

**MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.**

CAMILO ANDRÉS AGUILAR ESTÉVEZ

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN E INGENIERÍAS
BUCARAMANGA
2008**

**MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.**

CAMILO ANDRÉS AGUILAR ESTÉVEZ

**Informe final de práctica empresarial presentado como requisito para optar
el título de ingeniero industrial**

**Supervisor de práctica
HORACIO MALDONADO PINEDA
Ingeniero industrial**

**Supervisor de práctica Universidad Pontificia Bolivariana
LUDYM JAIMES CARRILLO
Ingeniera industrial**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN E INGENIERÍAS
BUCARAMANGA
2008**

Notas de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga Noviembre de 2008

**Agradezco en primer lugar a Dios por su amor
y por permitirme emprender una vida a su lado.**

**A mi familia y en especial a mi Madre
cuyo apoyo ha sido incondicional
y con gran esfuerzo**

**A mis amigos que fueron gran apoyo
y quienes fueron una mano para subir un escalón**

CONTENIDO

	pág.
1. GLOSARIO	9
2. RESUMEN.....	10
3. INTRODUCCIÓN.....	11
4. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	12
5. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	15
6. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	16
7. JUSTIFICACIÓN	17
8. OBJETIVOS.....	18
8.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
9. MARCO TEÓRICO.....	19
10. DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CLÍNICA CHICAMOCHA	33
11. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	53
12. IMPLEMENTACIÓN DE PROPUESTAS	55
PROPUESTAS IMPLEMENTADAS	55
13. CONCLUSIONES	57
14. RECOMENDACIONES.....	58
15. BIBLIOGRAFÍA.....	59
16. ANEXOS.....	60

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Gráfico 1. Estructura Organizacional Clínica Chicamocha.	14
Gráfico 2: Requisitos generales sistema de Gestión de Calidad	20
Gráfico 3: Responsabilidad de la dirección sistema de Gestión de Calidad	21
Gráfico 4: Gestión de los recursos Sistema de Gestión de Calidad	22
Gráfico 5: Realización del Producto Sistema de Gestión de Calidad	23
Gráfico 6: Medición Análisis y Mejora Sistema de Gestión de Calidad	23
Gráfico 7. Registro de Revisiones y Motivo de Cambio	37
Gráfico 8. Formato de Registro	38
Gráfico 9. Actualización de Procedimientos	39
Gráfico 10. Formato Documentación Antiguo	39
Gráfico 11. Formato Documentación Nuevo	40
Gráfico 12. Base de datos; Documentación general Clínica	42
Gráfico 13. Pagina Intranet Base de Datos	42
Gráfico 14. Indicadores UCI Pediátrica	44
Gráfico 15. Actualización Indicadores basados en la Acreditación	45
Gráfico 16. Actualización Caracterización Área Suministros Almacén	50

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1: Distribución de personal	12
Tabla 2: Documentos Actualizados del sistema de Gestión	40
Tabla N° 3. Administración de las Acciones Correctivas	52
Tabla N° 4 Capacidad del Servicio de Consulta Externa	56

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO 1 Informe de Satisfacción al Usuario	61
ANEXO 2 Informe de Satisfacción al Cliente Externo	73
ANEXO 3 Registro de control de documentos	78
ANEXO 4 Folleto de sensibilización de la Calidad	81
ANEXO 5 Registro De Mejora Continua Atención Al Usuario	84
ANEXO 6 Programa de auditoría Interna	86

1. GLOSARIO

CALIDAD: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos¹

GESTIÓN DE CALIDAD: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.²

AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría³

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.⁴

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población⁵

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.⁶

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.⁷

¹ ICONTEC. Norma Internacional ISO 9000:2000. Segunda edición. Bogotá DC. 2000 Pág. 23

² *Ibíd.*, Pág. 24

³ *Ibíd.*, Pág. 29

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 1011(3 de Abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. Pág.,2

⁵ *Ibíd.*, Pág. 2

⁶ *Ibíd.*, Pág. 2

⁷ *Ibíd.*, Pág. 2

2. RESUMEN

TITULO Mantenimiento y Mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad
 Clínica Chicamocha

AUTOR Camilo Andrés Aguilar Estévez

FACULTAD Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR Ludym Jaimes Carrillo

RESUMEN La mejora continua hace parte del sistema de gestión de la calidad implementado en la Clínica Chicamocha, observando la necesidad de optimizar cada uno de los procesos involucrados en la prestación de los servicios y de esta manera lograr la satisfacción del usuario. Cada una de las personas que integran la organización facilitan el desarrollo de la calidad, generando en ellas un sentido de pertenencia hacia el sistema por medio de la sensibilización y el conocimiento de la estructura del sistema de gestión de calidad. Son varias las actividades que permiten la mejora como lo es la sistematización del control de los documentos y los registros, la actualización de indicadores y sistemas de evaluación, el seguimiento de las acciones preventivas y correctivas y junto con la auditoría de seguimiento lograr el cumplimiento de cada uno de los criterios de la NTC ISO 9001: 2000.

ABSTRACT The continual improvement make part of the quality management system implemented in the Chicamocha Clinic, watching the need of optimize each process involved in the services, and in that way achieve the satisfaction of the user. Each person who integrates the organization facilitates the development of quality, generating in them a sense of property towards the system by the sensibilitation and knowledge of the quality management system. There are different activities that allow the improvement like the systematizing of the control of documents and records, the update of indicators and systems of evaluation, the following of preventive and corrective actions and together with the follow-up audit achieve the fulfillment of each standard from the NTC ISO 9001:2000

PALABRAS Mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad
CLAVE

3. INTRODUCCIÓN

La calidad es una variable que constantemente va incrementando por factores como la competitividad, el posicionamiento, entre otras, permitiendo efectuar acciones para mejorar cada uno de los procesos y/o actividades involucradas en la prestación de los servicios o en el desarrollo de productos. En este caso se percibe el desarrollo de la Clínica Chicamocha, institución que se ha preocupado por prestar sus servicios con excelencia y calidad, con el propósito de generar confianza y satisfacción en cada uno de sus usuarios.

Por este motivo, la institución ha implementado el Sistema de Gestión de la Calidad, Certificado por el ICONTEC, el cual permite en cada una de las actividades que se realizan el direccionamiento hacia la meta más esperada: la satisfacción del usuario. El proceso de calidad para el sector de salud comienza por el cumplimiento de los criterios mínimos para la prestación de los servicios como son los decretos de Habilitación emitidos por el Ministerio de la Protección Social, dando el primer paso para lograr la calidad en las actividades involucradas. Una vez implementados cada uno de los criterios establecidos por el Ministerio para la habilitación de los servicios y de igual forma cumplir con el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, el proceso continúa con la certificación de la norma ISO 9001:2000, logrando la implementación del sistema de gestión de la calidad, con enfoque en el mejoramiento continuo. Finalmente queda un paso importante para la institución, siendo la acreditación el escalón de mayor fortaleza, brindando los parámetros de excelencia con al rededor de 700 indicadores para realizar el seguimiento y mejoramiento de la calidad. Cada uno de estos criterios se aplica a cada área y los diferentes departamentos que hacen parte de la organización y que brindan los servicios ya sea directa o indirectamente a cada uno de los usuarios que necesitan de los servicios prestados por la Clínica.

Son todos estos los factores con los cuales se desarrollan cada una de las actividades de control en los procesos para disminuir el riesgo de errores y en cambio aumentar la eficiencia y eficacia en los servicios prestados, llevando seguimiento y posterior mejoramiento; además, teniendo en cuenta la aplicación de indicadores que muestren la adherencia a los parámetros de calidad y la suficiencia de los servicios en su desarrollo.

4. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

Nombre: CLÍNICA CHICAMOCHA S.A.

Dirección: Calle 40 N° 27A - 22
PBX: (7) 6459680 - FAX: (7) 6340288
Línea de Atención al Cliente: 018000-112004
Bucaramanga - Colombia

Actividad económica / productos y servicios:

La Clínica Chicamocha S.A. presta servicios de salud divididos en:

- Urgencias
- Consulta externa
- Hospitalización general
- Cirugía
- Cuidados Intensivos Adultos
- Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal
- Promoción y Prevención
- Laboratorio Clínico

Número de empleados:

La Clínica Chicamocha S.A. cuenta con 248 empleados distribuidos de la siguiente forma:

Tabla N° 1. Distribución Personal

Centros de trabajo	Sexo		Áreas			Total Empleados
	F	M	Directivos	Administrativos	Operativos	
Centro 1	173	36	3	62	144	240
Centro 2	24	5	--	24	5	29
Centro 3	1	9	--	4	6	14
TOTAL	198	50	3	90	155	283

Fuente: Departamento de Relaciones Humanas – Clínica Chicamocha S.A.

Centro 1: Clínica Chicamocha S.A.

Centro 2: Centro Médico Chicamocha

Centro 3: Inmueble donde realiza actividades el Departamento de Historias Clínicas y Mantenimiento

La Clínica Chicamocha S.A., es una Institución que desde su constitución hace 22 años, ha estado comprometida y dedicada a la prestación de servicios de salud,

procurando elevar la calidad y la expectativa de vida de la sociedad Santandereana y de la Comunidad en general.

Su crecimiento y posicionamiento se han basado en la humanización de la atención, capacidad y calor humano de su talento humano y una alta calidad médico, científico y tecnológico.

Actualmente la Clínica presta servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, su estructura la constituye un edificio de 4 pisos con una capacidad de 61 camas hospitalarias, distribuidas entre hospitalización y unidades de cuidados intensivos para adultos, pediatría y neonatos en donde se albergan los pacientes que requieren tratamiento médico en las diferentes especialidades clínicas, quirúrgicas y de apoyo diagnóstico.

