toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir?			X			
222		¿Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas?			X			
223		¿Se establecen un procedimiento documentado para definir para revisar las no conformidades (incluyendo quejas y reclamos)?		X				

224		¿En el procedimiento documentado se determina las causas de no conformidades, se evalúa la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir y se determina e implementa las acciones necesarias?		X				
225		¿Existe un registro de los resultados de las acciones tomadas?		X				
226		¿Las acciones correctivas son revisadas?			X			
<b>227</b>	<b>8.5.3</b>		<b>ACCIÓN PREVENTIVA</b>					
228		¿La empresa determina acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia?			X			
229		¿Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales?			X			
230		¿La empresa establece un procedimiento documentado para definir los requisitos que determinan las no conformidades potenciales y sus causas?			X			



231		¿Este procedimiento documentado permite evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones preventivas tomadas?		X				
-----	--	--	--	---	--	--	--	--

### Anexo 3. Matriz EFI

	Factores determinantes del Éxito Interno	Peso	Calificación	Total Pond
FORTALEZAS	Recurso humano profesionalmente capacitado	0.05	2	0.10
	Servicio acorde a las necesidades del paciente	0.12	4	0.48
	Reconocimiento empresarial	0.04	2	0.08
	Tecnología de punta en equipos médicos	0.06	3	0.18
	Empatía entre socios y recurso humano de la clínica	0.05	2	0.10
	Sentido de pertenencia empresarial de parte del recurso humano	0.13	4	0.52
	Convenios con otras instituciones prestadoras de servicios de salud	0.12	4	0.48
	Demostración de aumento de la demanda para aumentar la capacidad instalada de la Clínica	0.06	3	0.18
	Buena relación en utilidades generadas vs activos fijos	0.05	2	0.10
	Porcentaje de reinversión de utilidades en activos fijos	0.03	2	0.06
DEBILIDADES	Toma de decisiones centralizada	0.04	2	0.08
	Compromiso y cumplimiento por parte del personal operativo	0.06	3	0.18
	Renovación de equipos médicos	0.05	2	0.10
	Falta de claridad en las funciones a realizar por el personal	0.02	1	0.02

	Necesidad de nuevas adecuaciones en planta física para optimizar prestación de servicios	0.05	2	0.10
	Plan de acción y presupuesto para la vigencia fiscal	0.03	2	0.06
	Modalidades de contratación de personal	0.02	1	0.02
	Falta de control del plan de mantenimiento de equipos	0.02	1	0.02
	TOTAL	1.00		2.86

#### Anexo 4. Matriz EFE

	Factores determinantes del Éxito Externo	Peso	Calificación	Total Pond
OPORTUNIDADES	Licencia de Operación vigente hasta 2011	0.07	4	0.28
	Compra de nuevos equipos con tecnología de punta	0.08	4	0.32
	Celebración de convenios con Empresas del sector de la salud	0.05	3	0.15
	Capacitación permanente del recurso humano	0.05	3	0.15
	Acceso a crédito bancario	0.07	4	0.28
	Posibilidad de ingreso de nuevos socios	0.04	3	0.12
	Acceso a información contable oportuna con tecnología de punta	0.07	4	0.28
	Facilidad de adquisición de tecnología a precios razonables	0.04	3	0.12
	Atraer nuevas empresas que estén certificados y a la vez requieran de proveedores certificados	0.04	3	0.12
	Posicionamiento en el área de la salud mental	0.08	3	0.24
AMENAZAS	Diversificación de servicios	0.08	4	0.32
	Creación de empresas similares que ofrezcan mejores plantas físicas	0.08	4	0.32
	Competencia desleal	0.05	1	0.05
	Oferta desleal de empresas del sector por contratación de planta de profesionales	0.07	1	0.07

	Llegada de empresas multinacionales del sector de la salud	0.07	2	0.14
	TOTAL	1		2.46

## **Anexo 5. Procesos misionales**

- De Hospitalización
- De Farmacia
- De Consulta Externa
- De Consulta de Urgencias
- De Investigación

<b>PROCESO MISIONAL</b>								
HOSPITALIZACION								
Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	2	

Objetivo del proceso: Identificar las actividades que garanticen la estabilización del usuario en forma efectiva.
Objetivo de calidad: Garantizar la atención de los servicios de salud mental de nivel II de complejidad.
Alcance: Comienza en el momento que el paciente ingresa a la clínica para recibir servicio hasta su debido egreso.
Líder del proceso: Director Científico

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Recursos	Admisiones	Alistamiento de los recursos.	Recursos	Equipo administrativo
Recursos	Compras	Aprovisionamiento de los recursos	Recursos	Equipo administrativo
Usuario Medisoft	Psiquiatría	Plan de tratamiento	Registros en historia clínica, usuario atendida	Usuario y equipo de apoyo terapéutico
Usuario	Enfermería y auxiliar terapia ocupacional	Orientación del paciente y su familia	Registros en historia clínica, usuario atendido	Usuario y familia
Usuario	Enfermería	Ejecución del plan de tratamiento	Registros en historia	Usuario y equipo

Medisoft			clínica, usuario atendido	de apoyo terapéutico
Usuario Medisoft	Equipo de apoyo terapéutico	Valoración por otros miembros del equipo terapéutico	Registros en historia clínica, usuario atendido	Usuario y equipo de apoyo terapéutico
Usuario Medisoft	Psiquiatría - Dpto. Enfermería	Seguimiento al plan de tratamiento	Registros en historia clínica, usuario atendido	Usuario y equipo de apoyo terapéutico
Usuario Medisoft	Psiquiatría – Dpto. Enfermería	Egreso del servicio	Registros en historia clínica, usuario atendido	Usuario – familia y admisiones.
Medisoft – personal ISNOR	Psiquiatría – Atención Usuario Enfermería	Tramites de contabilidad – facturación, mensajería	Registros en Medisoft y facturas para cobro	EPS
Usuario Medisoft	Gestión Calidad – Dirección Científica	Verificar estándares de calidad (PAMEC)	Informes de Auditoria	Equipo de apoyo terapéutico
Equipo de apoyo terapéutico	Dirección Científica	Aplicación de acciones preventivas, correctivas, mejoramiento.	Registros de acciones	Gestión de Calidad



RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Muebles y enseres. Medisoft, guías de manejo	Farmacia, Consulta de Urgencias, Servicio de Alimentación, Gestión Talento Humano, Compras y Suministros	Protocolo, Manual de procedimientos, Guías Medisoft.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
Listas de Chequeo Auditoria medica Auditoria	Satisfacción al usuario	No. Total pacientes que se consideran <u>satisfechos con los servicios recibidos</u> $\frac{IPS}{100}$ No. Total pacientes encuestados por la IPS	$\geq 95\%$	Mensual	Gestión calidad, auditoria	Informe de satisfacción al usuario.
	Tasa de reintegro pacientes	No. Total pacientes que reintegran	$\leq 4$	Mensual	auditoria interna	Ingreso de pacientes hospitalizados

Interna de calidad	hospitalizados	antes de 2 días por la misma causa en el periodo * 100		Mensual	Jefe Enfermería	os
	Promedio de días de estancia	No. Total egresos vivos en el periodo por la IPS			Asistente de la gerencia	Informe promedio días de estancia.
		No. Total de permanencia de los pacientes que ingresan en un periodo * 100				
		No. Camas disponibles				

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Glily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

<b>PROCESO MISIONAL</b>								
FARMACIA								
Versión	00	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	3	

Objetivo del proceso: Brindar el servicio de dispersión y venta de medicamentos a pacientes internos como externos de la institución.
Objetivo de calidad: Cumplir con los requerimientos exigidos por los servicios de hospitalización y consulta externa
Alcance: Comienza en el momento en que al paciente se le dispensa medicamentos hasta su egreso.

Líder del proceso: Director técnico del servicio farmacéutico

ENTRADA

SALIDA

ENTRADA		SALIDA		
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Medicamentos	Depósitos de medicamentos y casa fabricante de medicamentos (laboratorios)	Buscar personal adecuado para las actividades de farmacia.		
Libro de medicamentos		Tener un inventario de medicamentos conociendo las necesidades para pacientes con alteraciones del sistema nerviosos	Solicitud de medicamentos impresa por cada paciente hospitalizados	EPS
Orden de compra	Usuarios	Revisar por sistema MEDISOFT la necesidad diaria de medicamentos solicitados por el medico tratante.	Facturas de venta	Pacientes externos o particulares
Listado de medicamentos POS		Observar diariamente la cantidad de medicamentos que existe en farmacia.  Realizar la solicitud de medicamentos ya sea a depósitos o directamente a laboratorios. Se hace		

por teléfono la solicitud.

Dispensar medicamentos a pacientes hospitalizados y consulta externa.

Venta de medicamentos a clientes externos (particulares).

Verificar por medio del sistema que las cantidades de medicamentos solicitados correspondan a las solicitados por el medico tratante, ya sea por pacientes hospitalizados o pacientes de consulta externa.

Comprobar por el sistema MEDISOFT, las ventas diarias de medicamentos y que correspondan con el dinero retraído por las ventas.

Confirmar que las cantidades de medicamentos físicas correspondan a la misma cantidad del sistema por medio del inventario.

Actuar cuando se presenten cantidades diferentes en la formulación del medico para así confirmar con el directamente.

Planes de acción para aplicar mejora y alcanzar resultados (Acciones preventiva y correctiva).

(Toma de decisiones)

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Auxiliar de farmacia y regente de farmacia. Sistemas, computador, impresora y material de papelería	Hospitalización Consulta externa Cliente particular	Protocolo Manual de procedimientos Guías

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

CONTROL DEL PROCESO		INDICADORES	DE	PROCESO		
CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
Autocontrol Auditoria por gestión de calidad	Despacho de formulas	<u>Total de formulas presentes * 100</u> Total de formulas despachadas	95%	mensual	Regente de farmacia	Manejo de medicamentos No Pos

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

<b>PROCESO MISIONAL</b>
CONSULTA EXTERNA

Objetivo del proceso: Prestar atención ambulatoria en forma efectiva con problemática en salud mental, asegurando su estabilidad con el entorno (familiar, social y laboral).

Objetivo de calidad: Garantizar la atención de los servicios de salud mental de nivel II de complejidad y los requerimientos establecidos en el sistema de garantía de la calidad.

Alcance: Comienza en el momento que el paciente ingresa a la clínica para recibir servicio hasta su debido egreso.

Líder del proceso: Director Científico

## ENTRADA

## SALIDA

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Recursos	Admisiones	Alistamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso)	Recursos	Equipo Administrativo
Contrato	EAPBs	Numero de citas ofertadas	Contrato firmado	IPS – Usuarios
Psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional y nutricionista.	Director Científico – Admisiones – atención usuario	Disponibilidad de médicos psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional y nutricionista.	Cronograma de consultorios	Equipo de apoyo terapéutico

Medisoft	Director científico Admisiones – Atención Usuario	Inducción de reglamento de consulta externa, guías medicas, reglamento de urgencias, manejo Medisoft. (Historia clínica) e inducción aspectos administrativa	Registros de capacitación	Psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional y nutricionista capacitado.
Recursos	Compras	Aprovisionamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso)	Recursos	Equipo Administrativo
Usuario Medisoft	Admisiones – Atención al Usuario	Contacto con el usuario, apertura de historia clínica (pacientes no conocido), solicitud al archivo (paciente no conocido o n registrado Medisoft). Verificación de servicios, remisión, documentación.	Registros Medisoft(historia clínica), usuario atendido	Usuario y admisiones – Atención usuario Enfermería
Usuario	Admisiones – Atención Usuario	Espera del Usuario (sala de espera)	Instalaciones ISNOR, usuario espera atención	Usuario
Usuario Medisoft	psiquiatría	Valoración, consulta, registros en Medisoft (historia clínica y formulación POS y No POS) – Psicoeducación.	Registros en Medisoft (historia clínica), usuario atendido	Usuario
Usuario Medisoft	Admisiones – Atención	Explicación de tramites a seguir (EPS) control, medicamentos) – RIPS – Elaboración paquete	Registros Medisoft usuario	Usuario – familia

	Usuario enfermería	para cobro (Remisión, soporte) – Estadísticas.	atendido	
Medisoft – personal ISNOR	Psiquiatra – Admisiones – Atención Usuario Enfermería	Tramites de contabilidad – facturación , mensajería	Registros Medisoft y facturas para cobro	EPS
Usuario Medisoft	Gestión de Calidad	Verificar estándares de calidad (PAMEC)	Informe de Auditoría	Equipo de apoyo terapéutico y administrativo
Equipo de apoyo terapéutico	Dirección Científica	Aplicación de acciones preventivas, correctivas, mejoramiento.	Registro de acciones	Gestión de Calidad

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Muebles y enseres, Medisoft, guías de manejo.	Farmacia, Gestión Talento Humano, Servicios Generales, Sistemas de Información, compras y suministro.	Medisoft, manual de procedimientos



SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO						
CONTROL DEL PROCESO						
CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	ME TA	FRECUEN CIA	RESP.	REGISTR O
Lista de chequeo Auditoria medica Auditoria interna de calidad	Satisfacción al usuario	No. Total pacientes que se consideran satisfechos <u>con los servicios recibidos</u> <u>IPS</u> * 100 No. Total pacientes encuestados por la IPS	≥ 95%	Mensual	Gestión de Calidad Auditoria interna	Informe de satisfacci ón al usuario
	Oportunidad atención de estas consultas	Sumatoria total días calendario transcurrido entre <u>la fecha de solicitud</u> <u>cita y la fecha asignada</u> No. Total de consulta asignada	≤ 3	mensual	Admision es – atención al usuario	Asignació n citas.

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

<b>PROCESO MISIONAL</b>									
CONSULTA DE URGENCIAS									
Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Página	1	de	3		

Objetivo del proceso: Prestar servicios de consulta de urgencias en salud mental, a los diferentes usuarios según su necesidad.

Objetivo de calidad: Garantizar la atención de los servicios de salud mental de nivel II de complejidad y los requerimientos establecidos en el sistema de garantía de la calidad.

Alcance: Comienza en el momento que el paciente ingresa a la clínica para recibir servicio hasta su debido egreso.

Líder del proceso: Director Científico

ENTRADA

SALIDA

ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Recursos	Admisiones	Alistamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso)	Recursos	Equipo Administrativo
Psiquiatras,	Director Científico	Disponibilidad de médicos	Cronograma de turnos	Equipo de apoyo terapéutico

Medisoft	Director científico Admisiones – Atención Usuario	Inducción de guía de consulta externa, guías medicas, reglamento de urgencias, manejo Medisoft. (Historia clínica) e inducción aspectos administrativa	Registros de capacitación	Psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional y nutricionista capacitado.
Recursos	Compras	Aprovisionamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso)	Recursos	Equipo Administrativo
Usuario Medisoft	Admisiones – Atención al Usuario	Contacto con el usuario, apertura de historia clínica (pacientes no conocido), solicitud al archivo (paciente no conocido no registrado en Medisoft), solicitud código de servicios	Registros Medisoft(historia clínica), usuario atendido	Usuario y admisiones – Atención usuario Enfermería
Usuario	Admisiones – Atención Usuario	Espera del Usuario (sala de espera)	Instalaciones ISNOR, usuario espera atención	Usuario
Usuario Medisoft	psiquiatría	Valoración, consulta, registros en Medisoft (historia clínica y formulación POS y NO POS) – Psicoeducación.	Registros en Medisoft (historia clínica), usuario atendido	Usuario
Usuario Medisoft	Admisiones – Atención Usuario enfermería	Explicación de tramites a seguir (EPS) control, medicamentos) – RIPS – Elaboración paquete para cobro (Remisión, soporte) – Estadísticas.	Registros Medisoft usuario atendido	Usuario – familia

Medisoft – personal ISNOR	Psiquiatra – Admisiones – Atención Usuario Enfermería	Tramites de contabilidad – facturación , mensajería	Registros Medisoft y facturas para cobro	EPS
Usuario Medisoft	Gestión de Calidad	Verificar estándares de calidad (PAMEC)	Informe de Auditoria	Equipo de apoyo terapéutico y administrativo
Equipo de apoyo terapéutico	Dirección Científica	Aplicación de acciones preventivas, correctivas, mejoramiento.	Registro de acciones	Gestión de Calidad

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Muebles y enseres, Medisoft, guías de manejo.	Farmacia, Gestión Talento Humano, Servicios Generales, Sistemas de Información, compras y suministro.	Medisoft, manual de procedimientos

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO						
CONTROL DEL PROCESO	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE.	REGISTRO
Lista de chequeo Auditoria medica Auditoria interna de calidad	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Número de quejas en las cuales se adoptan los <u>correctivos requeridos antes de 15 días</u> Total de quejas	0-5%	Mensual	Gestión de Calidad Auditoria interna	Informe de satisfacción al usuario
	Oportunidad atención de estas consultas	<del>Sumatoria de minutos transcurridos</del> entre la <u>solicitud y la atención</u> No. Total de usuarios atendidos en consulta urgencias	<del>0 – 15 min</del> 16 – 30 min <b>No criticas</b> 31 – 45 min	<del>mensual</del>	Admisiones – atención al usuario	Asignación citas.

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

<b>PROCESO MISIONAL</b>								
INVESTIGACION								
Versión	00	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	3	

Objetivo del proceso: Prestar atención de investigación de medicamento en forma efectiva con problemática en salud mental, asegurando su estabilidad con el entorno (familiar, social y laboral)
Objetivo de calidad: Garantizar la atención de los servicios de salud mental de nivel II de complejidad y los requerimientos establecidos en el sistema de garantía de la calidad.
Alcance: Comienza en el momento que el paciente ingresa a la clínica para recibir servicio hasta su debido egreso.
Líder del proceso: Director Científico

ENTRADA

SALIDA

ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Recursos	Admisiones	Alistamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso).	Recursos	Equipo Administrativo
Psiquiatras,.	Director Científico – Admisiones –	Disponibilidad de médicos psiquiatras.	Cronograma de consultorios	Equipo de medico apoyo terapéutico
Medisoft	Director científico	Inducción de reglamento de investigación, guías medicas, reglamento investigación, manejo	Registros de capacitación	Psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional

		Medisoft. (Historia clínica) e inducción aspecto administrativo.		y nutricionista capacitado.
Recursos	Compras	Aprovisionamiento de los recursos. (equipos de oficina, Medisoft y personal soporte para sinergia del proceso).	Recursos	Equipo Administrativo
Recursos	Laboratorios Farmacéuticas	Contacto con las farmacéuticas que desean realizar la investigación de medicamentos	Recursos	Equipo medico psiquiatras
Usuario Medisoft	psiquiatría	Valoración, consulta, registros en Medisoft (historia clínica y formulación POS y NO POS) – Psicoeducación.	Registros en Medisoft (historia clínica), usuario atendido	Usuario
Protocolo, criterios numero de población, medicamentos , herramientas, medisoft.	Laboratorios farmacéuticos, Pacientes hospitalizados	Procedimiento a la investigación de medicación con pacientes hospitalizados.	Protocolo, criterios, herramientas, Medisoft.	Pacientes hospitalizados, médicos psiquiatras
Medisoft – personal ISNOR	Psiquiatra – Dirección Científica	Tramites de contabilidad – facturación , mensajería.	Registros Medisoft y facturas para cobro	Laboratorios farmacéuticos



Equipo apoyo terapéutico	Dirección Científica	Aplicación de acciones preventivas, correctivas, mejoramiento.	Registro de acciones	Gestión de Calidad
--------------------------	----------------------	--	----------------------	--------------------

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Muebles y enseres, Medisoft, guías de manejo.	Farmacia, Gestión Talento Humano, Servicios Generales, compras y suministro, hospitalización.	Medisoft, manual de procedimientos, protocolo de manejo de medicamentos.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO						
CONTROL DEL PROCESO	NOMBRE	INDICADOR	MET A	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
Listas de Chequeo Auditoria medica Auditoria Interna de calidad	Satisfacción al usuario	No. Total pacientes que se consideran <u>satisfechos con los servicios recibidos</u>  $\frac{\text{IPS}}{100}$	$\geq 95\%$	Mensual	Gestión calidad, auditori	Informe de satisfacció
	Tasa de reintegro pacientes hospitalizados	No. Total pacientes encuestados por la IPS  No. Total pacientes que reintegran antes de 2 días <u>por la misma causa en el periodo</u> * 100	$\leq 4$	Mensual  Mensual	a interna Jefe Enfermería	n al usuario. Ingreso de pacientes
	Promedio de días de estancia	No. Total egresos vivos en el periodo por la IPS  No. Total de permanencia de los pacientes <u>que ingresan en un periodo</u> * 100  No. Camas disponibles			Asisten te de la gerencia	hospitaliz ados Informe promedio días de estancia.

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

**Anexo 6 Ficha técnica de indicadores de Gestión de la calidad**

	<b>INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	<b>Código:</b> ISN-FTIU
	<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE URGENCIAS</b>	<b>Versión:</b> 01
		<b>Página:</b> 1 de 4

**Nombre del Proceso:** URGENCIAS

**Dueño del Proceso:** SERVICIO DE URGENCIA

Nombre del Indicador	Objetivo	Formula de Cálculo	Unidad	Fuente de Información	Frecuencia de toma de datos	Frecuencia de Análisis	Valor actual	Valor potencial	Meta	Responsable del Análisis
<b>Oportunidad en la atención en el área de urgencias.</b>	Conocer la oportunidad de atención en el servicio de urgencias buscando mejorar la satisfacción del cliente, disminuyendo tasas de	Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de atención y el momento en el cual es atendido el paciente/ total de	Min.	<b>NUMERADOR:</b> formato de recolección de datos para oportunidad en la atención en el área de urgencias	Mensual.	Trimestral.	0.3	0.18	≤0.2	Coordinadores del proceso de urgencias.

	mortalidad secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención buscando disminuir la congestión en el servicio.	usuarios atendidos en urgencias (muestra aleatoria).								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Indicador	Objetivo	Formula de Cálculo	Unidad	Fuente de Información	Frecuencia de toma de datos	Frecuencia de Análisis	Valor actual	Valor potencial	Meta	Responsable del Análisis
<b>Oportunidad en la atención de apoyo diagnóstico.</b>	Medir el tiempo de respuesta del prestador de provisión de servicios, midiendo suficiencia y oportunidad en la atención.	Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud del servicio y el momento en el cual esta disponible la imagen para revisión/ total de	Horas.	<b>NUMERADO</b> R: formato de recolección de datos para oportunidad en la atención de urgencias	Mensual.	Trimestral.	0.3-.04	0.10	≤0.15	Coordinadores del proceso de urgencias.

		atencione s en el servicio prestadas a urgencias.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Indicador	Objetivo	Formula de Cálculo	Unidad	Fuente de Información	Frecuencia de toma de datos	Frecuencia de Análisis	Valor actual	Valor potencial	Meta	Responsable del Análisis
<b>Tasa de satisfacción en la atención en el servicio de urgencias.</b>	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios midiendo la atención y el trato obtenido por el personal de salud del área de urgencias hacia estos.	(Numero total de pacientes que se sintieron satisfechos con la atención en el servicio de urgencias/ numero total de pacientes encuestados) *100.	%	Encuesta de satisfacción del cliente en la atención del servicio de urgencias	Mensual.	Trimestral.	86%	98%	95%	Coordinadores del proceso de urgencias.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>ELABORADO POR:</b> Glily Tatiana García <b>Gallo</b>	<b>REVISADO POR:</b> <b>Ludy Xiomara Pedraza</b>	<b>APROBADO POR:</b> <b>Dr. Jaime Vega</b>
<b>FECHA:</b> 05 de Diciembre 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007

## Anexo 7. Atención paciente Consulta de Urgencias

	<b>INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	<b>Código:</b> APU - 01
	<b>ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Versión:</b> 01
		<b>Página:</b> 1 de 7

### 1. OBJETIVO

Prestar la respectiva atención en el servicio de urgencias a todas las personas que lo requieran.

### 2. ALCANCE

Abarca desde el ingreso del paciente al área asistencial de urgencias y su respectiva atención, hasta el traslado a otro servicio del ISNOR o salida.

### 3. DEFINICIONES

**EPICRISIS:** Resumen médico de la historia clínica de la atención prestada.

**EVOLUCIONES MÉDICAS:** Hoja de registro donde muestra la evolución del paciente durante su estancia u hospitalización realizado diariamente según necesidad, de acuerdo al estado del paciente.

**HISTORIA CLÍNICA:** Documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un enfermo y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido.

**HOJA FRONTAL:** Documento de captación de información de los diferentes usuarios que demandan prestación de servicios de salud. Consta de: datos del

paciente, ficha de atención, finalidad de la consulta, causa de la consulta e historia de ingreso del paciente.

**NOTAS DE ENFERMERIA:** Son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

**URGENCIA CRÍTICA:** es una afección súbita, grave e imprevisible que implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionada por traumas, y requiere atención inmediata.

#### **4. RESPONSABLES**

Subgerencia.

#### **5. CONDICIONES GENERALES**

Para la respectiva atención del paciente se requieren las siguientes condiciones básicas:

Todo paciente que ingrese al servicio de urgencias del ISNOR debe poseer hoja frontal.

Equipos para la realización de procedimientos con funcionamiento adecuado.

Suministro oportuno de medicamentos, ayudas diagnósticas solicitados por el servicio para la atención del paciente.

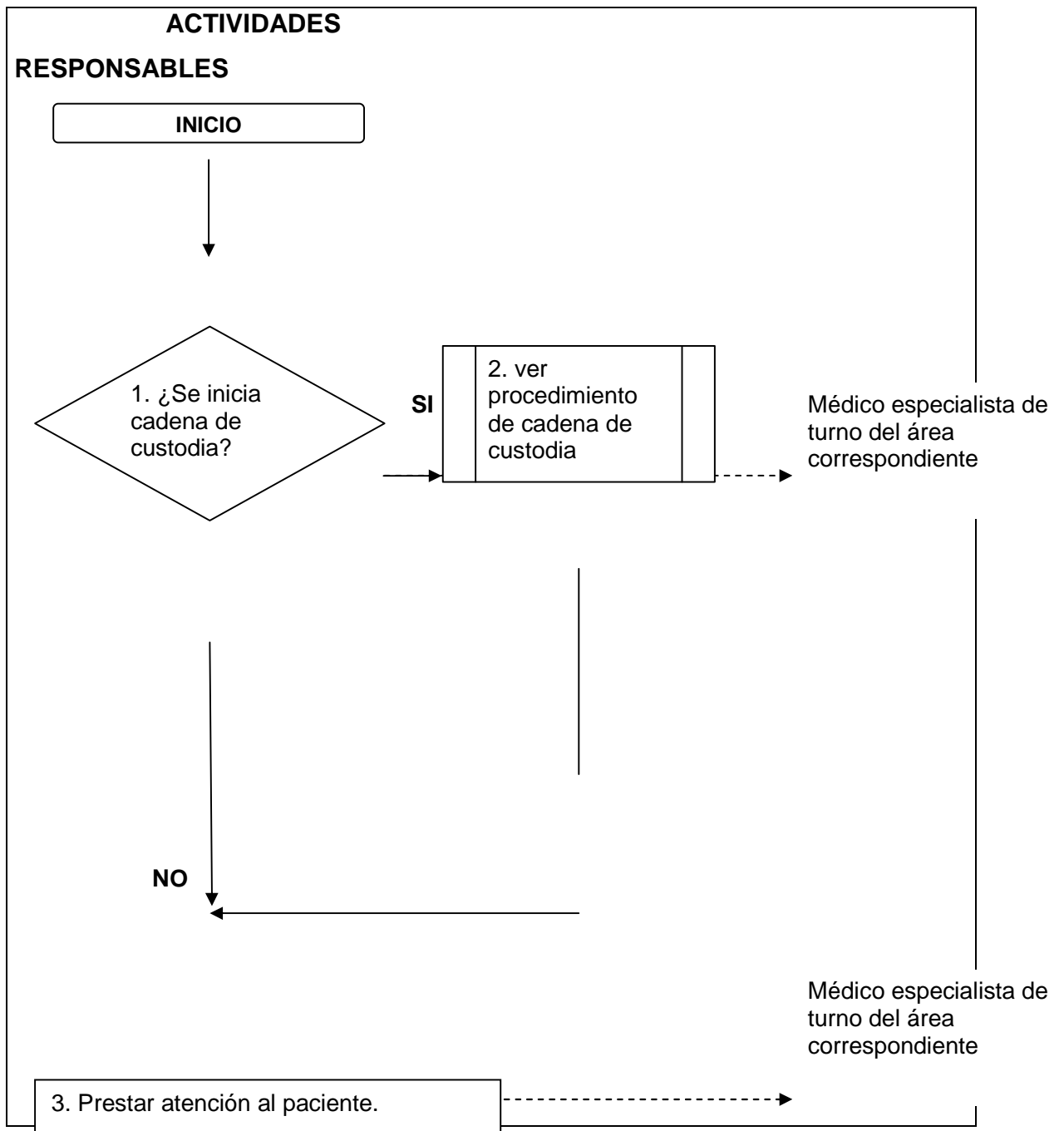
Diligenciamiento debido de todos y cada uno de los soportes mencionados ya sea por parte médica o enfermería según corresponda.