La Unidad de Cuidados Intensivo para Adultos cuenta con 5 camas, la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y Pediátrica cuenta con 7 camas; cada una con la mayor tecnología en equipos de monitoreo invasivo y no invasivo, dotadas con el mejor equipo profesional médico y asistencial para ofrecerle al usuario la mejor atención personalizada.

Tres modernas salas de cirugía y una sala de partos dotadas para prestar los servicios de cirugía y obstétricos en sus diferentes especialidades quirúrgicas y/o ginecoobstétricas.

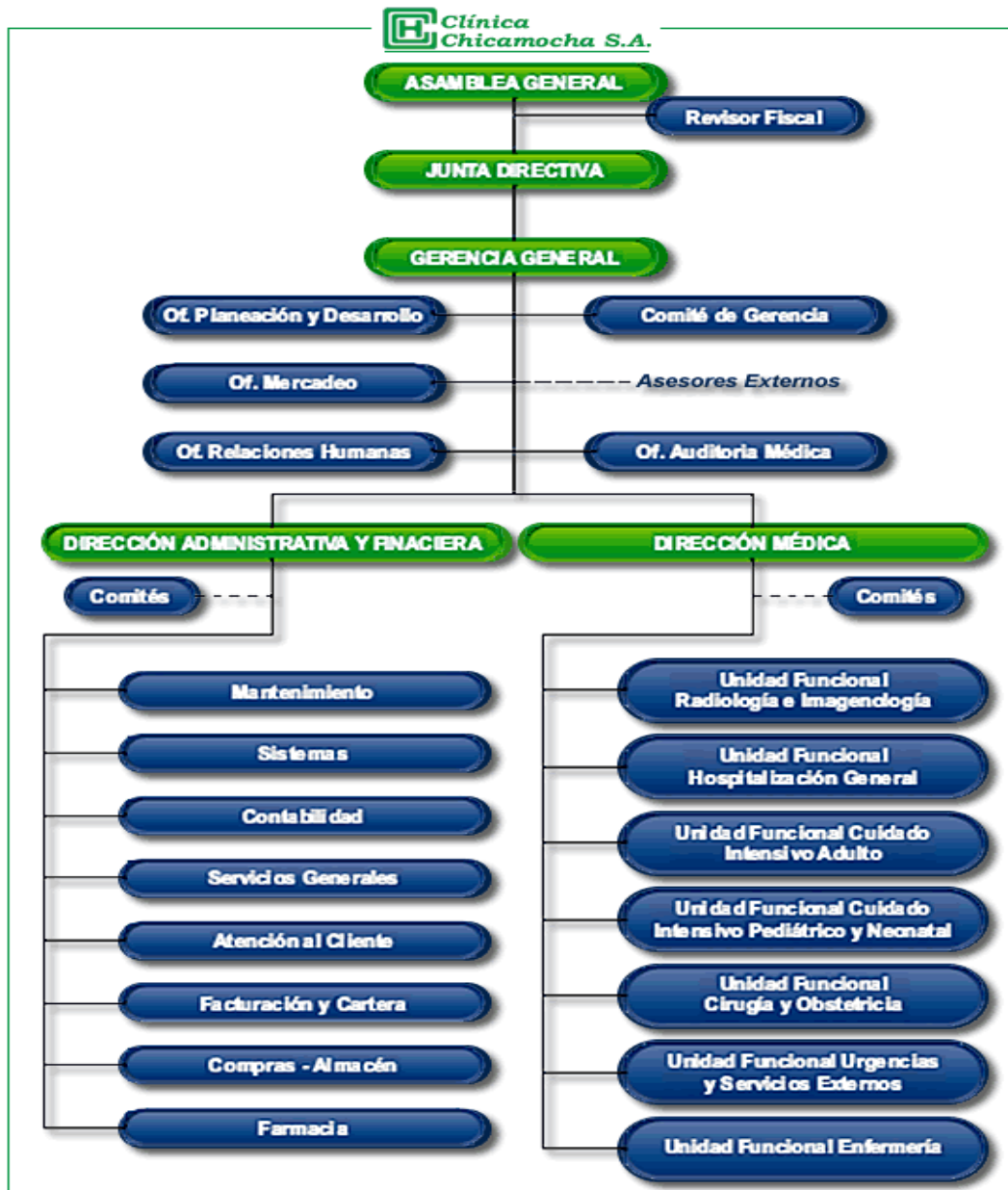
Un Centro Médico de cuatro pisos y cinco (5) consultorios debidamente dotados para Consulta de Medicina General y Medicina Especializada, así como los mejores profesionales para brindarle al usuario la mejor atención integral y humanizada.

En el año 2005, debido al crecimiento acelerado de la institución, se dio inicio a un nuevo proyecto de inversión a través de la construcción de una sofisticada planta física, que cuenta hoy con un área de 5.767 metros cuadrados en una nueva estructura de diez (10) pisos. El 10 de agosto de 2006 se inauguró la nueva sede que estará disponible para la atención de los usuarios con una moderna central de urgencias, salas de cirugía, nuevos servicios de apoyo diagnóstico y confortables unidades para hospitalización general.⁸

⁸ Clínica Chicamocha S.A., Manual de de calidad, Versión Numero 4, 02/12/2005, pagina 6

Estructura organizacional

Gráfico 1. Estructura Organizacional Clínica Chicamocha



Fuente: Tomado de la página Web Clínica Chicamocha S.A. el día 25 de Septiembre de 2008
<http://www.clinicachicamocha.com/estructura.htm>

5. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

Debido al crecimiento en su infraestructura, recursos humanos y tecnología, a comienzos de la década de los noventa la Clínica comenzó a pensar en los procesos de calidad como la finalidad de todas sus acciones para llegar a ser la empresa de salud más competitiva en la región.

Siguiendo las modificaciones estipuladas por la ley 100 de 1993, que reglamentó la salud en Colombia, la Clínica proyectó su futuro gracias a los cambios en la prestación del servicio dirigido a los usuarios; de esta forma, en el año 2002 comenzó a pensarse en la certificación de calidad ISO 9001 versión 2000, como garantía en la prestación del servicio. La certificación se logró en el 2004, demostrando así su solidez y su alta calidad en la prestación de servicios médicos y en el trato humanizado con los usuarios, lo cual ratificó que es una de las organizaciones líderes en la prestación de servicios de salud en el Oriente colombiano.

Actualmente la Clínica es la única institución prestadora de servicios de salud certificada en todas las especialidades en la meseta de Bucaramanga.

Para lograr este posicionamiento la Clínica Chicamocha S.A. está en un proceso de ampliación de su planta física, que consta de un moderno edificio de 10 pisos, destacándose la central de urgencias con énfasis en trauma y pacientes severamente críticos -única en la ciudad- así como radiología intervencionista, tomografía y ecografía tridimensional, un servicio de imagenología, medicina nuclear y el Instituto de Neumología y Cirugía de Tórax. Por otra parte, para nuestros usuarios en medicina prepagada y particular se brinda un servicio VIP, tipo hotelería 5 estrellas.⁹

La empresa se ve en la necesidad de realizar la mejora continua teniendo en cuenta las exigencias de la norma ISO 9001:2000, y así mismo de acuerdo con los requerimientos de la Clínica, la entidad ICONTEC prepara constantemente la auditoría para la validación del Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2000. Es por este motivo que se hace indispensable hacer el mantenimiento y la mejora continua en cada uno de los departamentos, procesos y el sistema como tal, permitiendo así mantenerse como una empresa de gran calidad en la región.

⁹ Fuente tomada el 05/03/08: <http://www.clinicachicamocha.com/historia.htm>

6. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La necesidad que se genera al implementar un sistema de Gestión de Calidad es el compromiso con la mejora continua, donde por medio de acciones correctivas o preventivas se identifican los problemas que van surgiendo con el avance y el desarrollo del sistema. A medida que estos problemas se van solucionando se hace más efectivo el sistema de gestión, logrando en si la calidad en cada uno de los procesos que componen la Clínica Chicamocha.

El seguimiento que se realiza está basado en los indicadores que posee cada área para las actividades principales, encontrando un factor por mejorar en la Clínica Chicamocha. Por otro lado se hace necesario el desarrollo de instrumentos que mejoren el manejo de la información para dar cumplimiento con los criterios de la gestión de la calidad. Finalmente con la información recolectada por parte de los instrumentos que permiten ver el desarrollo, se realiza el análisis pertinente para ver como ha avanzado la clínica en la prestación de los servicios, encontrando por un lado debilidades así como fortalezas. Estas debilidades se transforman en mejoras que al ser direccionadas por actividades para atacar las causas principales de los problemas, se obtiene lo que es expresado de acuerdo a los criterios de calidad ISO 9000:2000, mejora continua.

7. JUSTIFICACIÓN

Una vez que una empresa tiene implementado el Sistema de Gestión de Calidad, es necesario realizar las actualizaciones día a día para poder aplicar el mejoramiento continuo al sistema, y de esta forma llevar de manera eficaz la calidad del servicio con el resultado de poder dar satisfacción a las necesidades de los clientes.

Debido a que en la Clínica Chicamocha S.A. la salud es prioridad en los servicios, constantemente se encuentran actualizando el Sistema implementado en la organización, teniendo en cuenta los nuevos requisitos que el secretariado de salud va expidiendo, y de así dar al cliente la mejor atención posible, ofreciendo mayor calidad en los servicios prestados. Por tal motivo la clínica Chicamocha en estos momentos se encuentra realizando este proceso de mejora continua, dando pie a los requisitos enumerados en la norma ISO 9001:2000, y por otro lado estar preparados para la pronta visita del ICONTEC, la cual dará paso a la auditoría del sistema de Gestión que tiene como fin el seguimiento en los procesos y las actividades generadas en la Clínica.