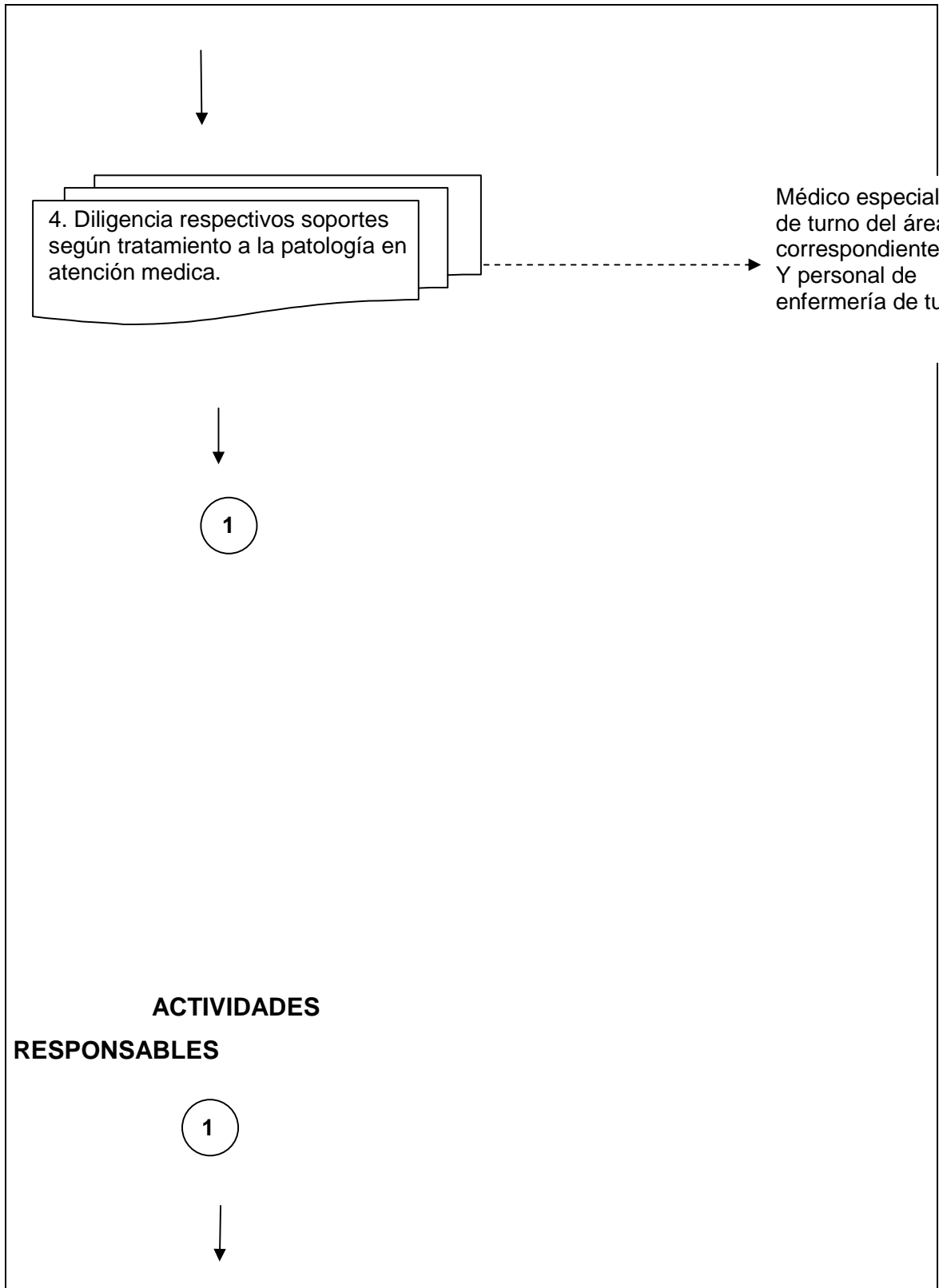
Se dará cumplimiento a las guías de manejo y protocolos establecidos por el ISNOR .

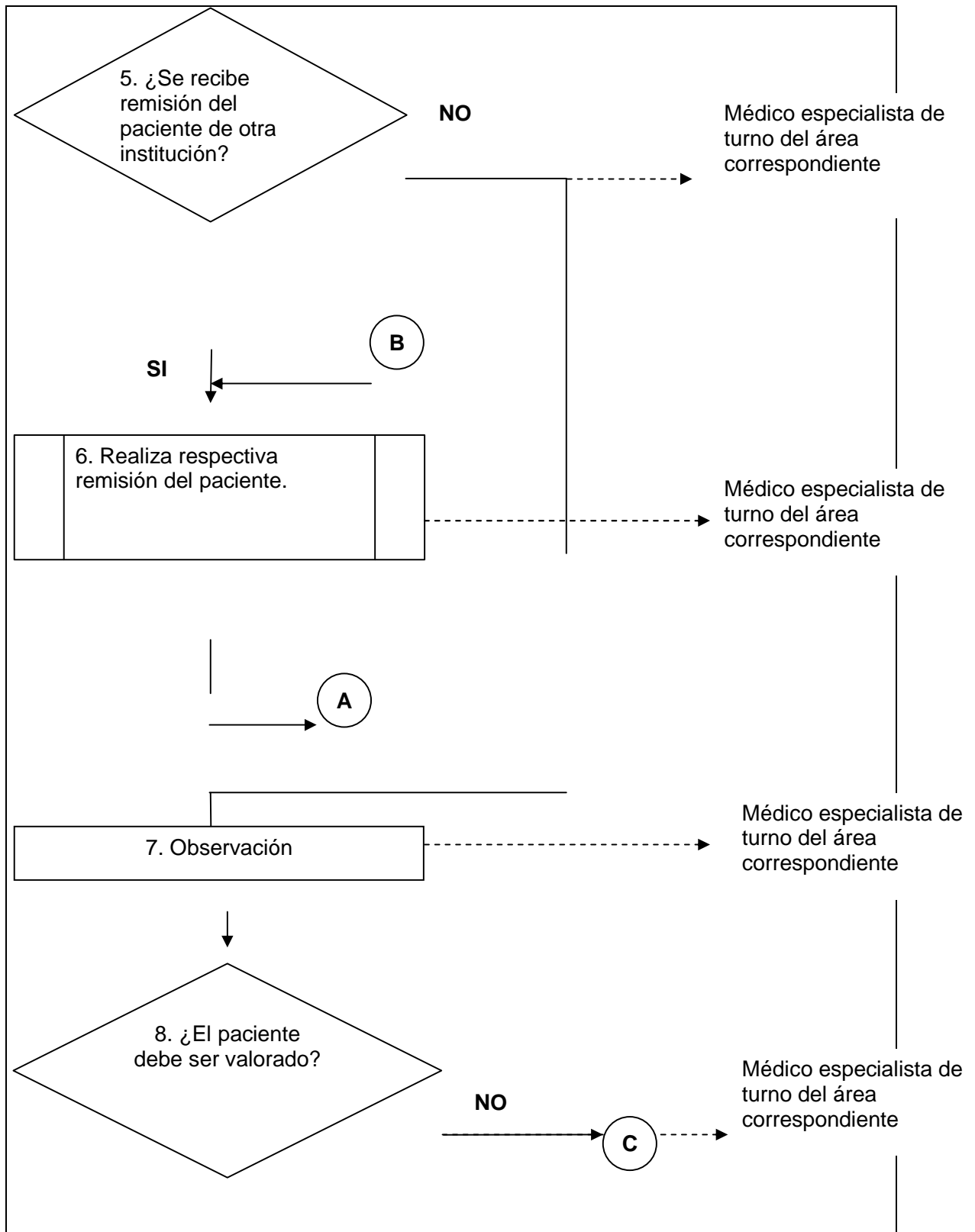
Si la valoración por la especialidad solicitada es considerada no pertinente, el manejo deberá continuar por el médico general (urgencias), solicitud dada por la especialidad solicitada.

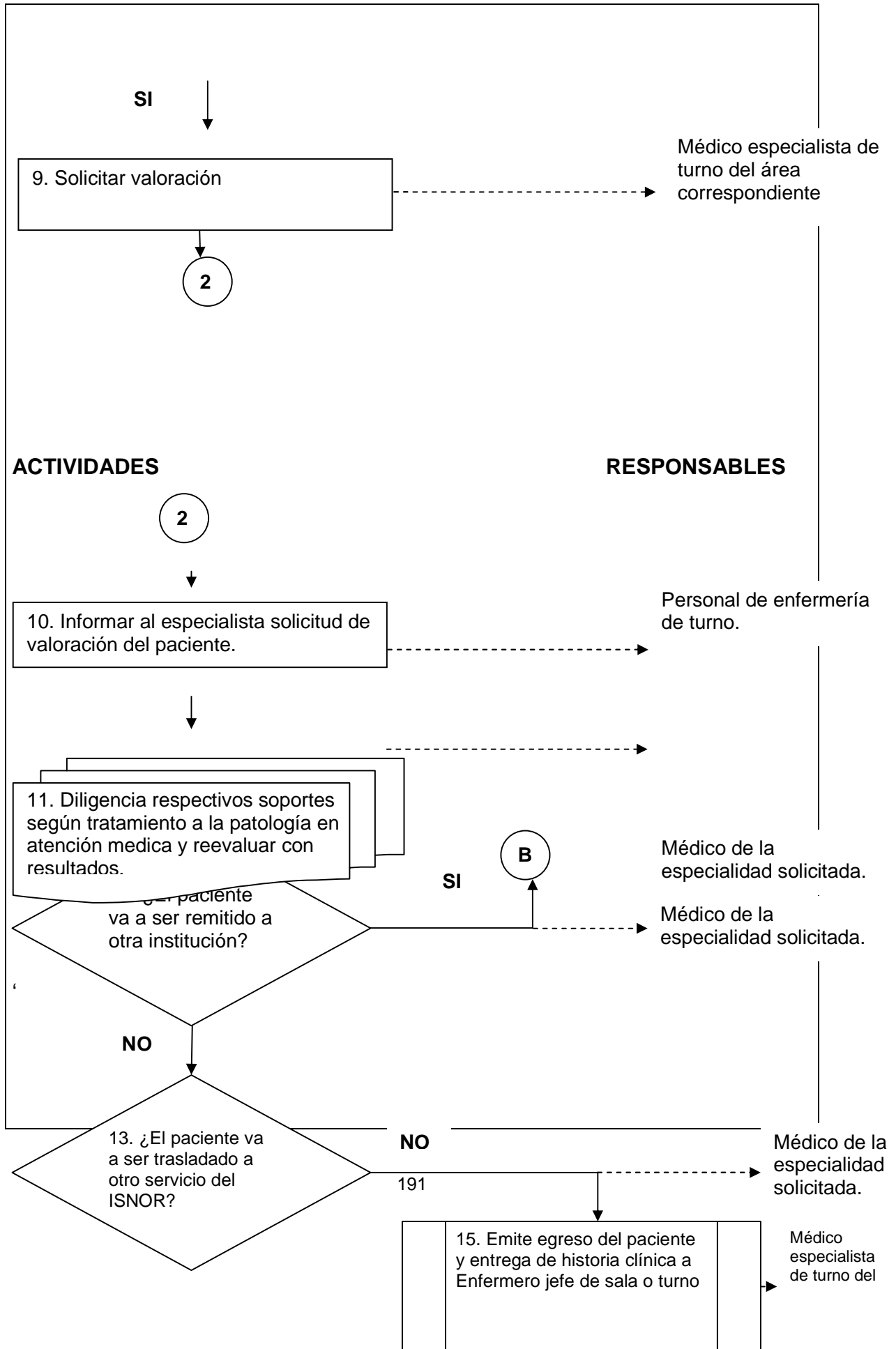
## 6. DESARROLLO

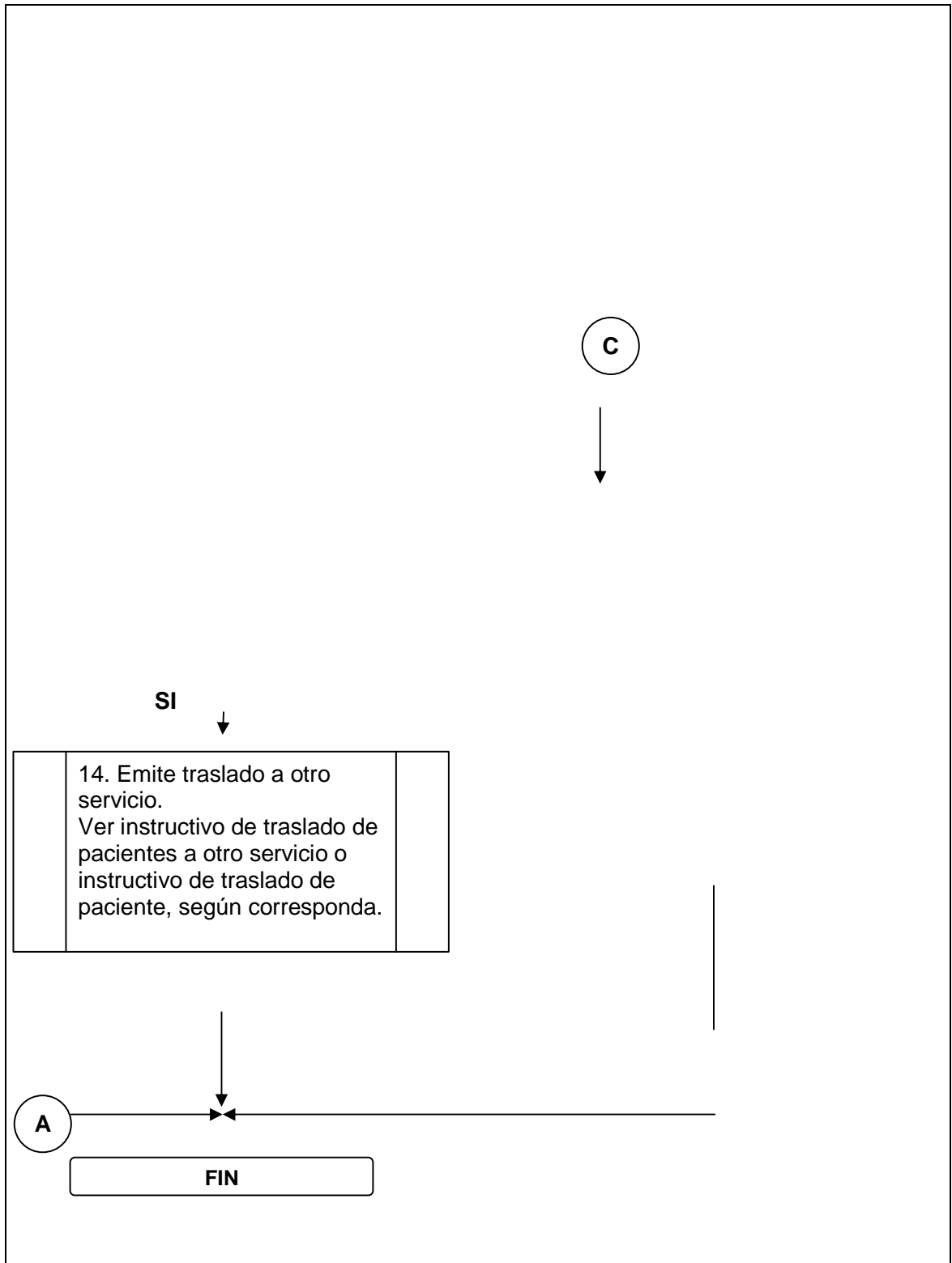
### 6.1. DIAGRAMA DE FLUJO













## 6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

No	Actividad	Descripción de la Actividad	1. Responsable	Documento
1	Prestar atención al paciente.	Si la atención es a un paciente crítico se estabiliza y se determina manejo según corresponda. Este paciente es valorado por el médico de urgencias	Médico especialista de turno del área correspondiente.	Libro de ingreso de pacientes
2	Diligencia respectivos soportes según tratamiento a la patología en atención medica	Según lo solicitado al paciente, el médico diligencia hoja frontal con la situación de entrada del paciente y según la patología del mismo puede solicitar: * * Medicamentos POS en el formato orden médica. * Medicamentos NO POS en los formatos orden médica registro de historia clínica. * Medicamentos de control especial en el formato de prescripción de medicamentos de control especial. * Solicitud y justificación del médico tratante del uso de	Médico general o especialista de turno del área correspondiente  Personal de enfermería de turno.	Hoja frontal  Orden médica, registro de historia clínica  Prescripción de medicamentos de control especial  Solicitud y justificación

		<p>medicamentos NO POS y resumen de historia clínica en el formato de evoluciones y ordenes médicas.</p> <p>Según lo solicitado al paciente el personal de enfermería diligencia los respectivos soportes según la patología del paciente los cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoja de gastos adultos u</li> <li>* Hoja de registro signos vitales.</li> <li>* Control administración de droga.</li> <li>* Control de líquidos.</li> <li>* Control neurológico.</li> <li>* Tarjeta de medicamentos.</li> <li>* Formato kardex del paciente.</li> <li>* Formato de autorización de procedimientos.</li> <li>* Diligenciamiento de notas de enfermería.</li> <li>* Libro de entrega de turno</li> <li>* Libro de registro de nacimientos</li> </ul>		<p>del medico tratante del uso de medicamentos no pos</p> <p>Evoluciones y ordenes médicas</p> <p>Hoja de gastos</p> <p>Control administración de droga</p> <p>Control neurológico</p> <p>Tarjeta de medicamentos</p> <p>Formato kardex del paciente</p> <p>Notas de enfermería</p> <p>Libro de</p>
--	--	--	--	---

				entrega de turno
3	Observación	Realiza la respectiva atención en el servicio de urgencias cumpliendo el término establecido para la estancia en el servicio (6 horas).	Médico especialista a de turno del área correspondiente.	
4	Solicitar valoración por especialista.	Diligencia en la historia clínica la solicitud de valoración por especialidad en el formato de evoluciones y ordenes médicas y formato de interconsultas.	Médico especialista a de turno del área correspondiente.	Evolución y ordenes médicas
5	Informar al especialista solicitud de valoración del paciente.	Enfermera jefe de turno se encarga de informar al especialista la solicitud realizada.	Personal de enfermería de turno.	
6	Diligencia respectivos soportes según atención medica y reevaluar con resultados.	Verificar actividad de este procedimiento, diligenciando el formato(s) respectivo según patología y reevaluando los resultados para tomar una decisión médica.	Médico especialista a de turno del área correspondiente Personal de enfermería	

			de turno.	
7	¿El paciente va a ser remitido a otra institución?	Según valoración médica se decide si el paciente va a ser remitido o no.	Médico especialista	
8	¿El paciente va a ser trasladado a otro servicio del ISNOR ?	Valora al paciente y define si debe ser hospitalizado o dado de alta.	Médico especialista	
9	Emite traslado a otro servicio		Médico especialista	Evolución y ordenes médicas Instructivo de traslado de pacientes a otro servicio
10	Emite egreso del paciente y entrega de historia clínica a enfermero jefe de sala o turno (ver procedimiento de egreso de paciente del servicio de urgencias).	Comunica al paciente el egreso de la institución, y emite salida del paciente en la respectiva epicrisis diligenciando formato de epicrisis además de evoluciones medicas en el formato de evoluciones y ordenes médicas y entrega la respectiva historia clínica a enfermera jefe de turno (ver procedimiento de egreso de paciente del servicio de urgencias) <b>FIN.</b>	Médico especialista	Evolución y ordenes médicas  Epicrisis

--	--	--	--	--

## 7. SOCIALIZACIÓN

En el momento de aprobación de este documento por el Comité de Procesos se difundirá a los integrantes del equipo de urgencias del ISNOR diligenciando el respectivo registro para las reuniones de difusión.

## 8. CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DÍA	MES	AÑO	

<b>ELABORADO POR:</b> Glily Tatiana García	<b>REVISADO POR:</b> Ludy Xiomara Pedraza	<b>APROBADO POR:</b> Dr. Jaime Vega
<b>FECHA:</b> 05 de Diciembre 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007

## Anexo 8. Ingreso del paciente al servicio de urgencias

	<b>INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	<b>Código:</b> URG-P-01
	<b>INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Versión:</b> 01
		<b>Página:</b> 1 de 7

### 1. OBJETIVO

Realizar una admisión oportuna de los pacientes que requieran atención en el Servicio de Urgencias del ISNOR

### 2. ALCANCE

Inicia con la recepción del paciente en el Servicio de Urgencias y culmina con la emisión y entrega de la hoja frontal a urgencias.

### 3. DEFINICIONES

**ACCIDENTE DE TRABAJO:** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador un trastorno mental.

**ADMISIONAR:** Realizar los trámites administrativos correspondientes para el ingreso del paciente a la Institución.

**HOJA FRONTAL:** Documento de captación inicial de información de los diferentes usuarios que demandan prestación de servicios de salud en el ISNOR

**PAGARÉ:** Es un documento de crédito con la promesa pura y simple de pagar una suma de dinero, en un determinado tiempo.

**SERVICIO DE URGENCIA:** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

**TRIAGE:** Método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

**URGENCIA CRÍTICA:** es una afección súbita, grave e imprevisible que implica inminente peligro para la vida del paciente, esta puede ser de origen orgánico u ocasionada por traumas, y requiere atención inmediata.

#### **4. RESPONSABLES**

Gerente

#### **5. CONDICIONES GENERALES**

Debe existir filtro de ingreso de visitantes por parte de vigilancia en el área de urgencias.

En los casos de urgencia crítica se presta la respectiva atención y estabilización del paciente posteriormente se realizan los trámites de admisión del mismo (responsabilidad del admisionista de urgencias).

Se debe en lo posible identificar la causa de la urgencia en admisiones y cuando esta corresponda a accidentes de trabajo, accidentes de tránsito, acciones terroristas y catástrofes naturales se debe garantizar la solicitud de los soportes necesarios para la respectiva facturación.

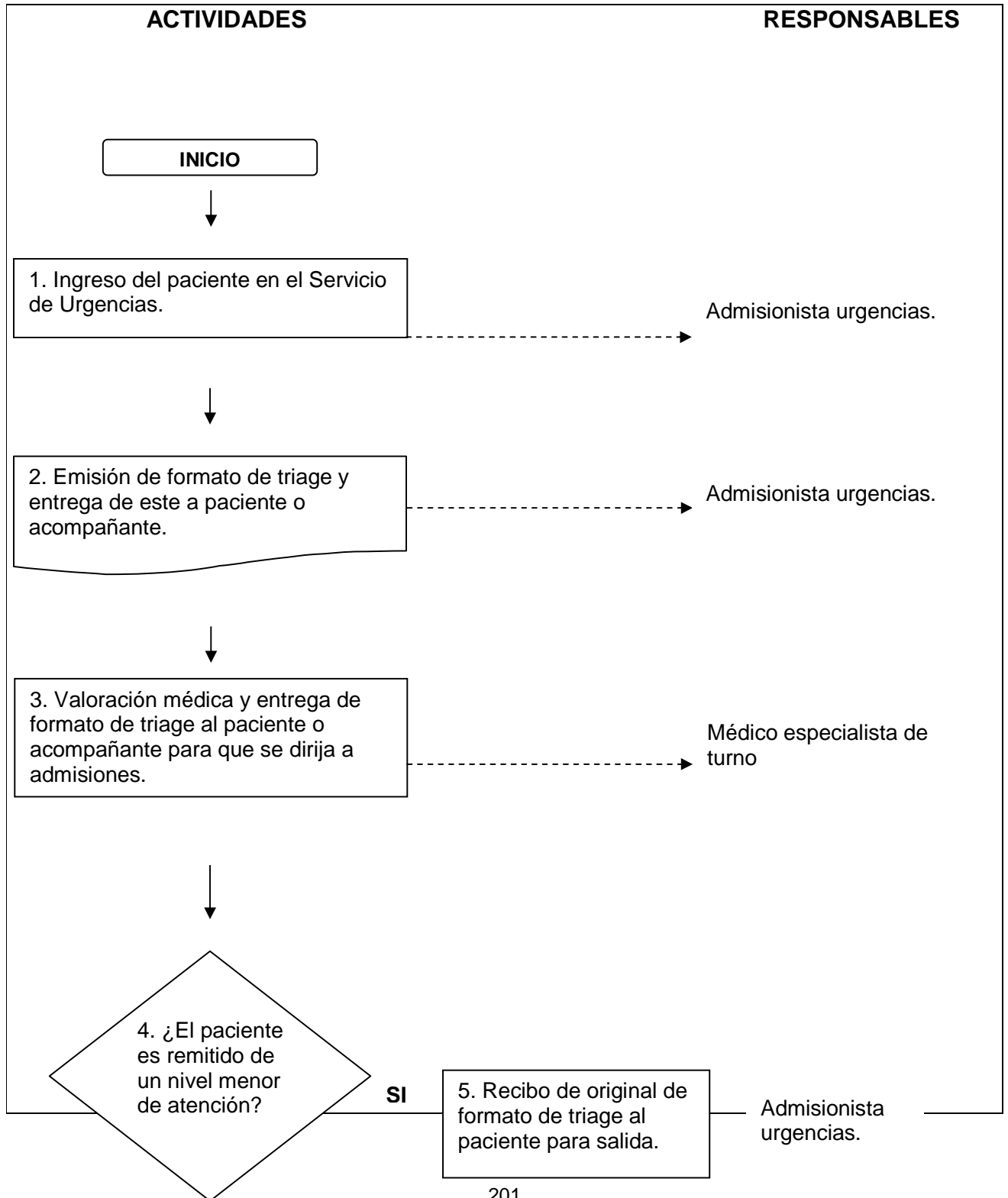
Se debe identificar en lo posible el responsable del aseguramiento del paciente, así como el municipio y departamento habitual de residencia, a fin de conocer la entidad responsable del pago de los servicios a suministrar.

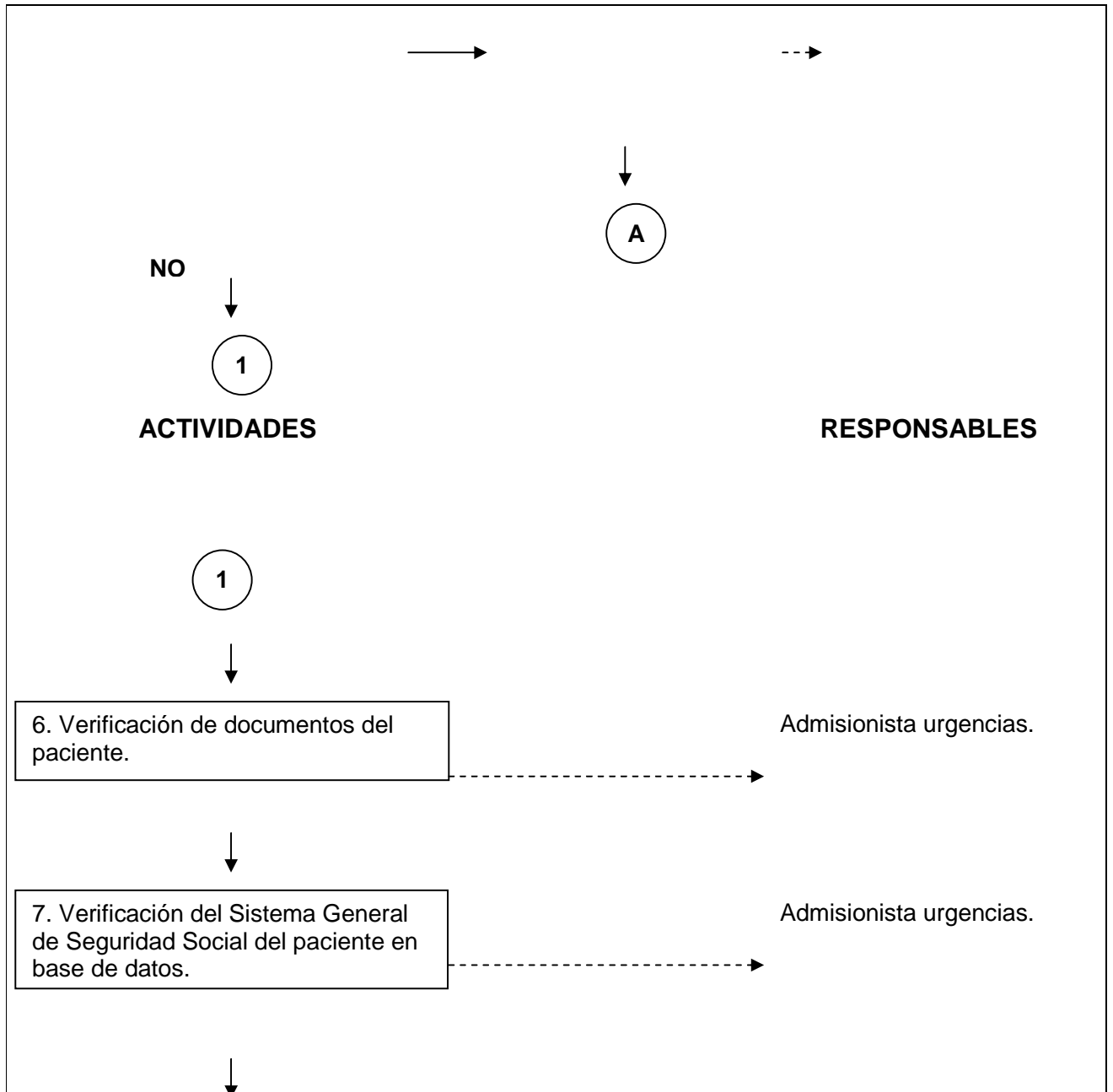
Cuando el paciente llega remitido se omite el triage, emitiendo hoja frontal y pasando directamente a la atención en el servicio de urgencias; excepto cuando la remisión tiene más de 24 horas de expedida.

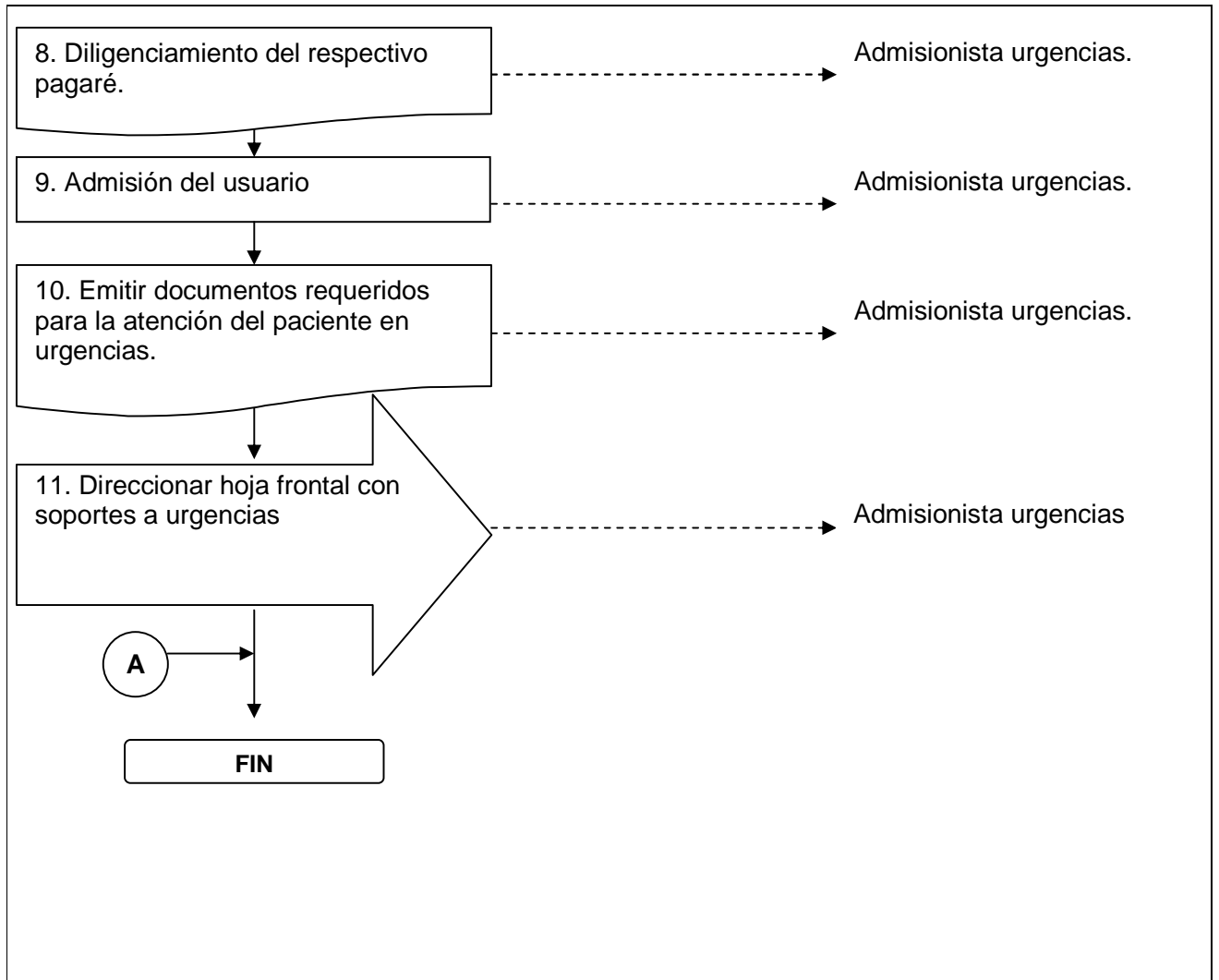


## 6. DESARROLLO

### 6.1. DIAGRAMA DE FLUJO







## 8.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

No	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento
1	Recepción en el servicio de admisiones.	El admisionista realiza la respectiva recepción del paciente en el área de admisiones de urgencias.	Admisionista urgencias.	
2	Emisión de formato de triage y entrega de este a paciente o acompañante.	El admisionista de urgencias realiza el respectivo diligenciamiento del formato de triage en original y copia con el nombre del usuario, seguridad social y edad. Posteriormente el formato de triage es entregado a: paciente o acompañante, para que este lo direcciona ya sea al vigilante de urgencias adultos o al enfermero jefe de turno de urgencias.	Admisionista urgencias.	Formato de Triage
3	Valoración médica y entrega de formato de triage al paciente o acompañante para que se	El médico realiza la valoración del paciente teniendo en cuenta: los signos vitales, motivo de consulta y anexos del paciente. Se diligencia formato de triage en su totalidad aclarando la conducta a seguir del paciente: remitirlo o prestarle la respectiva	Médico especialista de turno	Formato de Triage