Por otro lado, la empresa desea llevar el control de la información que posee a otro nivel, creando una base de datos la cual facilite el control de documentos y los registros implementados en las áreas, teniendo también como consecuencia la facilidad de la comunicación para el personal de la organización, como a las partes interesadas que buscan ver la calidad en la clínica Chicamocha S.A.

8. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica Chicamocha de acuerdo con los parámetros establecidos por la Norma técnica Colombiana ISO 9001:2000.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Realizar los estudios de satisfacción al cliente para los usuarios de los servicios de la Clínica, tanto pacientes como clientes externos, midiendo los niveles de satisfacción de la empresa en cuanto al servicio prestado.
- ☞ Mejorar el control de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, por medio de una base de datos que facilite el manejo y la revisión de los documentos, así como los registros del sistema de la Clínica Chicamocha.
- ☞ Actualizar parte del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta principalmente el mapa de procesos, el manual de Calidad y la redefinición de los indicadores de la Clínica Chicamocha.
- ☞ Sensibilizar al personal de la institución por medio de la divulgación de la información correspondiente a la importancia del proceso continuo que se establece en el sistema de gestión de calidad de la Clínica Chicamocha.

9. MARCO TEÓRICO

NORMATIVIDAD DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

La norma contractual, es decir la que se debe manejar para implementar un sistema de gestión de la calidad en una organización con ánimo de ser certificado es la ISO 9001:2000, por este motivo es importante conocerla en su estructura e interpretación.

En cuanto la estructura la norma está conformada por ocho elementos los cuales son:

- Objeto y campo de aplicación
- Referencias normativas
- Términos y definiciones
- Sistema de gestión de la calidad
- Responsabilidad de la dirección
- Gestión de los recursos
- Realización del producto
- Medición, análisis y mejora.

A continuación se realiza el análisis e interpretación del contenido de cada uno de los ocho elementos en que está estructurada la norma ISO 9001 versión 2000, referenciado de los cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana.¹⁰

Objeto y Campo de aplicación: Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad aplicables cuando una Organización necesita:

- ☞ Demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los reglamentos aplicables, y
- ☞ Aumentar la satisfacción del cliente a través de una eficaz aplicación del sistema, incluido los procesos de mejora continua y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente.

Todos los requisitos de la norma son genéricos y aplicables a toda la organización, se permite realizar exclusiones, al identificar aquellos procesos del numeral 7 de la norma, y sólo en este numeral, que no aplican a la empresa o que se pueden

¹⁰ SERRANO GÓMEZ, Lupita. Curso de Sistemas Integrados de Gestión. Universidad Pontificia Bolivariana. Agosto-Noviembre 2007

omitir en el producto y/o servicio que se ofrece, con la condición de que al excluir tales procesos la calidad del producto y/o servicio no se vea afectada.

Con respecto a las exclusiones al sistema, es importante recordar que no se puede descartar un requisito del numeral 7 de la norma como irrelevante sólo porque no se desea poner en práctica, se debe justificar cualquier exclusión permisible en el manual de calidad y también ante el organismo de certificación.

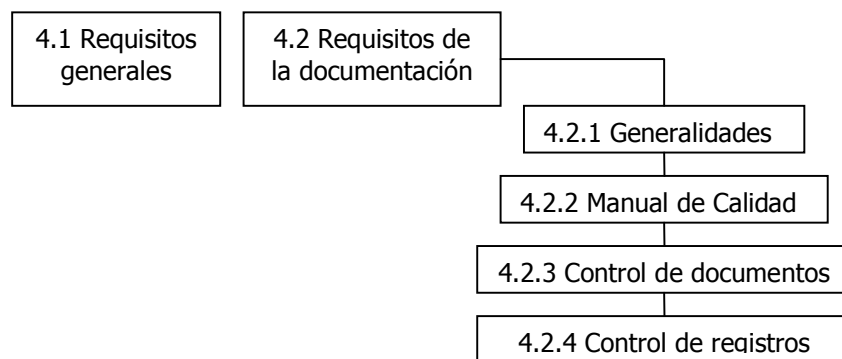
Referencias Normativas: A través de referencias dentro del contenido del texto se muestran las disposiciones de la norma.

Términos y Definiciones: Para esta norma son tomadas todas las definiciones dadas en la norma ISO 9000:2000. Es importante tener en cuenta que los principales cambios en términos y definiciones con respecto a la versión de 1994 son: organización reemplaza el término proveedor y el término proveedor reemplaza al término subcontratista. Cuando se utilice el término producto en la norma este puede significar también servicio.

Sistema de Gestión de la Calidad: *La organización debe establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional¹¹.*

En este capítulo (numeral 4 de la norma) se establecen los requisitos generales del sistema y requisitos de la documentación, los cuales hacen referencia a los documentos, procedimientos documentados, al manual de la calidad, control de documentos y control de registro.

Gráfico 2: Requisitos generales sistema de Gestión de Calidad



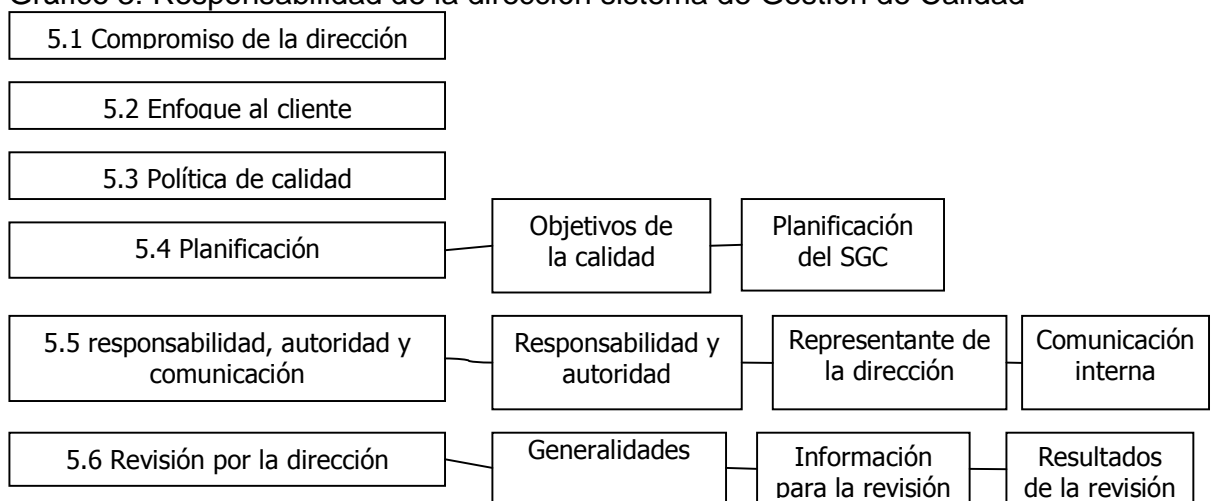
Fuente: Cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana Ago-Nov 2007

¹¹ ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000, Sistemas de Gestión de la Calidad, Requisitos. Bogotá. 2000.

Responsabilidad de la Dirección: *La alta dirección debe proporcionar evidencia con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.*

En el numeral 5 de la norma se establece la responsabilidad de la dirección basada en el compromiso de la dirección, el enfoque al cliente, la política de calidad, la planificación del sistema de gestión de la calidad, los objetivos de la calidad, la responsabilidad, autoridad y comunicación, el representante de la dirección, la comunicación interna y la revisión por la dirección. A continuación se ilustra la estructura de este numeral.

Gráfico 3: Responsabilidad de la dirección sistema de Gestión de Calidad



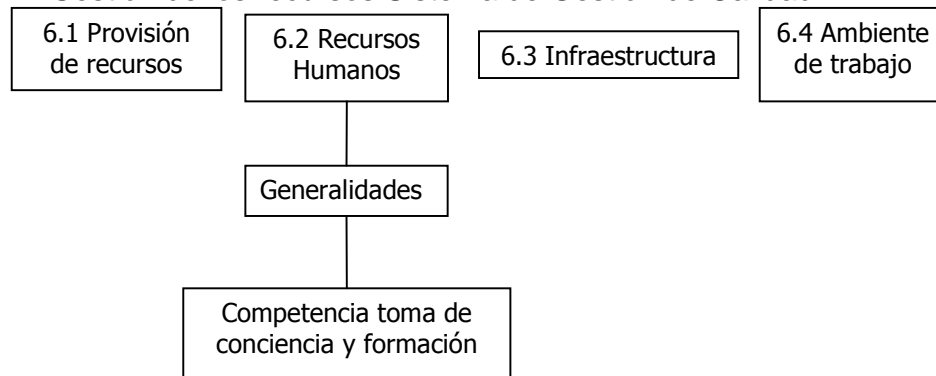
Fuente: Cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana Ago-Nov 2007

Gestión de los Recursos: *La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:*

- *Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y*
- *Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.*

Este capítulo de la norma (numeral 6) trata de cómo se deben gestionar los recursos referentes a: recurso humano en cuanto a competencia, toma de conciencia y formación, a los recursos de infraestructura y al ambiente de trabajo.

Gráfico 4: Gestión de los recursos Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: Cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana Ago-Nov 2007

Realización del producto: *La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto.*

Este es el apartado de la norma más extenso, pues en él se centra desde la planificación del producto o servicio hasta la entrega al cliente a entera satisfacción. En este numeral (7 de la norma), existen las exigencias referentes a:

- La planificación de la realización del producto
- Los procesos relacionados con el cliente en cuanto a determinación y revisión de los requisitos relacionados con el producto, y comunicación con el cliente.
- Diseño y desarrollo. Planificación del diseño y desarrollo, elementos de entrada, resultados, revisión, verificación, validación, y control de los cambios del diseño y desarrollo.
- Compras. Proceso de compras, información, verificación de los productos comprados.
- Producción y prestación del servicio. Control, validación de los procesos de producción y prestación del servicio, identificación y trazabilidad, propiedad del cliente, preservación del producto.
- Control de los dispositivos de seguimiento y medición.

Es en este capítulo donde se permiten realizar exclusiones, las cuales deben ser justificadas.

Gráfico 5: Realización del Producto Sistema de Gestión de Calidad



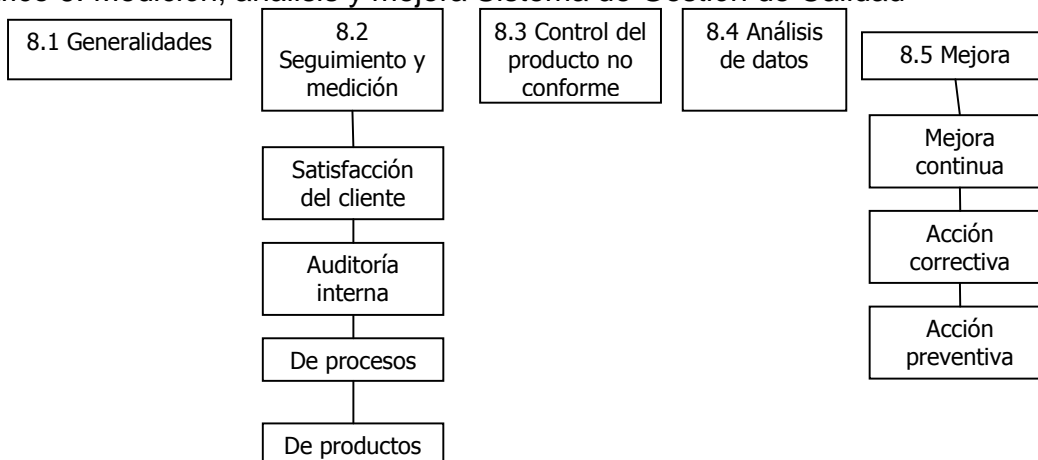
Fuente: Cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana Ago-Nov 2007

Medición, Análisis y Mejora. *La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para*

- *Demostrar la conformidad del producto*
- *Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad*
- *Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad*

En este numeral 8 de la norma se establecen los requisitos a cumplir referentes al seguimiento y medición (satisfacción del cliente, auditoría interna, seguimiento y medición de los procesos y del producto), control del producto no conforme, análisis de datos, y mejora continua (acción correctiva y acción preventiva).

Gráfico 6: Medición, análisis y mejora Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: Cursos de Sistemas integrados de Gestión de la Universidad Pontificia Bolivariana Ago-Nov 2007

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC)

Para comprender mejor el mejoramiento continuo de la calidad, se realizará un análisis mas profundo de acuerdo al PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD realizado en Bogotá en junio de 2001, explicando la importancia del mejoramiento continuo en los procesos involucrados en la prestación de servicios de salud.

Antecedentes

Para enfocar mejor el tema del MCC en salud, y específicamente en procesos de acreditación, es útil citar algunas experiencias exitosas de instituciones y países que son líderes en el tema. En enero de 1995, el Consejo Canadiense para la Acreditación de Servicios de Salud presentó su nuevo programa de acreditación. Este lanzamiento fue la culminación de muchos años de estudio, proceso de consulta y trabajo, el cual marcó el inicio de una nueva era de la acreditación en Canadá. Esencialmente, cada dimensión de la acreditación fue consensuada y modificada para incorporar el nuevo enfoque del MCC y la filosofía de atención centrada en el cliente.

Este proceso de mejora del sistema de acreditación arranco unos años antes. Dos importantes desarrollos ocurrieron en 1991. El primero de ellos estuvo constituido por los nuevos estándares adoptados por el consejo canadiense: cambiaron de estándares de estructura a la evaluación de procesos y resultados.

El segundo desarrollo importante que ocurrió fue el surgimiento de los movimientos de la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo de la Calidad en el sector salud, movimientos que habían sido evidentes en la industria y los negocios en Norte América. El adoptar esta filosofía de MCC en los servicios de salud fue vista como una oportunidad para mejorar la competitividad y racionalizar los costos del sector. Al observar los desarrollos y la implementación de esos métodos hechos por sus vecinos, muchas instituciones canadienses los retomaron para aplicarlos en la evaluación de sus organizaciones. Fueron estas instituciones las que se acercaron al consejo canadiense para solicitarle el introducir rápidamente esta filosofía y métodos, y ajustar el proceso de acreditación con todos los pasos que ello requería (revisión de la misión, visión y valores corporativos) para que fuera coherente. Esto se produjo en 1992. El comité asesor del consejo canadiense empezó a explorar opciones disponibles para rediseñar la acreditación basada en la filosofía de mejoramiento continuo. El primer enfoque para el rediseño fueron los estándares. Sin embargo, es de interés anotar que durante este rediseño se empezó por examinar las características ideales de una institución de salud. Estas características fueron luego evaluadas contra los estándares existentes para ver cómo los estándares podían reflejar o no el ideal de la institución de salud. Los criterios del Premio Malcom Baldrige (1991), premio

a la excelencia en los Estados Unidos, proporcionaron también un referente de evaluación del ideal de una organización. El mayor cambio de los estándares correspondió entonces al enfoque llevado a cabo en los servicios de atención el cual el desempeño de la atención en salud en los pasos lógicos que debía recorrer un usuario en un proceso discreto de atención dentro de una institución prestadora de servicios de salud. Este proceso de atención comenzaba desde el momento mismo de la admisión y terminaba en el posterior egreso y seguimiento. Este proceso de atención, considerado como el “núcleo” de la atención de un usuario estaba a su vez apoyado por una serie de procesos de apoyo.

Para evaluar los procesos de apoyo se diseñaron: los estándares de Gerencia de la información, Gerencia y Desarrollo del Recurso Humano, y Gerencia del Medio Ambiente. El otro proceso importante que se involucró más tarde fue el liderazgo, proceso que se extiende a toda la organización desde la junta directiva y primeros niveles directivos que son los que lideran los distintos grupo de la institución. A través de ese proceso de liderazgo se transmite el compromiso institucional a la comunidad a la que sirve, creando la visión y misión relacionada con la entrega de la atención del servicio. Fue entonces cuando en el año 1995 se hizo el lanzamiento oficial de los estándares centrados en el cliente para el proceso de acreditación en Canadá, los cuales han sido aplicados hasta la fecha¹².

El modelo de Atención Centrada en el Cliente definido por Canadá enfoca su atención al proceso que es generado frente a un cliente desde su llegada a la organización hasta su posterior egreso.

Una vez culmina el proceso de atención se lleva a cabo la labor del Mejoramiento Continuo. El Mejoramiento Continuo de la Calidad comprende un conjunto de principios que llevan a la organización a pensar más allá del simple aseguramiento de la calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven para la inspección. El MCC es visto como un proceso educativo, que involucra al cliente y sus necesidades, con el fin de excederse en sus expectativas, identificando aquellos puntos del proceso que sean susceptibles de tener mejoramiento en el tiempo.

Según Masaki Imai¹³, la filosofía de mejoramiento continuo ha sido el resultado del desarrollo e instrumentalización de herramientas y métodos de calidad por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y el Japón. Fue a partir de 1986, con la publicación del libro: **“Kaizen: The Key to Japan’s competitive succes”**, que el término japonés “Kaizen” ha llegado

¹² En el año 2001 el CCHSA está operacionalizando los nuevos estándares de acreditación, los cuales llevan por nombre AIM Project y se centran en evaluación de resultados, conservando la filosofía de mejoramiento continuo de la calidad y del enfoque de atención centrado en el usuario.

¹³ Imai Masaaki. *Cómo implantar el Kaizen en su sitio de trabajo (Gemba)*. Mc Graw Hill – Corporación Calidad. 1998.

a aceptarse como uno de los conceptos clave de la gerencia en el mundo. El New Shorter Oxford English Dictionary define Kaizen como el mejoramiento continuo de las prácticas de trabajo y la eficiencia del personal.

La palabra mejoramiento involucra a todas las personas, tanto a los gerentes como a los trabajadores, y ocasiona un gasto organizacional relativamente pequeño. Implica una filosofía de vida (ya sea laboral, social o personal) centrada en esfuerzos de mejoramiento constante. Aunque los mejoramientos del MCC son pequeños e incrementales, el proceso MCC origina resultados dramáticos en el tiempo. El concepto MCC explica la razón por la cual las compañías en el Japón no pueden permanecer estáticas por mucho tiempo.

La innovación es significativa y dramática, pero implica grandes costos, y si no se le hace mantenimiento y mejoramiento se deteriora en poco tiempo. Por el contrario, el MCC es sutil y poco dramático, además de ser un enfoque de bajo riesgo.

La gerencia, dentro de este proceso, tiene dos funciones importantes: el mantenimiento y el mejoramiento.

- **El mantenimiento o aseguramiento** se refiere a conservar los estándares tecnológicos, gerenciales y operacionales actuales y a sostener esos estándares en el tiempo a través del entrenamiento y la disciplina.
- **Mejoramiento** se refiere a actividades dirigidas a elevar los actuales estándares. Así, la visión japonesa de gerencia queda reducida a un precepto: Mantener y mejorar los estándares.

Una visión gráfica de la interrelación de estas dos funciones puede ser vista a continuación.