	dirija a admisiones.	atención en el ISNOR Una vez diligenciado el formato es entregado al paciente o acompañante para que este lo entregue en admisiones.		
4	Entrega de original de formato de triage al paciente para salida.	El paciente se dirige a admisiones y entrega original y copia del formato de triage ya diligenciado, donde queda la copia para posteriormente archivar. <b>FIN.</b>	Admisionista de urgencias.	

No	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento
5	Verificación de documentos del paciente.	<p>En caso del que al paciente se le haya realizado triage, la admisionista recibe original y copia del formato ya diligenciado y solicita al usuario documentos correspondientes de acuerdo al régimen en el cual se encuentra beneficiado Ver tabla de soporte documental de admisiones.</p> <p>En el caso de Urgencia por accidente laboral y/o enfermedad profesional se deben presentar los debidos informes donde se de constancia del evento. Certificación del Evento Catastrófico si la urgencia se produjo como consecuencia de este.</p>	Admisionista urgencias.	
6	Verificación del Sistema General de Seguridad Social del paciente en base de datos.	Se procede a realizar en Admisiones la verificación en las bases de datos de vinculados, contributivos, subsidiados para comprobar los derechos de cada paciente con las respectivas aseguradoras, además verifica en ciertos casos telefónicamente el aseguramiento. Se solicita el	Admisionista urgencias.	

		código de atención de urgencias para incluirlo en la admisión del usuario.		
7	Diligenciamiento del respectivo pagaré.	Se solicita al acompañante o en su defecto al paciente si se encuentra en condiciones de hacerlo la firma, huella, cédula, dirección y teléfono para diligenciar pagaré en blanco con demás soportes. Además diligencia formato de cadena de custodia de documentos.  En los casos de atención de urgencia crítica si no es posible obtener la firma del respectivo pagaré se realiza el diligenciamiento después de la atención inicial de la urgencia (estabilización del paciente).	Admisionista a urgencias.	Pagaré en Blanco instrucciones para llenar pagaré  Pagaré  Soporte del Pagaré
8	Admisión del usuario.	Se realiza la respectiva admisión del usuario, digitando toda la información requerida en el módulo de admisiones, si el usuario registra ingresos previos verifica la información existente en la base de datos	Admisionista a urgencias.	

No	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento
9	Emitir documentos requeridos para la atención del paciente en urgencias.	Se realiza la respectiva impresión de la hoja frontal y se adiciona la hoja de gastos y si se tiene documentación del paciente (documento de identidad y carné de la aseguradora). La hoja frontal con los soportes se entrega al paciente o acompañante para que este las entregue en el servicio de urgencias. <b>FIN</b>	Admisionista Urgencias.	Hoja frontal  Hoja de gastos

## 9. SOCIALIZACIÓN

En el momento de aprobación de este documento por el Comité de Procesos se difundirá a los Integrantes del equipo de Urgencias diligenciando el respectivo registro para las reuniones de difusión.

## 10. CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DÍA	MES	AÑO	



<b>ELABORADO POR:</b> Glily Tatiana García	<b>REVISADO POR:</b> Ludy Xiomara Pedraza	<b>APROBADO POR:</b> Dr. Jaime Vega
<b>FECHA:</b> 05 de Diciembre 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007

### Anexo 9. Egreso pacientes consulta de urgencias

	<b>INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO</b>	<b>Código:</b> URG-P-03
	<b>EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>Versión:</b> 01
		<b>Página:</b> 1 de 295

#### 1. OBJETIVO

Establecer los parámetros a seguir para el egreso de los pacientes del Servicio de Urgencias del ISNOR.

#### 2. ALCANCE

Abarca desde la entrega de la historia clínica al jefe de turno hasta la entrega por parte de este al área de liquidación para el cobro de la respectiva cuenta y el egreso del paciente de la institución.

### **3. DEFINICIONES**

**EGRESO HOSPITALARIO:** Es el retiro de un paciente de los servicios de internación en la institución

**EPICRISIS:** Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización.

**HOSPITALIZACIÓN:** Internación de un enfermo en la clínica.

### **4. RESPONSABLES**

Gerencia

### **5. CONDICIONES GENERALES**

Totalidad de soportes diligenciados autorizando la salida asistencial del paciente por parte del médico general o especialista de turno del área según corresponda.

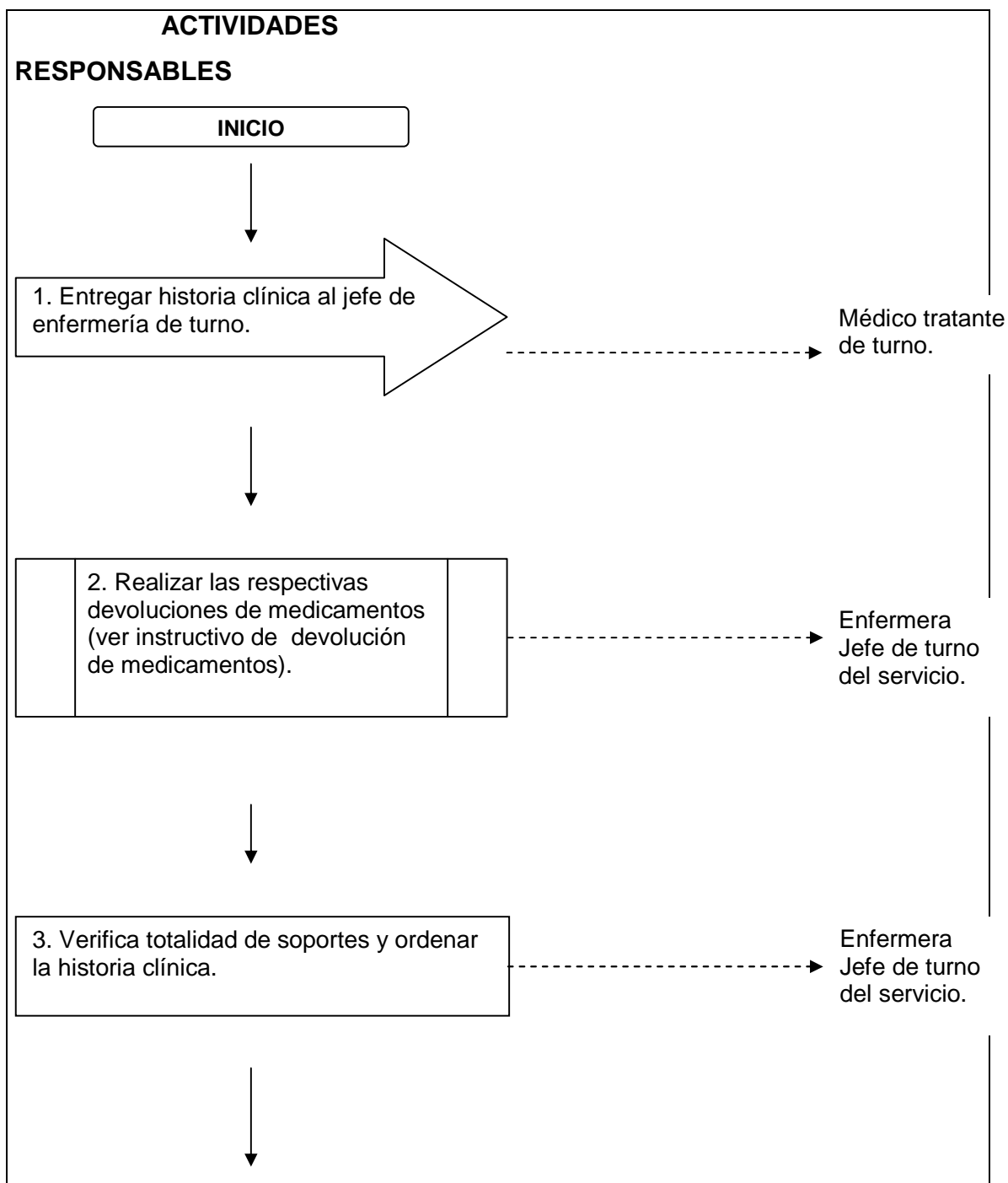
La realización de las devoluciones de medicamentos y/o material médico quirúrgico deben ser entregadas oportunamente en farmacia y descargadas de la cuenta inmediatamente.

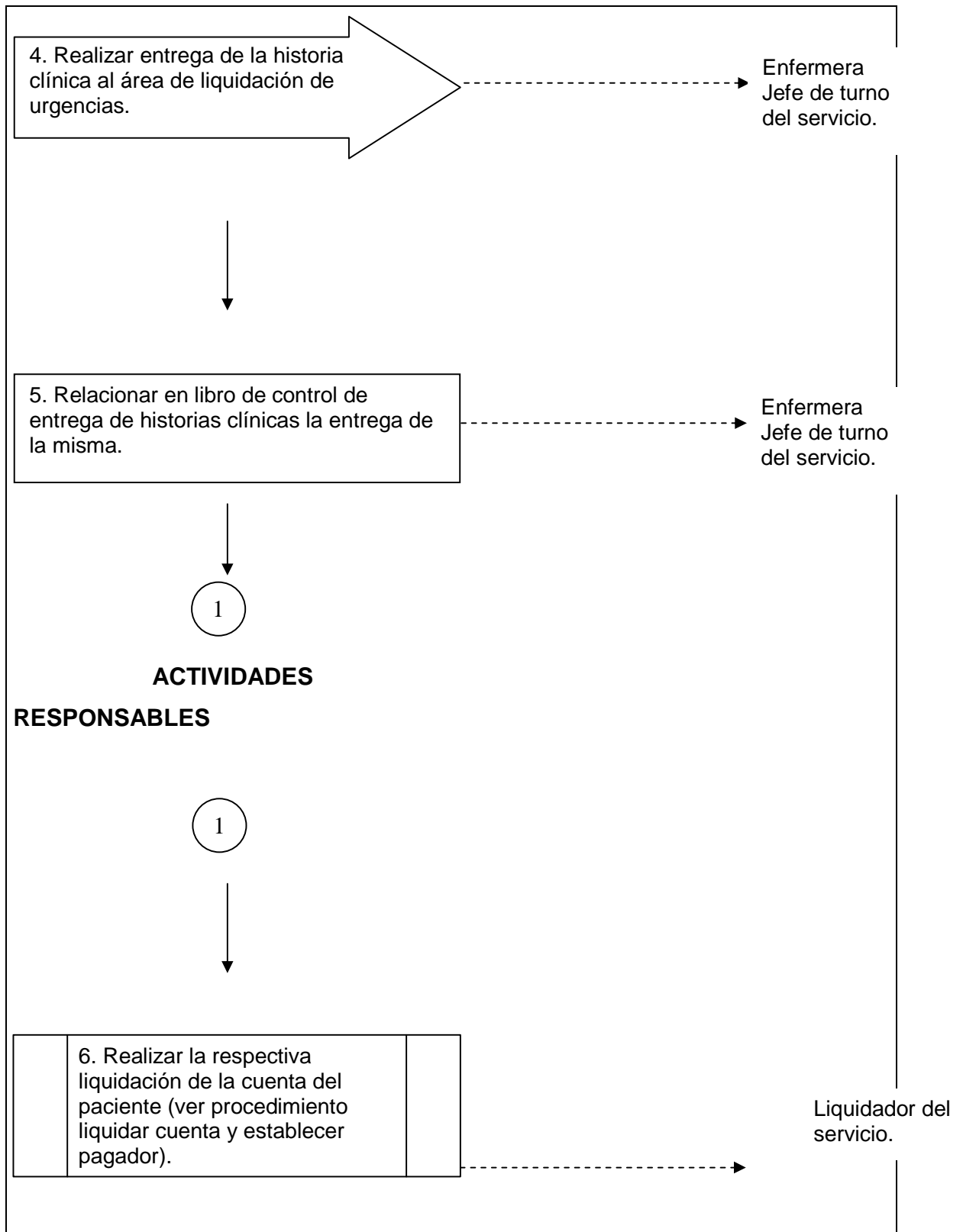
Siempre debe existir valoración médica previa antes de ordenarse el respectivo egreso.