El MCC hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común y bajo costo. Así mismo, fomenta el pensamiento orientado a **procesos**, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.¹⁴

¹⁴ ORDOÑEZ NORIEGA, SARA. Programa de Apoyo a la calidad en salud. *Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios*. Bogotá D.C.: 2001. P 19-18

LEGISLACIÓN DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para poder prestar los servicios de salud se debe cumplir con los requisitos mínimos estipulados por los diferentes entes reguladores como lo son el Ministerio de la Protección Social, la Secretaria de Salud Nacional y la Superintendencia de Salud. A continuación se menciona la Resolución numero 1043 del 3 de Abril de 2006 donde se establecen los criterios mínimos de cumplimiento para prestar los servicios de salud, al igual que la resolución número 1445 8 mayo 2006 de 2006 por la cual se definen los estándares de acreditación, información consultada de la pagina del Ministerio de la Protección Social¹⁵.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

(Del 3 de abril de 2006)

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

¹⁵ Tomado el 20 de Junio de 2008 de la pagina Web:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>

Son los estándares 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 que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 "Manual Único de Estándares y de Verificación", el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por

obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.¹⁶

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 001445 DE 2006**

(8 MAYO 2006)

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por el artículo 43º y 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003 y Decreto 1011 de 2006

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- FUNCIONES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA. La Entidad acreditadora que seleccione el Ministerio de la Protección Social tendrá las siguientes funciones:

1. Promover el Sistema Único de Acreditación
2. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
3. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
4. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.
5. Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones
6. Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento por parte de la entidad acreditadora se evidencie que la institución ha dejado de cumplir las condiciones exigidas para obtener la acreditación en salud, de acuerdo con los procesos de otorgamiento de la acreditación a que hace referencia el artículo 5º de la presente resolución.

¹⁶ Tomado de:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15504&IDCompany=11> el día 20 de junio de 2008

7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
9. Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos o del proceso de escogencia previsto en la Ley 80 de 1993, o en las normas que la modifiquen, sustituyan o el Estatuto General de Contratación de la Administración.

ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Para efecto que el ente acreditador valúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el anexo técnico No. 1 que forma parte integral de la presente resolución:

1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-
2. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.
3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
4. Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
5. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
6. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.

ARTÍCULO 3º.- ESCALA DE CALIFICACIÓN. Para efecto de que el ente acreditador evalúe el cumplimiento de los estándares de acreditación, se adopta la escala de calificación contenida en el Anexo Técnico N° 2 que forma parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 4º.- CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DE ACREDITACIÓN. Para efectos de conferir o negar la acreditación de las entidades que se someten a este proceso, la Junta de Acreditación estará conformada por un grupo de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad que acrediten experiencia mínima de cinco (5) años en el desempeño de cargos

directivos en instituciones del sector salud, ajustándose a los perfiles descritos para tal efecto en el anexo técnico N°. 2.

ARTÍCULO 5°.- OTORGAMIENTO DE LA ACREDITACIÓN. El otorgamiento de la acreditación se efectuará con sujeción a los procedimientos definidos en el Anexo Técnico No. 2 que forma parte integral de la presente resolución, para lo cual, la Junta de Acreditación dispondrá del grado de discrecionalidad definido en los mencionados procedimientos, dejando registro explícito de sus deliberaciones, en las actas de las reuniones.

PARÁGRAFO: Con el fin de informar a los usuarios acerca de los niveles superiores de calidad alcanzados por las Instituciones Acreditadas, el Ente Acreditador podrá entregarles un sello de acreditación, cuyas características y condiciones para su uso serán establecidas por el mismo Ente.

ARTÍCULO 8°.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 1474 de 2002 y demás disposiciones que le sean contrarias.¹⁷

¹⁷ Tomado de:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15325&IDCompany=11> El día 20 de junio de 2008

10. DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CLÍNICA CHICAMOCHA

- **Estudio de satisfacción del usuario :**

La satisfacción del usuario es el elemento clave para corroborar que los servicios prestados son de calidad y de buena percepción para los clientes de la Clínica Chicamocha. Por este motivo la Clínica ha implementado la encuesta de satisfacción, aplicado a las diferentes áreas asistenciales de mayor importancia para la organización como lo son Urgencias, Cirugía, Hospitalización y Consulta Externa.

Finalizando el segundo semestre del 2007 en el área de Atención al Usuario, encargada de realizar la encuesta de satisfacción, se encontraron dificultades por motivos internos para realizar el análisis de satisfacción del periodo, desarrollando solamente la parte de la aplicación de la encuesta a la muestra de usuarios. Por este motivo, y teniendo en cuenta la visita del ente certificador ICONTEC, se asigna el análisis de satisfacción del usuario al departamento de Planeación y Desarrollo.

La clínica cuenta con una base de datos donde se ingresa la información de cada encuesta para recopilarla y así generar los resultados de la satisfacción global, con cada tipo de variable asignada por área. Para realizar el análisis en primer lugar se procede a la explicación por medio de una capacitación del manejo de la base de datos desarrollada por el área de Sistemas; una vez explicado el manejo se ingresan las encuestas a la base de datos donde arrojará la información correspondiente a la satisfacción del usuario.

El análisis se presenta teniendo en cuenta cada uno de los servicios de la clínica donde existe el mayor flujo de usuarios y la importancia del servicio prestado por cada área. Las variables que se involucran en el análisis son tomadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006) donde se encuentran expresadas las definiciones de las características¹⁸ que pueden afectar la calidad en la prestación de los servicios de salud, mencionadas a continuación:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 01011 (3 de abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio. 3p.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

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

La base de datos arroja las tablas donde se encuentra la información sin categorización, organizando los datos para poder generar las tablas y las gráficas que faciliten el análisis ya sea por variable o la satisfacción global. Del estudio de satisfacción realizado se pueden realizar las siguientes conclusiones de acuerdo a cada área específica:

Hospitalización: Durante el segundo semestre del 2007 el 87.12% de los usuarios que utilizaron el servicio de hospitalización general se sintieron satisfechos. Teniendo en cuenta que se presenta un alto porcentaje de usuarios no satisfechos por el servicio prestado, se ha identificado como factores determinantes la falta de oportunidad en lo que a la atención se refiere, es decir, especialmente en el tiempo que se utiliza para realizar los tramites de admisión del usuario, así como la oportunidad de atención diaria que debe ser dada por el medico tratante.

Consulta Externa: A pesar de la falta de información percibida por los usuarios que asisten a la consulta, cabe resaltar la completa satisfacción de los usuarios del servicio de Consulta Externa, mostrado por el 100% de usuarios satisfechos, y de igual forma logrando ver la calidad en el servicio prestado así como la percepción que poseen los usuarios por la atención dada, y porque al final son ellos quienes determinan la calidad que se brinda por parte de la Clínica Chicamocha S.A.

Cirugía: El análisis de las encuestas aplicadas después que los usuarios hayan terminado el proceso de cirugía ambulatoria, un 96.71% encuentran gran satisfacción en el servicio prestado por la Clínica Chicamocha, encontrando como

factor fuerte la actitud tomada por parte del personal del servicio mostrando ante los usuarios un comportamiento agradable, atento, y en especial, percibiendo por el paciente comodidad ante los servicios prestados.

Urgencias: Los usuarios del servicio de Urgencias manifiestan tener conformidad con el servicio prestado en un 80.63%, mientras que el 19.37% no se siente satisfecho con la atención y los servicios prestados por la Clínica. Esto se debe en especial a la falta de oportunidad e información antes, durante y después del proceso de atención.

El nivel de satisfacción para el año 2006 fue del 97%, en comparación con el del año 2007 del 80.63%, muestra una variación del -16.88%. Analizando este dato, en el 2006 la satisfacción general tuvo este resultado de acuerdo a la pregunta referida en la encuesta sobre la satisfacción, pero si se mira cada una de las variables que afectan el sistema, muestran niveles bajos en cuanto a la oportunidad de servicio por la demora, así como la actitud de atención. Estas variables afectan el proceso en cada una de las áreas, dando una razón para mejorar el sistema; estas mismas variables se ven con resultados similares en el año 2007, reflejándose también en el resultado global de satisfacción.

Este informe (ANEXO 1) se presenta en primer lugar al área de atención al usuario, para así realizar las respectivas acciones correctivas y cumplir con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 en cuanto a la mejora continua. Así mismo este documento se anexa al registro R-0101-03-P02 Acta Revisión del Sistema, el cual es presentado al ICONTEC para realizar la visita de Auditoría.

Ficha técnica

Fecha: II semestre 2007
Lugar: Clínica Chicamocha S.A.
Población (Usuarios):

Hospitalización: 598
Urgencias: 542

Cirugía: 3747
Consulta Externa: 5849
Hospitalización: 3414
Urgencias: 3908

Metodología: Muestreo Aleatorio

Niveles de Confianza

Tamaño de Muestra
Cirugía: 348
Consulta Externa: 302

Cirugía:	95%__E-5%
Consulta Ext	97%__E-6%
Hospitalización	96%__E-4%
Urgencias	96%__E-4%

- **Estudio de Satisfacción al cliente Externo**

Teniendo en cuenta la cadena de valor de la empresa, se encuentran dos diferentes tipos de clientes: el cliente interno y el cliente externo. El cliente interno es aquel que por su necesidad ingresa a la institución a prestar los servicios de salud de la Clínica Chicamocha. El cliente externo son aquellas Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que afilian a los usuarios en los diferentes programas de salud, y son aquellas empresas que firman un convenio con la Institución Prestadora de Servicios de Salud para que sus afiliados tengan accesibilidad y puedan recibir los servicios que necesita; estas EAPB como lo son las EPS, ARP Medicina Prepagada, entre otros, también presentan una percepción sobre los servicios ofrecidos por la Clínica Chicamocha, siendo importante medir esta percepción por medio de la satisfacción al cliente externo.

La oficina de Planeación y Desarrollo es el área encargada de realizar el seguimiento a la satisfacción del cliente externo, involucrando en las actividades del proyecto el estudio de la satisfacción del cliente externo. Al realizar el estudio estadístico se siguen los parámetros teniendo en cuenta que la población total por su tamaño es igual a la muestra que corresponde a 35 empresas entre las que se encuentran empresas con las cuales se posee convenio, y otras las cuales se encuentran en empresas potenciales para poder obtener un convenio.

El primer paso para realizar el estudio de satisfacción es la elaboración de la herramienta para recolectar la información. La herramienta a utilizar es la encuesta, la cual con la ayuda del departamento de Mercadeo se analiza las variables que pueden ser de mayor influencia en el análisis, y que al desarrollar el informe se identifique las razones por las cuales las empresas se encuentren conformes o no con el servicio. Una vez identificadas las variables se procede a elaborar la encuesta (ANEXO 2) con el visto bueno del Jefe de Planeación y desarrollo y la coordinadora de Mercadeo, para poder enviarla a cada gerente de las diferentes EAPB. Como la encuesta va dirigida a la alta dirección de cada empresa, se elabora una carta donde el gerente de la Clínica Chicamocha solicite la respuesta de la encuesta con la mayor objetividad, y teniendo en cuenta la importancia de la información para lograr el mejoramiento de los servicios ofrecidos por la clínica.

Después de enviadas las encuestas, y de recibir la respuesta se procede a crear la base de datos usando la herramienta para hojas de cálculo Excel, la cual permite la conglomeración y filtración de la información con las respectivas gráficas para finalmente realizar el análisis que se encuentra en el ANEXO 3. Este informe se anexa junto con los demás informes de periodos anteriores, comparando las variaciones de acuerdo a los diferentes resultados, y así continuar con el proceso de mejora continua.

- **Sistematización del control de documentos**

La importancia de la documentación en una empresa se ve reflejada en los criterios de la norma para implementar el sistema de gestión de calidad, donde se establecen cada uno de los procedimientos que involucran las actividades que se realizan en las áreas, y los registros que permiten obtener la evidencia de las actividades de los procesos y facilitar el control de los servicios que se prestan en la institución. La Clínica Chicamocha maneja dos tipos de documentos, que son los procedimientos y los instructivos. Los procedimientos muestran de forma general cada una de las actividades correspondientes para realizar los trabajos específicos de las áreas, manteniendo un control por medio de la tabla Registro de Revisiones y Motivo de cambio que se encuentra en cada procedimiento tal como se muestra en el dibujo Gráfico 6.

Gráfico 7. Registro de Revisiones y Motivo de Cambio

 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre:		Área:		
	CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN			PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
	Código:		Cambios:		
	P-0104-01		4		

6. REGISTRO DE REVISIONES

Revisión	Fecha			Responsable	Página reemplazada	Aprobado	
	Aa	Mm	Dd			Encargado	Coordinador
00	02	01	02	Comité de gerencia	Ninguna		Comité de gerencia
01	04	01	05	Jefe de Planeación y Calidad	Pag. 9		Jefe de Planeación y calidad
02	04	12	28	Jefe de Planeación y Calidad	Pag. 2-5		Jefe de Planeación y calidad
03	05	02	07	Jefe de Planeación y Calidad	Pag. 10		Jefe de Planeación y calidad
04	06	03	08	Jefe de Planeación y Desarrollo	Todas		Jefe de Planeación y Desarrollo

7. MOTIVO DEL CAMBIO

01. No se han definido <u>procedimentalmente</u> , los controles necesarios para la administración de algunos registros de origen externo, específicamente: calibración de equipos y competencia del personal.
02. Se incorporaron nuevos criterios en la caracterización de los procesos y se actualizó el mapa de procesos
03. Se modifica el nombre del registro R-0104-06-P01 Acta de aprobación y control de cambios a los documentos.
04. Se integra el control de documentos para el Sistema de Gestión Ambiental.

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo, Clínica Chicamocha


Por otro lado se maneja los Instructivos, los cuales son una explicación mas detallada de alguna actividad que se describa en el procedimiento, fundamental para realizar en las áreas correspondientes. El control de los instructivos se maneja de igual forma que los procedimientos, llevando un registro de revisiones, así como el motivo de cambio.

El tercer tipo de documento que gestiona la clínica son los registros, permitiendo llevar un control de resultados o listas de chequeo de acuerdo a los procedimientos. Estos registros mantienen un formato de control igual a los demás documentos, pero con la diferencia que estos no poseen registro de revisiones o motivo del cambio, sino solamente la actualización en el cambio de versión y la fecha del cambio tal como se muestra en el Gráfico 7.

Gráfico 8. Formato de Registro

Aprobado por: Jefe Planeación y Desarrollo	Versión (dd/mm/aa): 29/07/05	Documento Controlado	Hoja: 12
---	-------------------------------------	----------------------	-----------------



 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre:	Área:
	REGISTRO DE MEJORA CONTINUA	
	-RMC-	
	Código:	Cambios:
	<u>R-010-08-P03</u>	2

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo, Clínica Chicamocha

De esta manera la Clínica hace cumplimiento al criterio 4.2.3 y 4.2.4 de la Norma ISO 9001:2000. El problema que se evidencia en los procesos es la no actualización de los documentos, en especial del formato o diseño de cada uno de ellos. Dado el problema, en primer lugar se procede a realizar la actualización de tanto los formatos así como los procedimientos, instructivos en cada una de las áreas, teniendo en cuenta la visita del ICONTEC. Esta actualización es un proceso dispendioso debido a la variedad de procedimientos y cambios sujetos a decretos y resoluciones que son emitidas por el ministerio de la protección social, un ejemplo a mencionar es el caso del área de Atención al Usuario, donde se modificó y actualizó el procedimiento de Autorización de Servicios de acuerdo al decreto 4747 de 2007. El control que se realiza una vez hecho el cambio es el mismo proceso que se menciono anteriormente, indicando la fecha del cambio y dando la razón del cambio. En la gráfica 8 se puede observar el cuadro con las modificaciones realizadas al documento y el registro de la fecha con el responsable del área y quien autoriza.

El proceso de actualización se realiza en cada área, revisando los procedimientos e instructivos correspondientes, y se efectúan los cambios para continuar con el mejoramiento continuo. La experiencia basada en esta actividad demuestra la importancia del control de los documentos, y de igual forma refleja que este control depende de cada coordinador de área, haciendo que la actualización tenga estrecha relación con la disponibilidad de los trabajadores, y demorando el resultado esperado.

Gráfico 9. Actualización de Procedimientos

 Clínica Chicamocha S.A.	<i>Nombre:</i>		<i>Área:</i>	
	SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS			
	<i>Código:</i>		<i>Cambios:</i>	
		P-0210-01	4	

6. REGISTRO DE REVISIONES

Revisión	Fecha			Responsable	Página reemplazada	Aprobado	
	Aa	Mm	Dd			Encargado	Coordinador
00	02	01	02	Coord. Atención al Cliente	Ninguna		Coord. Atención al Cliente
01	03	11	10	Coord. Atención al Cliente	2		Coord. Atención al Cliente
02	06	03	27	Coord. Atención al Cliente	todas		Coord. Atención al Cliente
03	06	09	06	Coord. Atención al Cliente	todas		Coord. Atención al Cliente
04	08	05	19	Coord. Atención al Cliente	Todas		Coord. Atención al Cliente

7. MOTIVO DEL CAMBIO

01: Se cambia el procedimiento de autorizaciones de servicios, en su contenido general. Se incluyó el procedimiento para el trámite de medicamentos no pos.
02: Actualización de procedimientos
03: Actualización y modificación de conceptos.
04: Se modifica el procedimiento de acuerdo al Decreto 4747 de 2007 para la realización de las autorizaciones.

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo, Clínica Chicamocha

En cuanto a la modificación que se realizó para la actualización de los formatos, fue necesario mirar documento por documento realizando el cambio para así poder crear la base de datos con las actualizaciones correspondientes.

Comparación de formatos y la actualización

Antes

Gráfico 10. Formato Documentación Antigua

 Clínica Chicamocha S.A.	<i>Nombre:</i>		<i>Área:</i>	
	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA			
	<i>Código:</i>		<i>Cambios:</i>	
		I-0214-01	0	

1. PROPOSITO

- Establecer las normas para la apertura, manejo, archivo y consulta de la Historia Clínica de acuerdo a la legislación y normas vigentes, en especial, las contenidas en la ley 23 de 1981, el decreto reglamentario 3380 de 1981 y la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud.

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo, Clínica Chicamocha

Después

Gráfico 11. Formato Documentación Nuevo

 Clínica Chicamocha S.A.	<i>Nombre:</i>		<i>Área:</i>	
	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA		ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	
	<i>Código:</i>		<i>Cambios</i>	
	I-0214-01		0	

1. PROPÓSITO

- Establecer las normas para la apertura, manejo, archivo y consulta de la Historia Clínica de acuerdo a la legislación y normas vigentes, en especial, las contenidas en la ley 23 de 1981, el decreto reglamentario 3380 de 1981 y la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud.

Fuente: Autor

De esta manera se crea la base de datos (Gráfico 11) para poder sistematizar la documentación, y facilitar el manejo de la información del sistema de gestión de calidad en cada una de las áreas de acuerdo a sus requerimientos. Uno de los puntos a favor es la disminución de los archivos físicos, donde se incluyen fólderes y carpetas, dando mas espacio y mejor manejo con los documentos. La base de datos es una página de intranet (Gráfico 12), la cual fue desarrollada con la ayuda del departamento de sistemas, quienes crean la plataforma donde se sube la información, y se vuelve asequible para cada uno de los departamentos.