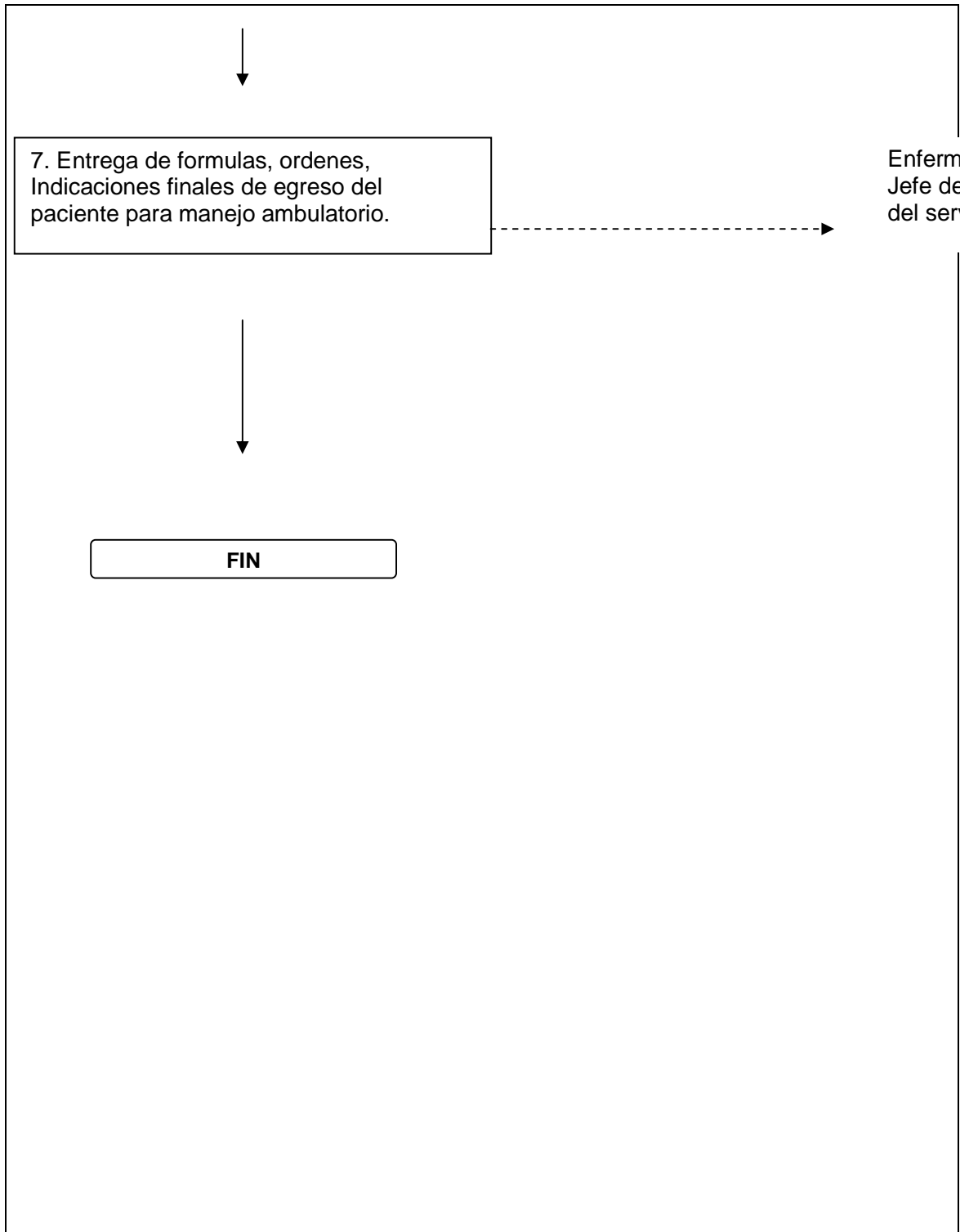
Se garantizará la atención del paciente hasta el momento efectivo de egreso del paciente de la institución.

## 6. DESARROLLO

### 6.1. DIAGRAMA DE FLUJO







## 10.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

No	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsabl e	Documen to
1	Entregar historia clínica al jefe de enfermería de turno.	Entrega la historia clínica al jefe de enfermería encargado(a) de la sala o del servicio con los respectivos soportes (registros y demás documentos según el caso).	Médico tratante de turno.	
2	Realizar las respectivas devoluciones de medicamentos	El enfermero jefe del servicio realiza la respectiva devolución de medicamentos (ver instructivo de devolución de medicamentos).	Enfermera jefe de turno.	Instructivo de devolución de medicamentos
3	Verifica totalidad de soportes y ordenar la historia clínica.	Verifica que la documentación contenida en la historia clínica se encuentre bien diligenciada, firmada según el caso y en el orden establecido dándoselo si no lo posee.	Enfermera jefe de turno.	
4	Realizar entrega de la historia clínica al área de liquidación de urgencias.	Entrega la Historia Clínica relacionada al liquidador del servicio.	Enfermera jefe de turno.	

5	Relacionar en libro de control de entrega de historias clínicas la entrega de la misma.	Se relaciona la respectiva historia en el libro de control de entrega de historias clínicas del servicio con los siguientes datos: Identificación del paciente, nombre, hora y fecha de salida, firma del funcionario que realiza la gestión.	Enfermera jefe de turno.	Libro de control de entrega de historias clínicas a liquidación de urgencias
6	Realizar la respectiva liquidación de la cuenta del paciente.	Toma la historia clínica del paciente y realiza la respectiva liquidación de la cuenta (ver procedimiento liquidar cuenta y establecer pagador).	Liquidador del servicio.	
7	Entrega de formulas, ordenes Indicaciones finales de egreso del paciente para manejo ambulatorio.	Enfermera jefe del servicio realiza la respectiva entrega al paciente de formulas, ordenes y además da las indicaciones finales al paciente para el manejo ambulatorio <b>FIN.</b>	Enfermera jefe de turno.	

## 11. SOCIALIZACIÓN

En el momento de aprobación de este documento por el Comité de Procesos se difundirá a los Integrantes del Equipo de Urgencias del ISNOR diligenciando el respectivo registro para las reuniones de difusión.

## 12. CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DÍA	MES	AÑO	

<b>ELABORADO POR:</b> Glily Tatiana García	<b>REVISADO POR:</b> Ludy Xiomara Pedraza	<b>APROBADO POR:</b> Dr. Jaime Vega
<b>FECHA:</b> 05 de Diciembre 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007



## Anexo 10. Solicitud y entrega de medicamentos

	<b>INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO ISNOR</b>	<b>Código: ISEM-01</b>
	<b>INSTRUCTIVO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página: 1 de 3</b>

### 1. OBJETIVO

Realizar de una manera adecuada la solicitud de medicamentos, para su posterior aplicación o uso.

### 2. ALCANCE

Inicia con la solicitud de medicamentos, hasta la recolección en farmacia e ingreso de los mismos al servicio correspondiente.

### 3. DEFINICIONES

**3.1. MEDICAMENTO POS:** Medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud establecido por el Gobierno nacional en los Acuerdos 228 de 2002, 282 del 2004, 336 del 2005.

**3.2. MEDICAMENTO NO POS:** Los que no están incluidos en el numeral anterior.

**3.3. MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL:** Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupefacientes (1961), precursores (1988) y psicotrópicos (1971), o por el Gobierno Nacional, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.

#### **4. CONDICIONES GENERALES**

**4.1** La solicitud de medicamentos debe realizarse en el horario acordado entre el servicio solicitante y el área de farmacia exceptuando el servicio de urgencias, ya que el despacho a este servicio debe ser continuó.

**4.2** Para el suministro de medicamentos NO POS o medicamentos de alto costo, se requiere presentar en farmacia la orden médica y el formato diligenciado (justificación médica para la solicitud de medicamentos NO POS).

**4.3** En caso de urgencia la solicitud de medicamentos en el servicio de hospitalización, se hará sin restricción de horario.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	CONTENIDO		
	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS
1	Verifica según la evolución si el paciente necesita tratamiento con manejo de medicamentos no pos, alto costo y/o medicamentos controlados por comité de farmacia.	Médico tratante.	
2	Verifica según la evolución si el paciente ya posee tratamiento con este tipo de medicamentos (NO POS, alto costo y/o medicamentos controlados por comité de farmacia) o no lo posee.	Médico tratante.	
3	Diligencia formato respectivo, justificación médica para la solicitud de medicamentos NO POS, con firma y sello respectivo.	Médico tratante.	Formato Justificación médica para la solicitud de medicamentos NO POS.

4	Realiza la respectiva orden médica (original y copia) con firma y sello respectivo. En caso de solicitud de medicamentos de control especial además se debe diligenciar el formato de solicitud de medicamentos de control especial. Ver listado de medicamentos de control especial	Médico tratante.	Orden médica  Prescripción de medicamentos de control especial
5	Archiva estos documentos en la historia clínica. (Esto debe suceder en el horario establecido, según el servicio).	Médico tratante.	
6	Recopila toda la formulación médica del servicio y se dirige a Farmacia.	Auxiliar de enfermería (aplicación de medicamentos)	
7	Entrega la original de las órdenes médicas y formatos según el caso a farmacia en el horario establecido.	Auxiliar de enfermería (aplicación de medicamentos)	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>CONTENIDO</b>		
	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DOCUMENTOS</b>

8	Realiza procedimiento de despacho de medicamentos y material médico quirúrgico por suministro a pacientes.	Farmacia	
9	La auxiliar de enfermería (aplicación de medicamentos) se dirige a farmacia para reclamar los medicamentos, esto se debe hacer en el horario establecido; llevándolos posteriormente al servicio. FIN.	Auxiliar de enfermería (aplicación de medicamentos).	

### 13. SOCIALIZACIÓN

En el momento de aprobación de este documento por el Comité de Procesos se difundirá al grupo interdisciplinario del personal asistencial diligenciando el respectivo registro para las reuniones de difusión.

### 14. CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DÍA	MES	AÑO	

<b>ELABORADO POR:</b> Glily Tatiana García	<b>REVISADO POR:</b> Ludy Xiomara Pedraza	<b>APROBADO POR:</b> Dr. Jaime Vega
<b>FECHA:</b> 05 de Diciembre 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007	<b>FECHA:</b> 8 de Diciembre de 2007

**Anexo 11. Documentos solicitados para admisión en el área de Urgencias de pacientes remitidos**

ASEGURADO RA	VINCULAD O	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	REGIME N ESPECIAL
<b>Solsalud</b>	N.A	Documento de identidad mas carnet de la EPS. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.	Documento de identidad más carnet de la EPS. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de	N.A

			1991.	
<b>Comfenalco</b>	N.A	<p>Carnet de afiliación vigente y documento de identidad</p> <p>En caso de que el paciente venga remitido la remisión debe venir firmada por el medico responsable, previa autorización de Comfenalco.</p>	N.A	
<b>Cajasan</b>	N.A	<p>Carnet de afiliación vigente y documento de identidad.</p> <p>En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. (cumpliendo con las</p>	N.A	N.A



		normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.		
<b>ASEGURADO RA</b>	<b>VINCULADO</b>	<b>SUBSIDIADO</b>	<b>CONTRIBU TIVO</b>	<b>REGIMEN ESPECIAL</b>
<b>Ministerio de defensa PAHD</b>	N.A	N.A	N.A	Carta de salud expedida por el MDD con una vigencia no mayor a 90 días y documento de identidad en caso de que lo posean.
	Documento de identidad en todos los casos si lo hay  Carnet del sisben vigente, en caso	N.A	N.A	N.A

<p><b>Secretaria de salud</b></p>	<p>de no existir carnet del sisben  declaración juramentada y/o certificación correspondiente, clasificación socioeconomica</p> <p>En caso de indigencia debe existir una certificación del municipio en el que conste esta clasificación.</p> <p>En caso de ser desplazado debe presentar certificación acreditada por la red de solidaridad social y/o autoridad competente ( alcaldía, personería, etc)</p>			
-----------------------------------	--	--	--	--

	En caso de ser desmovilizado debe presentar carta actualizada del Ministerio del Interior (Alta Consejería)			
--	---	--	--	--

<b>ASEGURADO RA</b>	<b>VINCULADO</b>	<b>SUBSIDIADO</b>	<b>CONTRIBUTIVO</b>	<b>REGIM EN ESPECIAL</b>
<b>Coosalud</b>	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. (cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del	N.A	N.A

		decreto 2759 del 11 de dic de 1991.		
<b>Emdisalud</b>	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. (cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.	N.A	N.A
	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los	Carnet de afiliación y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de	N.A

<p><b>Salud Vida</b></p>		<p>documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.</p>	<p>atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.</p>	
--------------------------	--	---	--	--

<b>ASEGURADO RA</b>	<b>VINCULAD O</b>	<b>SUBSIDIADO</b>	<b>CONTRIBU TIVO</b>	<b>REGIMEN ESPECIAL</b>
<b>Café Salud</b>	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.	N.A	N.A
<b>Cafaba</b>	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad. En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención	N.A	N.A

		<p>además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.</p>		
<b>Comparta</b>	N.A	<p>Carnet de afiliación vigente y documento de identidad.</p> <p>En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.</p>	N.A	N.A

<b>ASEGURADO RA</b>	<b>VINCULAD O</b>	<b>SUBSIDIADO</b>	<b>CONTRIBU TIVO</b>	<b>REGIMEN ESPECIAL</b>
<b>Asmet Salud</b>	N.A	Carnet de afiliación vigente y documento de identidad.  En caso de que el paciente venga remitido de otra institución de menor nivel de atención además de los documentos anteriores debe traer el documento de referencia en original. ( cumpliendo con las normas de referencia y contrarreferencia del decreto 2759 del 11 de dic de 1991.	N.A	N.A
<b>Inpec</b>	N.A	N.A	N.A	Autorización de servicios de salud y/o remisión de



				la institución donde se encuentra le recluso
--	--	--	--	--

## **Anexo 12. Procesos de Apoyo**

- Compras y suministros
- Gestión de calidad
- Gestión Organizacional
- Gestión de Talento Humano
- Gestión Financiera

<b>PROCESO APOYO</b>								
COMPRAS Y SUMINISTROS								
Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	2	

Objetivo del proceso: Proveer a la institución de bienes y servicios acordes con nuestros requerimientos
Objetivo de calidad: Suministrar productos y servicios de la calidad requerida, en el menor tiempo posible y al precio adecuado.
Alcance: Comienza en el momento en que presenta la necesidad hasta el pago de las obligaciones
Líder del proceso: Jefe de Compras

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Solicitud de servicios, bienes e insumos	Jefes de cada proceso	Búsqueda de proveedores	Orden de compra	Internos
Especificación del producto	IPS	Análisis de productos o servicios (criterios)		
		Selección de proveedor (cotización)		Proveedor
Especificación del producto		Realizar pedido (especificaciones)		Proveedor
Requisición y seguimiento del		Recepción de pedido (verificación)		Proveedor

producto				
		Evaluación de proveedor (cumplimiento)	Resultado de evaluación de proveedor	Proveedor
Requisición y seguimiento del producto		Suministro a jefes de cada proceso		Proveedor
Requisición y seguimiento producto		Control de servicio no conforme	Reconocimiento del proveedor	Proveedor
Reevaluación de proveedores		Planes de acción para aplicar mejora y alcanzar resultados (Acciones preventiva y correctiva). (Toma de decisiones)	Resultado de reevaluación del proveedor	

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Equipo de oficina Reloj de tiempo Software de nómina	Gestión Financiera Gestión Organizacional Gestión de Calidad	Manual de selección de Personal Clínica ISNOR Manual de Inducción de Personal Clínica ISNOR Manual de calidad; plan de capacitación y/o entrenamiento; evaluación empleados; evaluación de desempeño; procedimiento entrenamiento.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
Evaluación de proveedor autocontrol	Orden de compra a tiempo	$\frac{\text{Orden de compra a tiempo}}{\text{Total de ordenes de compra}} * 100$	95%	Mensual	Jefe compras	
	Consumo por proceso	$\frac{\text{Consumo por proceso}}{100} * \text{Consumo total}$		Mensual	Jefe de compras	

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza

CARGO: Auditora Interna de Calidad

FECHA: 10 de Diciembre de 2007

ELABORADO POR: Glily Tatiana García Gallo

CARGO: Auxiliar de Calidad

FECHA: 20 de Noviembre de 2007

<b>PROCESO DIRECCION</b>								
<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>								
Versión	01	Fecha	20 de Diciembre de 2007	Pagina	1	de	2	

Objetivo del proceso: Planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para asegurarse de la conformidad y mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad, mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorias, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Objetivo de calidad: Mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad.

Alcance: Comienza en el momento en que presenta la necesidad hasta el pago de las obligaciones

Líder del proceso: Jefe Gestión de calidad

ENTRADA

SALIDA

ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Retroalimentación del cliente	Cliente	Plan de Auditorias Definición de criterios y alcance.	Satisfacción de cliente	Todos los procesos del SGC
Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. Revisión gerencial	Gestión estratégica	Detectar debilidades que puedan generar productos no conformes	Mejoramiento de procesos	

Técnicas estadísticas	Todos los procesos	Implementar acciones correctivas y preventivas	Toma de acciones correctivas y preventivas	
Programa de Auditorías Internas	Todos los procesos	Informar resultados	Mantenimiento y mejora continua del SGC	
		Plan de acción y seguimiento a las acciones correctivas y preventivas	Plan de mejora	
		Plan de acción en base a la información recolectada	Documentos y registros del SGC	

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Equipo de oficina Comunicación Recursos humanos	Todos los procesos del SGC	Manual de calidad; procedimiento de Auditorías; acciones correctivas y preventivas; procedimiento de control de documentos y registros; producto no conforme; sistema de indicadores de gestión; programa de auditorías; reporte de auditorías.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	MET A	FRECUEN CIA	RESP.	REGISTR O
Auditorias Internas de calidad Indicadores de gestión Acciones correctivas y preventivas	Producto no conforme	$\frac{\text{No. Producto conforme}^*}{\text{Total de producto}} \cdot 100$	0.5%	Mensual	Jefe calidad	
	Satisfacción de cliente	$\frac{\text{No. Total pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos}}{\text{No. Total pacientes encuestados por la IPS}} \cdot 100$	100%	Mensual	Jefe de calidad	

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007



<b>PROCESO DIRECCION</b>								
GESTIÓN ORGANIZACIONAL								
Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	2	

Objetivo del proceso: Establecer el compromiso con el desarrollo, la implementación y la mejora continua de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. Revisar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. Monitorear el Sistema de Gestión de Calidad acerca de su desempeño y necesidades de mejora. Asignar recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad. Garantizar la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, sus procesos y el producto enfocado al aumento de la satisfacción de los clientes.

Objetivo de calidad: Suministrar productos y servicios de la calidad requerida, en el menor tiempo posible y al precio adecuado.

Alcance: Comienza en el momento en que presenta la necesidad hasta el pago de las obligaciones

Líder del proceso: Jefe de Compras

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Metas de la clínica		Análisis de la información	Decisiones estratégicas	
Requisitos generales		Definición de la misión y visión	Lineamientos básicos de la clínica; misión y	

	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad		visión	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
Proveedores		Definición de la política y de objetivos de la calidad	Recurso para el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad	
Empleados		Definir estrategias de medición para los objetivos	Acciones preventivas y correctivas para el mejoramiento del SGC	
Resultados de las Auditorias		Socialización de misión y visión		
Desempeño de los procesos y conformidad del servicio		Desarrollo y comunicación a los empleados		
Estado de acciones correctivas y preventivas		Actualización continua en temas económicos, financieros, políticos		
Acciones de seguimiento de revisiones previas		Toma de decisiones		
Cambios que puedan afectar al		Disponibilidad de recursos		

SGC				
		Plan de acción para aplicar mejora y alcanzar resultados (Acción preventiva y correctiva). (Toma de decisiones)		

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Equipo de oficina Talento humano Financiero Comunicación	Todos los procesos de SGC	Manual de calidad; acta de revisión gerencial; procedimiento de plantación general; sistema de indicadores de gestión; informes estadísticos; reporte de auditoria; plan de acciones.

CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
	CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	MET A	FRECUEN CIA	RESP.
Revisor fiscal Auxiliares de Cuenta Autocontrol	Patrimonio	<u>Patrimonio total</u> *100 Cuenta que registre el capital	≥50	Mensual	gerente	Medisoft
	liquidez	<u>Activo corriente</u>	≥ 1	Mensual	Contador a	Medisoft

		Pasivo corriente				
--	--	------------------	--	--	--	--

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Glily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

	<b>PROCESO APOYO</b>							
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO							
	Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	2

Objetivo del proceso: El libre desarrollo de procedimientos de Vinculación, enrolamiento, Inducción, capacitación y desvinculación laboral del personal a trabajar dentro de la clínica Psiquiátrica ISNOR.
Objetivo de calidad: Garantizar Personal Idóneo y competente dentro de la Clínica Psiquiátrica ISNOR.
Alcance: Comienza en el momento que el paciente ingresa a la clínica para recibir servicio hasta su debido egreso.
Líder del proceso: Jefe de Recurso Humano – Gerencia

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
Vacante		Identificar necesidades de entrenamiento	Personal competente	

			basado en el perfil del cargo	
Creación de nuevo cargo	Todos los procesos de la Organización	Realizar programa de entrenamiento y capacitación	Carpetas hoja de vida de personal	Todos los procesos de la Organización
Requisición y seguimiento del proceso de selección		Coordinar actividades de motivación al personal	Nómina	
Hojas de vida		Establecer competencias para personal	Liquidación de personal	
Aspirantes dentro de la organización		Selección del personal		
		Entrevista personal		
		Pruebas psicotécnicas		
		Contratación		
		Inducción		
		Gestión humana		
		Capacitaciones e inducción		
		Planeación del proceso de Afiliación a la Seguridad Social y Nómina		
		Estudio hojas de vida		
		Evaluación de desempeño		
Evaluación de la eficacia de capacitaciones				
Seguimiento a indicadores				

		Auditoria Interna		
		Control de servicio no conforme		
		Planes de acción para aplicar mejora y alcanzar resultados (Acciones preventiva y correctiva). (Toma de decisiones)		

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Equipo de oficina Reloj de tiempo Software de nómina	Gestión Financiera Gestión Organizacional Gestión de Calidad	Manual de selección de Personal Clínica ISNOR Manual de Inducción de Personal Clínica ISNOR Manual de calidad; plan de capacitación y/o entrenamiento; evaluación empleados; evaluación de desempeño; procedimiento entrenamiento.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
CONTROL						

Lista de Chequeo procesos de selección e inducción de personal						
--	--	--	--	--	--	--

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Glily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

	<b>PROCESO DIRECCION</b>							
	GESTIÓN FINANCIERA							
	Versión	01	Fecha	20 de Noviembre de 2007	Pagina	1	de	2

Objetivo del proceso: Brindar la realidad financiera y económica de la institución.
Objetivo de calidad: Dar a conocer el verdadero estado financiero para contar con el presupuesto necesario para la institución.
Alcance: Comienza en el momento en que presenta la necesidad hasta la elaboración de estados financieros
Líder del proceso: Contadora

ENTRADA			SALIDA	
ELEMENTOS	PROVEEDOR	ACTIVIDADES	ELEMENTOS	CLIENTES
	Todos los procesos del	Metodología del análisis de los estados financieros.	Registros en Medisoft	Todos los procesos del

Documentos (facturas internas, externa; consignaciones; Nomina)	Sistema de Gestión de la Calidad	Análisis y registro de los soportes contables	Registros en Medisoft	Sistema de Gestión de la Calidad
	Contadora	Prepara y entrega de los estados financieros	Estados financieros	Gerencia, revisor fiscal; entes de vigilancia y control
	Contadora	Elaboración indicadores financieros		
	Contadora	Planes de acción para aplicar mejora y alcanzar resultados (Acciones preventiva y correctiva). (Toma de decisiones)		

RECURSOS UTILIZADOS EN EL PROCESO	PROCESOS DE SOPORTE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE
Equipo de oficina Software Medisoft Muebles y enseres	Gestión Científica, Gestión Organizacional, Gestión de Calidad, Farmacia, Investigación, Compras y suministro, Hospitalización, servicio de Alimentación.	Normas Legales Soportes Contables.



SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
CONTROL DEL PROCESO	INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROCESO					
CONTROL	NOMBRE	INDICADOR	META	FRECUENCIA	RESP.	REGISTRO
Revisor fiscal Auxiliares de Cuenta autocontrol	Capital de Trabajo	Activo corriente – pasivo corriente	50%	Mensual	Contador a	Medisoft
	Liquidez	<u>Activo corriente</u>	≥ 1	Mensual	Contador a	Medisoft
		Pasivo corriente			a	
	Rotación de cartera	<u>Ventas a crédito</u> Cuentas por cobrar	≤ 90 días	Mensual	Contador a	Medisoft
	Rotación inventario	<u>Costo mercancía vendida</u> Inventario	≤ 90 días	Mensual	Contador a	Medisoft

APROBADO POR: Ludy Xiomara Pedraza	ELABORADO POR: Gily Tatiana García Gallo
CARGO: Auditora Interna de Calidad	CARGO: Auxiliar de Calidad
FECHA: 10 de Diciembre de 2007	FECHA: 20 de Noviembre de 2007

### **Anexo 13. Formatos**

- Listado maestro de documentos
- Control de registros
- Prestamos de registro
- Acciones correctivas y preventivas
- Proceso de entrenamiento
- Registro entrenamiento
- Plan de acción correctiva y preventiva
- Anulación de documentos

	<b>SOLICITUD DE ELABORACION, ACTUALIZACION O ANULACION DE DOCUMENTOS</b>							
	Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	de	1

**NOMBRE:**

**DOCUMENTO:**

**ÁREA/SECCION:**

**CREACION:**

**MODIFICAR:**

**ANULAR:**

**CAUSAS DE (creación, Actualización o Modificación)**

**COMENTARIOS AL DOCUMENTO PROPUESTO:**

**SECCION MODIFICADA DEL DOCUMENTO:**

**ACEPTADO:**

Jefe de Área:

Coordinador de Calidad:

**NO ACEPTADO:**

Jefe de Área:

coordinador de Calidad:

		<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>							
		Versión	00	Fecha	15-01-08	Página	1	de	1

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN				ACTUALIZACIÓN			REVISION	
PROCESO	DOCUMENTO		NOMBRE DOCUMENTO	DISTRIBUCION	VERSION	FECHA ACTUALIZACION	CAMBIOS	FECHA REVISION
	INT	EXT						



	<b>PRESTAMOS DE REGISTROS</b>						
	Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	De 1

REGISTRO	SOLICITANTE	PRESTAMO		AUTORIZADO POR
		FECHA ENTREGA	FECHA DEVOLUCION	



--	--	--	--

	<b>ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>							
	Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	de	2

<b>NO CONFORMIDAD O INFORME DE RIESGOS</b>		No.
DESCRIPCION:		
TRATAMIENTO A LA NO CONFORMIDAD	FECHA	APROBADO
CAUSAS:		
INFORMA:		FECHA:
<b>ACCIONES CORRECTIVAS</b>		

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS								
	Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	2	De	2
PROPUESTA:								
ÁREA RESPONSABLE:					FECHA DE IMPLEMENTACION			
INDICADOR EFICACIA:					RESPONSABLE:			

<b>ACCIONES PREVENTIVAS</b>				
PROPUESTA;				
<b>PROCEDIMIENTO DE ENTRENAMIENTO</b>				
ÁREA RESPONSABLE:			FECHA IMPLEMENTACION:	
INDICADOR EFICACIA:			RESPONSABLE:	
<b>SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA</b>				
FECHA	ACTIVIDAD	RESULTADO	AUDITOR	FIRMA
GERENTE AREA			Vo. Bo. Coordinador de Calidad	



JEFE DE RECURSOS HUMANOS		PROCEDIMIENTO DE ENTRENAMIENTO						
		REGISTRO DE ENTRENAMIENTO						
Versión	00	Fecha	02-12-07	Página	1	de	1	

TEMA:		HOJA DE REGISTRO No.	
		FECHA DE EJECUCIÓN:	
No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
		TOTAL DE PARTICIPANTES	
CONTENIDO DEL TEMA			

OBSERVACIONES	
FIRMA	
INSTRUCTOR	

PASO 1. EL PROBLEMA REAL		REGISTRO DE ACCIÓN CORRECTIVA							
(Que sucede? En cuanto? Cual es su origen? En donde? Cuando? Quienes?)		PASO 3. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS					Herramientas y documentos a utilizar		
		Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	de	1
Respuestas:									
No Conformidad:	Observación:								
Requisito:									
<b>PASO 2. SIONTO</b> <input type="checkbox"/> <b>SITUACION ACTUAL</b> <input type="checkbox"/> Hechos y datos de soporte		CAUSA RAIZ /VITAL /COMPROBADA							

	<b>REGISTRO DE ACCIÓN PREVENTIVA</b>							
	Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	de	1

<b>PASO 1. EL PROBLEMA REAL</b> (Que podría suceder? En cuanto tiempo? Proceso? Quienes?)	<b>PASO 3. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS</b> Herramientas y documentos a utilizar
Podría ser una no conformidad u observación No Conformidad: <input type="text"/> Observación: <input type="text"/>	
Requisito:	
<b>PASO 2. QUE PODRIA SUCEDER SI NO SE HACE NADA?</b>	
	CAUSA RAIZ /VITAL /COMPROBADA Potencial




VERIFICACION	PLAN DE ACCIÓN PREVENTIVA Y CONCLUSION							
	Y PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA							
Versión	00	Fecha	15-01-08	Pagina	1	de	1	

PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	CUANTOS

PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	CUANTOS

INDICADORES	NORMALIZACION
PUNTOS DE CONTROL Y VERIFICACION	CONCLUSION

## Anexo 14. Diagnostico Final del Sistema de Gestión de la Calidad

		<b>INSTITUTO DE SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE ISNOR S.A.</b>						
<b>DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>								
Ítem	Núm. ISO	REQUISITOS	NIVEL DE DESARROLLO					
			NA	SA	II	DP	AI	MC
	<b>4</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>						
<b>1</b>	<b>4.1.</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>						
2		¿En la CLÍNICA ISNOR S.A., se establece, documenta, implementa y se mantiene un Sistema de Gestión de la Calidad y se mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2000?					<b>X</b>	
3		¿Se encuentra identificados los procesos en la empresa?					<b>X</b>	
4		¿En la CLÍNICA ISNOR S.A. se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces en la empresa?				<b>X</b>		

5		¿Se ha definido la iteración de los procesos en la empresa?					X	
6		¿En la empresa se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos?					X	
7	4.2.	<b>REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION</b>						
8	4.2.1.	<b>GENERALIDADES</b>						
9		¿Se tiene una declaración documentada de la política de calidad y objetivos de calidad?					X	
10		¿Existe un manual de calidad en la empresa?				X		
11		¿Existen procedimientos documentados de los que exige la NTC ISO 9001:2000?					X	
12		¿Existen en la empresa procedimientos documentados para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos?					X	
13		¿Existe en la empresa registros exigidos por la NTC ISO 9001:2000?					X	
14	4.2.2	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>						
		¿La empresa establece y mantiene un manual de calidad, en el que se						

15		incluya: el alcance del sistema de gestión de calidad, justificando cualquier exclusión; los procedimientos documentados y establecidos para el sistema de gestión de calidad, y una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?				X		
<b>16</b>	<b>4.2.3</b>	<b>CONTROL DE LOS DOCUMENTOS</b>						
17		¿La empresa controla los documentos requeridos por el Sistema de gestión de calidad?					X	
18		¿Se tiene un procedimiento documentado que defina los parámetros para el control de documentos?					X	
19		¿La empresa aprueba los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión?					X	
20		¿Revisan y actualizan los documentos cuando es necesario y los aprueban nuevamente?					X	
21		¿Se aseguran de que se identifiquen los cambios y el estado de revisión actual de los documentos, y que estos permanecen legibles?					X	
		¿Se aseguran de que se						