La actualización de la documentación y la implementación de la base de datos en la intranet han sido muy dispendiosas debido a la cantidad de documentación existente en la Clínica Chicamocha, encontrándose dificultades en tiempo para la actividad en si. Pero ya teniendo la base de datos hecha, solamente queda el paso de incorporarla al sistema de intranet.

A continuación se mencionan algunos de los documentos que fueron modificado y actualizados durante el proceso para el control y actualización de la documentación del sistema de gestión:

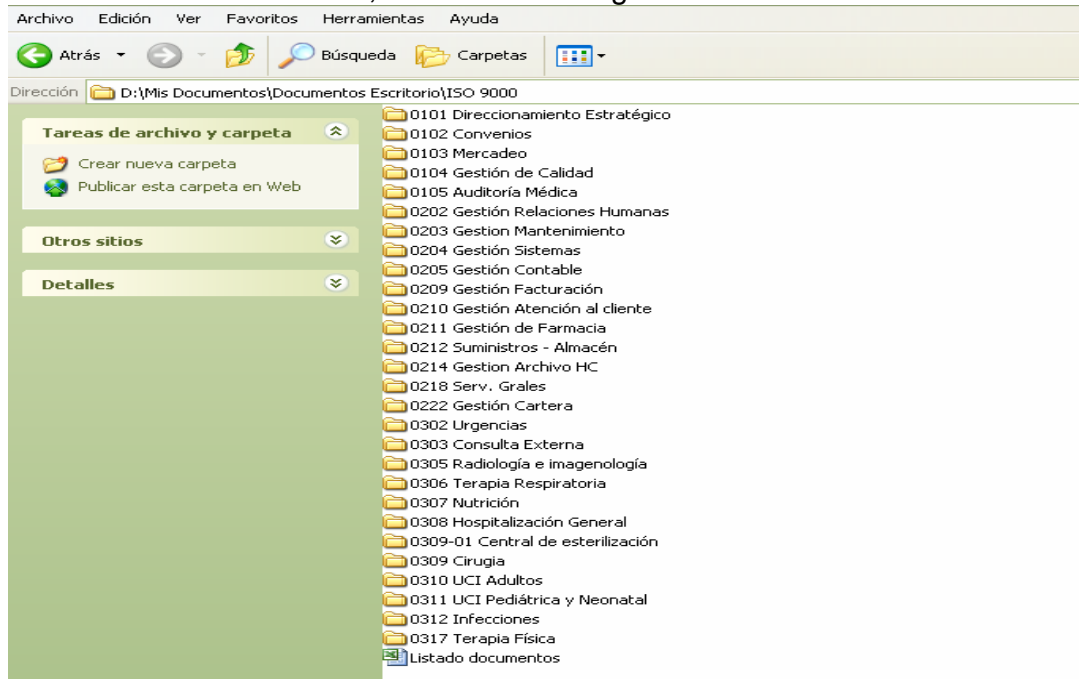
Tabla 2: Documentos Actualizados del sistema de Gestión

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	FECHA ACTUALIZACIÓN
MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	I-0104-03	28/02/2008
MATRIZ DE REQUISITOS LEGAL	EXT-0104-03	30/04/2008
MANUAL DE PERFIL DE CARGOS	I-0202-01	17/04/2008
CALIBRACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS	P-0203-04	07/05/2008
RECEPCIÓN , MANEJO Y CONSIGNACIÓN DE FONDOS DIARIOS	P-0205-01	2/04/2008

MANEJO Y CANCELACIÓN DE FACTURAS DE PROVEEDORES Y DEMÁS PAGOS EN GENERAL	P-0205-02	2/04/2008
CONTABILIZACIÓN DE NÓMINA Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS LABORALES	P-0205-04	3/04/2008
ORGANIZACIÓN Y CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS Y MOVIMIENTO DIARIO	P-0205-07	2/04/2008
CONTABILIZACIÓN Y REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN	P-0205-08	2/04/2008
CONTABILIZACIÓN DE ACTIVOS FIJOS	P-0205-09	2/04/2008
DEPRECIACIÓN Y AJUSTE DE LOS ACTIVOS FIJOS	P-0205-10	2/04/2008
PAGOS CON CHEQUES Y/O EFECTIVO	P-0205-12	2/04/2008
REVISIÓN DE CUENTAS DE EXÁMENES ESPECIALES	P-0205-13	0/03/04/08
MANEJO DE CAJA	P-0205-14	2/04/2008
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	P-0210-01	19/05/2008
SEGUIMIENTO POST EGRESO	P-0210-04	09/05/2008
RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	R-0211-04	1/31/01/08
RECEPCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	P-0214-01	28/05/2008
ARCHIVO DE HISTORIA CLÍNICAS	P-0214-02	28/05/2008
PRÉSTAMO DE HISTORIAS CLÍNICAS	P-0214-03	28/05/2008
SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS	R-0214-01-P03	1/18/03/08
LISTA DE CHEQUEO ARCHIVO HC	R-0214-08	1/28/05/08
LISTA DE CHEQUEO PRÉSTAMO HC	R-0214-09	1/28/05/08
LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN HC	R-0214-10	1/28/05/08
ACCESO PACIENTE CONSULTA EXTERNA	P-0303-01	0/20/02/08
RECEPCIÓN PACIENTE PREVIO A LA ATENCIÓN	P-0303-02	0/18/02/08
GUÍA MANEJO DE RINITIS	I-0303-01	0/07/05/08
GUÍA MANEJO DE DORSOLUMBALGIAS	I-0303-02	0/14/05/08
GUÍA MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA	I-0303-03	0/21/05/08
GUÍA MANEJO DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES	I-0303-04	0/28/05/08
GUÍA MANEJO DE LA DEPRESIÓN	I-0303-05	0/20/06/08
GUÍA MANEJO DE CEFALÉAS	I-0303-06	0/23/06/08
GUÍA MANEJO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	I-0303-07	0/23/06/08
GUÍA MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA	I-0303-08	0/23/06/08
GUÍA MANEJO DE ARTROSIS DEGENERATIVA	I-0303-09	0/23/06/08
GUÍA MANEJO DE TRASTORNOS METABÓLICOS	I-0303-10	0/23/06/08
ATENCIÓN MEDICA	I-0303-11	0/23/06/08

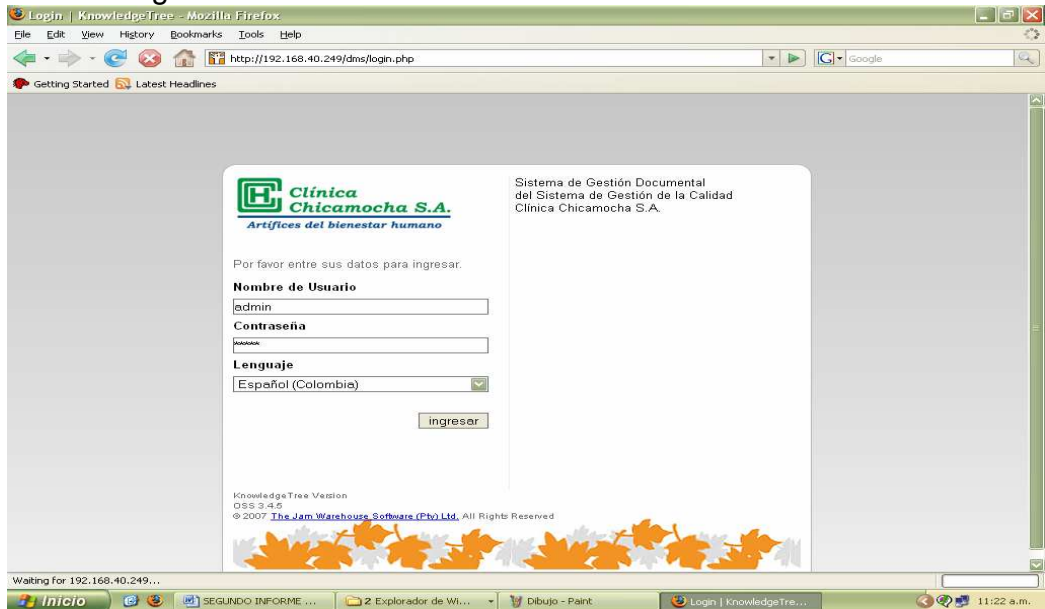
Fuente: Autor

Gráfico 12. Base de datos; Documentación general Clínica



Fuente: Oficina de Planeación, Clínica Chicamocha

Gráfico 13. Pagina Intranet Base de Datos



Fuente: Departamento de Sistemas Clínica Chicamocha

Además para el control de la documentación existe el maestro de documentos, el cual registra los documentos existentes en la clínica, y que son manejados por cada una de las áreas. Este es el soporte con el cual las áreas establecen las modificaciones, y se controla de acuerdo a los cambios. Al realizar la actualización de los documentos, se procede a indexar los cambios en el Registro *Maestro de Documentos Internos del Sistema de Calidad (R-0104-03-P01)*. Como ejemplo se muestra el maestro actualizado del área de Infecciones (ANEXO 4) las actualizaciones corresponden a:

LAVADO DE MANOS	I-0312-04
BROTOS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	I-0312-06
EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES	I-0312-09
GUÍA PARA AISLAMIENTO DE PACIENTES	I-0312-10
PROTOCOLO CATÉTER URINARIO	I-0312-12
GUÍA CATETE VENOSO CENTRAL	I-0312-13

- **Mantenimiento y actualización de los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad**

El sistema de gestión de calidad tiene como factor importante el manejo de los indicadores de calidad. Los indicadores permiten llevar un mejor control que junto con la administración estratégica permite el alcance de los objetivos planteados por la alta dirección, y así poder alcanzar las metas propuestas por la organización.