22		identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución?					X	
23		¿Previene el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón?				X		
24		¿Tiene un inventario de la documentación faltante y existente?					X	
<b>25</b>	<b>4.2.4</b>	<b>CONTROL DE REGISTROS</b>						
26		¿Se establecen y mantiene los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de calidad?					X	
27		¿Existe un procedimiento documentado para la administración de los registros de calidad?					X	
28		¿Existe un inventario de los registros de la calidad?					X	
<b>29</b>	<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>						
<b>30</b>	<b>5.1</b>	<b>COMPROMISO DE LA DIRECCION</b>						

31		¿La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia?							X
32		¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios?						X	
33		¿La alta dirección establece la política de calidad?						X	
34		¿La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad?						X	
35		¿La alta dirección lleva a cabo las revisiones por la dirección?						X	
<b>36</b>	<b>5.2</b>	<b>ENFOQUE AL CLIENTE</b>							
37		¿La alta dirección, conoce los requisitos del cliente?							X
38		¿Los requisitos del cliente se cumplen para garantizar la satisfacción del cliente?							X
<b>39</b>	<b>5.3</b>	<b>POLITICA DE LA CALIDAD</b>							
40		¿La política de la calidad es apropiada para el propósito de la organización?						X	

41		¿Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad?					X	
42		¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?					X	
43		¿Es comunicada y entendida dentro de la organización?					X	
44		¿Es revisada para su continua adecuación?					X	
<b>45</b>	<b>5.4</b>	<b>PLANIFICACION</b>						
<b>46</b>	<b>5.4.1</b>	<b>OBJETIVOS DE CALIDAD</b>						
47		¿La alta dirección se asegura de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para la prestación del servicio?					X	
48		¿Los objetivos de la calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?					X	
49		¿Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?					X	
50		¿Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del					X	



		sistema de gestión de calidad?						
<b>51</b>	<b>5.4.2</b>	<b>PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>						
52		¿La alta dirección se asegura de que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en el numeral 4.1 así como los objetivos de calidad?					X	
53		¿La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del sistema de gestión de calidad cuando se planifican e implementan cambios en este?					X	
<b>54</b>	<b>5.5</b>	<b>RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION</b>						
<b>55</b>	<b>5.5.1</b>	<b>RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD</b>						
56		¿La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización?						X
<b>57</b>	<b>5.5.2</b>	<b>REPRESENTANTE DE LA DIRECCION</b>						
58		¿La alta dirección ha designado un miembro de la dirección para que represente a la empresa?						X
59		¿El miembro de la alta dirección informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión						X

		de calidad y de cualquier necesidad de mejora?						
60		¿El miembro de la alta dirección se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización?						X
<b>61</b>	<b>5.5.3</b>	<b>COMUNICACIÓN INTERNA</b>						
62		¿La alta dirección se asegura de que se establecen en los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad?						X
<b>63</b>	<b>5.6</b>	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>						
<b>64</b>	<b>5.6.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>						
65		¿La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continua?					X	
66		¿Se realiza evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad?					X	

67		¿Existen registros las revisiones por la dirección?						X	
68		¿La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad?						X	
69		¿La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora?						X	
<b>70</b>	<b>5.6.2</b>	<b>INFORMACION PARA LA REVISION</b>							
71		¿La alta dirección revisa los resultados de las auditorias y retroalimentación del cliente?						X	
72		¿La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y conformidad del servicio?							X
73		¿La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas?							X
74		¿La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones?							X
75		¿La alta direcciones toma las decisiones y acciones para la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente?							X
76		¿La alta dirección revisa recomendaciones para al mejora?							X
<b>77</b>	<b>5.6.3</b>	<b>RESULTADOS DE LA REVISION</b>							

78		¿Las decisiones tomadas de acuerdo a los resultados obtenidos por la revisión de la dirección incluyen mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y de sus procesos?							X
79		¿La alta dirección toma las decisiones y acciones para la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente?							X
80		¿La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos?							X
<b>81</b>	<b>6</b>	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>							
<b>82</b>	<b>6.1</b>	<b>PROVISION DE RECURSOS</b>							
83		¿Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos?						X	
<b>84</b>	<b>6.2</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>							
<b>85</b>	<b>6.2.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>							
86		¿Es competente el personal que realiza trabajos que afecten a la calidad del producto con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas?							X
<b>87</b>	<b>6.2.2</b>	<b>COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FROMACION</b>							

88		¿Se ha determinado la competencia del personal que realice trabajos que afecten la calidad del producto?							X
89		¿Existe una metodología que permita identificar las necesidades de la formación y suministrar la misma al personal del sistema de gestión de la calidad?							X
90		¿Se mantiene registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia?						X	
<b>91</b>	<b>6.3</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>							
92		¿Es apropiada la infraestructura y los servicios de apoyo para al prestación del servicio?						X	
<b>93</b>	<b>6.4</b>	<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>							
94		¿La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?						X	
<b>95</b>	<b>7</b>	<b>PRESTACION DEL SERVICIO</b>							
<b>96</b>	<b>7.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>							
97		¿Se planifican y se desarrollan los procesos para al prestación del servicio?							X

98		¿Durante la planificación de la realización del servicio se ha determinado los requisitos?							X
99		¿Se han establecido los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos por parte de la empresa en la prestación del servicio?							X
<b>100</b>	<b>7.2</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>							
<b>101</b>	<b>7.2.1</b>	<b>DETERMINACION DE LOS REQUISITOS CON EL SERVICIO</b>							
102		¿La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma?						X	
103		¿La empresa conoce los requisitos no especificados por el cliente, pero los necesarios para la prestación del servicio?							X
104		¿La empresa conoce los requisitos legales y reglamentarios relacionados por el cliente?							X
<b>105</b>	<b>7.2.2</b>	<b>REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS POR EL CLIENTE</b>							
106		¿Se encuentran bien definidos los requisitos para la prestación del servicio?							X
107		¿La empresa tiene la capacidad para cumplir los requisitos?							X

		definidos?						
108		¿Existe un documento donde especifique la oferta del servicio?						X
<b>109</b>	<b>7.3</b>	<b>DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
<b>110</b>	<b>7.3.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
111		¿Existe una metodología que establezca el control que se debe efectuar durante el diseño y/o desarrollo del servicio?	X					
112		¿La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo?	X					
113		¿La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo?	X					
114		¿La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades?	X					
115		¿La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo	X					
<b>116</b>	<b>7.3.2</b>	<b>ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
117		¿La empresa determina los elementos de entrada relacionados	X					

117		con los requisitos del servicio y se mantienen registros?, ¿Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo?						
118		¿La empresa revisa los elementos anteriores para verificar su adecuación?	X					
119		¿Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no con contradictorios?	X					
<b>120</b>	<b>7.3.3</b>	<b>RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
121		¿Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo y se aprueban antes en su liberación?	X					
122		¿Los resultados del diseño cumplen los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo?	X					
123		¿Los resultados del diseño proporcionan información	X					



		apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio?						
124		¿Los resultados del diseño contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio?	X					
125		¿Los resultados del diseño especifican las características del servicio, esenciales para el uso seguro y correcto?	X					
<b>126</b>	<b>7.3.4</b>	<b>REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
127		¿La empresa realiza revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado?	X					
128		¿La empresa evalúa la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos?	X					
129		¿La empresa identifica cualquier problema y propone las acciones necesarias?	X					
130		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma?	X					
<b>131</b>	<b>7.3.5</b>	<b>VERIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						

132		¿La empresa realiza la verificación, de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo?	X					
133		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesario?	X					
<b>134</b>	<b>7.3.6</b>	<b>VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
135		¿La empresa realiza validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previo?	X					
136		¿La validación es completa antes de la prestación del servicio?	X					
137		¿Se mantienen registros del resultado de la validación y de cualquier acción que sea necesaria?	X					
<b>138</b>	<b>7.3.7</b>	<b>CONTROL DE CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO</b>						
139		¿Los cambios del diseño y desarrollo se identifican, se revisan y se validan, según sea apropiado,	X					

		y se aprueban antes de su implementación?						
140		¿La revisión de los cambios de diseño y desarrollo incluyen la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto ya entregado?	X					
141		¿La empresa mantiene registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria?	X					
<b>142</b>	<b>7.4</b>	<b>COMPRAS</b>						
<b>143</b>	<b>7.4.1</b>	<b>PROCESO DE COMPRAS</b>						
144		¿La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados?					X	
145		¿Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores de acuerdo con los requisitos de la organización?					X	
146		¿Se tiene criterio para evaluar a los proveedores?					X	
147		¿La empresa mantiene registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción que se derive de las mismas?					X	

<b>148</b>	<b>7.4.2</b>	<b>INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS</b>						
149		¿La empresa describe el producto a comprar?					X	
150		¿La empresa describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos, para la calificación del personal y los requisitos del sistema de gestión de la calidad?					X	
151		¿La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra antes de comunicárselos al proveedor?					X	
<b>152</b>	<b>7.4.3</b>	<b>VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS</b>						
153		¿La empresa establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurar que el producto comprado cumpla con los requisitos de compra especificados?						X
<b>154</b>	<b>7.5</b>	<b>PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO</b>						
<b>155</b>	<b>7.5.1</b>	<b>CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LAPRESATCION DEL SERVICIO</b>						
156		¿L a empresa planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo las condiciones controladas?						X

157		¿La empresa dispone de información que describa las características del producto?							X
158		¿La empresa dispone de instrucciones de trabajo?							X
159		¿La empresa dispone y usa dispositivos de seguimiento y medición?						X	
160		¿La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?						X	
<b>161</b>	<b>7.5.2</b>	<b>VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO</b>							
162		¿La empresa valida aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante las actividades de seguimiento o medición posteriores?	X						
163		¿La empresa establece disposiciones para los procesos de validación, incluyendo, cuando sea aplicable: los criterios definidos para la revisión y aprobación de equipos y calificación del personal, el uso de métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros (véase	X						

		4.2.4) y la revalidación)?						
<b>164</b>	<b>7.5.3</b>	<b>IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD</b>						
165		¿La empresa identifica el servicio por medios adecuados, a través de toda la prestación de este?						X
166		¿La empresa identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?					X	
167		¿Cuándo la trazabilidad es un requisito, la empresa controla y registra la identificación única del servicio?					X	
<b>168</b>	<b>7.5.4</b>	<b>PROPIEDAD DEL CLIENTE</b>						
169		¿La empresa cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control o estén siendo utilizados por la misma?					X	
170		¿La empresa registra y comunica al cliente cualquier bien que se pierda, deteriore o que se considere inadecuado para su uso?					X	
171		¿La empresa identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrado para su utilización o incorporación dentro del producto?					X	

<b>172</b>	<b>7.5.5</b>	<b>PRESERVACION DEL SERVICIO</b>						
173		¿La empresa preserva la conformidad del servicio durante el proceso interno y la prestación del mismo?					<b>X</b>	
<b>174</b>	<b>7.6</b>	<b>CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION</b>						
175		¿La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados?					<b>X</b>	
176		¿La empresa establece los procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición se realicen de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición?					<b>X</b>	
177		¿El equipo de medición se calibra y verifica a intervalos especificados o antes de su utilización comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales?					<b>X</b>	
178		¿El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el					<b>X</b>	

		mantenimiento y el almacenamiento?						
179		¿La empresa evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no esta conforme con los requisitos?					X	
180		¿La empresa confirma la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición?					X	
<b>181</b>	<b>8</b>	<b>MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>						
<b>182</b>	<b>8.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>						
183		¿La empresa planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio?					X	
<b>184</b>	<b>8.2</b>	<b>SEGUIMINETO Y MEDICIÓN</b>						
<b>185</b>	<b>8.2.1</b>	<b>SATISFACCION DEL CLIENTE</b>						
186		¿Se realiza un seguimiento a la satisfacción del cliente?						X
<b>187</b>	<b>8.2.2</b>	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>						
		¿La empresa planifica auditorias internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad es					X	



188		conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización?						
189		¿La empresa planifica un programa de auditorias tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias?						X
190		¿Existe un sistema o una forma de evaluación y selección de los auditores internos de calidad?					X	
191		¿Existen formados los candidatos seleccionados para las auditorias internas de calidad?						X
192		¿Se ha definido en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorias, para informar de los resultados y para mantener los registros(véase 4.2.4)?					X	
193		¿La dirección responsable del área que esta siendo auditada, se asegura de tomar acciones sin demora injustificada para eliminar						X

		las no conformidades detectadas y sus causas?						
<b>194</b>	<b>8.2.3</b>	<b>SEGUIMINETO Y MEDICION DE LOS PROCESOS</b>						
195		¿Se aplican métodos para la medición de los procesos?					X	
196		¿Los métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?					X	
197		¿Cuándo no se alcanzan los resultados planificados, llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente para asegurar la conformidad del servicio?					X	
<b>198</b>	<b>8.2.4</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO</b>						
199		¿La empresa mide y hace seguimiento de las características de la prestación del servicio para verificar que se cumplan los requisitos?						X
200		¿Los registros indican las personas que autorizan la prestación del servicio?					X	
201		¿La prestación del servicio se lleva a cabo hasta que hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas?						X

202	8.3	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME						
203		¿Se aseguran de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su prestación no intencional?						X
204		¿Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme están definidos en un procedimiento documentado?					X	
205		¿Se toman acciones para eliminar la no conformidad detectada?						X
206		¿Cuándo el servicio es no conforme se autorizan el uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente?						X
207		¿Cuándo el servicio no conforme es aplicable por el cliente se toman acciones para impedir su prestación o aplicación originalmente prevista?						X
208		¿Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se					X	

		hayan obtenido?						
209		¿Cuándo es corregido un servicio no conforme, la empresa lo somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos?					X	
210		¿Cuándo se detecta un servicio no conforme después de la prestación o cuando ha comenzado su uso, la organización toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad?					X	
<b>211</b>	<b>8.4</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>						
212		¿La empresa determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde puede realizarse la mejora continua?					X	
213		¿El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente?						X
214		¿El análisis de datos se aplica a la conformidad del servicio?						X
215		¿El análisis de datos aplica a las características y tendencias de los procesos y los productos?						X

216		¿El análisis de datos se aplica a los proveedores?							X
<b>217</b>	<b>8.5</b>	<b>MEJORA</b>							
<b>218</b>	<b>8.5.1</b>	<b>MEJORA CONTINUA</b>							
219		¿La empresa mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección?							X
<b>220</b>	<b>8.5.2</b>	<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>							
221		¿La empresa toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir?							X
222		¿Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas?							X
223		¿Se establecen un procedimiento documentado para definir para revisar las no conformidades (incluyendo quejas y reclamos)?						X	
		¿En el procedimiento documentado se determina las causas de no conformidades, se						X	

224		evalúa la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir y se determina e implementa las acciones necesarias?						
225		¿Existe un registro de los resultados de las acciones tomadas?					X	
226		¿Las acciones correctivas son revisadas?						X
<b>227</b>	<b>8.5.3</b>		<b>ACCIÓN PREVENTIVA</b>					
228		¿La empresa determina acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia?					X	
229		¿Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales?					X	
230		¿La empresa establece un procedimiento documentado para definir los requisitos que determinan las no conformidades potenciales y sus causas?					X	
231		¿Este procedimiento documentado permite evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados					X	

		de las acciones tomadas y revisar las acciones preventivas tomadas?							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--