La Clínica Chicamocha tiene implementado un sistema de indicadores en primer lugar para dar cumplimiento a los criterios o parámetros legislativos, donde se encuentra para este caso la circular externa 030 del 19 de Mayo de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, donde establece las instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud¹⁹. Además de los indicadores por parte de la superintendencia, la clínica dispone de otros indicadores de resultado donde verifica el cumplimiento de las metas.

Uno de los planes de cumplimiento se enfoca en la actualización de los indicadores, analizando con cada área las necesidades y así transformar estas necesidades en indicadores para medir la calidad de los procesos. Para este caso se observa el indicador de días estancia de la UCI Pediátrica, el cual esta relacionado a una meta. El vínculo que existe en caso que no se cumpla la meta

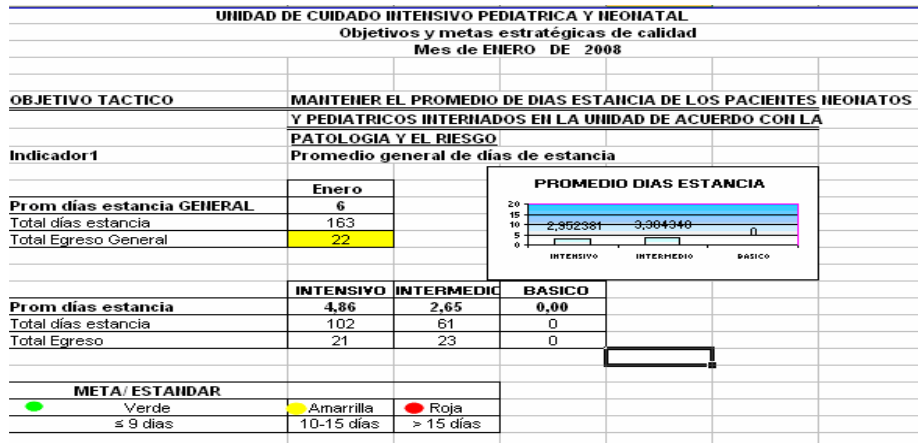
¹⁹ Tomado el día 22 de Julio del 2008 de la pagina Web:
<http://www.supersalud.gov.co/cirexternas2008.asp>

esta dado con la mejora continua, por medio del formato de mejora establecido por la organización.

Pero teniendo en cuenta la acreditación y los estándares a aplicar en cada uno de los procesos, se toma en las áreas de la institución los nuevos parámetros incluyendo los indicadores de calidad, y se le agregan los nuevos indicadores para cumplir con los criterios de seguimiento con base en la acreditación. Estos indicadores serán implementados una vez pase la auditoría del ente certificador. Cabe aclarar que el paso de la acreditación es otorgada por el ministerio de la Protección Social como un Plan para llegar a la excelencia en la prestación de Servicios de Salud.

Para identificar estas necesidades se elabora un formato donde se detalla las necesidades del cliente, las necesidades del área, y los parámetros de calidad en cada indicador, tal como se observa en la gráfica número 14.

Gráfico 14. Indicadores UCI Pediátrica



Fuente: Base de datos indicadores UCI Pediátrica, Clínica Chicamocha

Gráfico 15. Actualización Indicadores basados en la Acreditación

Área	Producto	Cliente	Necesidad de uso del cliente	Característica del servicio	Característica calidad	Indicador	Semáforo			Fórmula	Unidad de Medición	Nivel de desagregación	Periodicidad de Medición
							Verde	Amarillo	Rojo				
Atención al cliente	tramite de ordenes o autorizaciones de servicios	Facturación Dirección Administrativa y financiera	Entrega rápida de la orden	Oportunidad	Que las ordenes que se tramitan ante las EPS, ARS, otras aseguradoras del usuario se entreguen antes de 4 días hábiles.	Días en la consecución de la orden	0-4	5-7	>7	Sumatoria de los días transcurridos desde la fecha de solicitud de la orden y la fecha de emisión de la misma por parte de la EPS/ Número total de ordenes en el periodo	Días	Total general. Por Empresa.	Mensual
Atención al cliente	tramite de ordenes o autorizaciones de servicios	Facturación Dirección Administrativa y financiera	Ordenes completas sin errores	Eficacia	Que las ordenes que se tramitan ante las EPS, ARS, otras aseguradoras del usuario no poseen errores en los códigos, nombre de procedimiento, fecha de vencimiento, institución de referencia. Sin ordenes pendientes.	% de ordenes completas	95-100	91-90	<90	Número de ordenes completas/ Número total de ordenes tramitadas	Relación porcentual	Total general. Por Empresa. Pendientes de trámite por tipo de causa	Mensual
Atención al cliente	Informe de satisfacción del usuario	Gerente, Directores, Coordinadores Asistenciales	Calidad en el servicio	Satisfacción	Que se cumpla la propuesta de valor al usuario en cuanto a oportunidad, actitud de servicio, información al usuario, puntualidad médica	Porcentaje de satisfacción del usuario	90-100	89-80	<80	Número de usuarios satisfechos/ Número total de usuarios en la muestra	Relación porcentual	Total general. Por servicio, por variable evaluada.	Mensual
Atención al cliente	Informe de quejas y reclamos	Gerente, Directores, Coordinadores Asistenciales	Calidad en el servicio	Satisfacción	Que se cumpla la propuesta de valor al usuario en cuanto a oportunidad, actitud de servicio, información al usuario, puntualidad médica.	Número de quejas en el periodo	≤10	11-20	>20	Número de quejas	Número	Total general. Por tipo de causa de queja. Por servicio	Mensual
Atención al cliente	Informe de quejas y reclamos	Gerente, Directores, Coordinadores Asistenciales	Calidad en el servicio	Oportunidad	Que las quejas se respondan en un periodo menor a 10 días hábiles.	Tiempo promedio de respuesta a quejas	≤10	11-20	>20	Sumatoria de los días transcurridos desde la fecha de recibido de la queja y la fecha de emisión de la respuesta/ Número total de quejas en el periodo	Días	Total general.	Mensual
Atención al cliente	Informe de quejas y reclamos	Gerente, Directores, Coordinadores Asistenciales	Calidad en el servicio	Satisfacción	Que se implementen las sugerencias dadas por los usuarios.	Porcentaje de sugerencias priorizadas, gestionadas e implementadas	90-100	89-80	<80	Número de sugerencias implementadas/ Número total de sugerencias priorizadas	Relación porcentual	Total general. Por tipo de sugerencia	Trimestral
Atención al cliente	Seguimiento postventa	Usuario	Buen servicio	Seguridad	Adherencia al plan de egreso.	Porcentaje de adherencia al plan de egreso	95-100	94-90	<90	Número de usuarios que cumplen en plan de egreso/ Número total de usuario en la muestra	Relación porcentual	Total general. Por tipo de variable evaluada.	Mensual

Fuente: Autor

Como ejemplo se tienen en cuenta la actualización de los indicadores del área de atención al usuario, donde el día Jueves 26 de Junio se realiza una reunión en el área de Atención al Usuario, con la presencia de la Coordinadora del área, la enfermera de Post-egreso, el Coordinador de planeación y Desarrollo y el Facilitador del Sistema de Gestión de la Calidad. En el transcurso de la reunión de toman los aspectos claves para la modificación o creación de los diferentes indicadores que permitirán a un futuro llevar el control de las actividades además de los indicadores establecidos por ley.

La actualización de los indicadores se realiza de igual forma en cada área de acuerdo a la disponibilidad del coordinador, con quien se establecen las necesidades.

Una vez identificadas las necesidades y establecidos los indicadores, se continúa el proceso de mejora con la creación de un formato para la presentación de los informes de indicadores, el cual relaciona el indicador con la administración estratégica de la organización que involucra los objetivos, y el alcance de las metas con su control por medio del sistema del semáforo que indica, de acuerdo al color, el tipo de acción a tomar ya sea correctiva o preventiva. Este formato permite ver la tendencia y el comportamiento de la variable en el transcurso el tiempo, además de desagregar el indicador con las variables que pueden afectarlo; un ejemplo sería el caso del indicador de Estancia de UCI Adulto (ANEXO 5). El indicador de estancia permite analizar los días en que los pacientes

se encuentran hospitalizados en UCI adultos, pero además puede ser desagregado por la complicación del paciente o por la morbilidad asociada, para identificar en caso de incumplir la meta, las causas potenciales a las cuales se dará acción correctiva según el formato de mejora continua.

Los informes de los indicadores se llevarán cada mes, teniendo en cuenta que para el mes del Febrero del 2009 se realizará nuevamente la visita del ICONTEC con el propósito de actualizar la certificación del Sistema de Gestión de Calidad y la verificación de la continuidad con la implementación del sistema para mejorar en la calidad de los servicios de la Clínica Chicamocha.

- **Divulgación y sensibilización al personal del Sistema de Gestión de Calidad**

En la implementación del sistema de Gestión de la empresa se requiere tener informado al personal de la institución. Este es el motivo por el cual se ve la necesidad de desarrollar varios sistemas de divulgación de la información como por ejemplo la intranet, el sistema de comunicación telefónico interno, o la utilización de carteleras de información en cada una de las áreas. Para el caso de la divulgación de la información del sistema de gestión de calidad se emplea el folleto que permitirá sensibilizar al personal sobre la importancia de los procesos de calidad desarrollados en cada una de las actividades rutinarias de los servicios ofrecidos.

Para la sensibilización en primer lugar se identifican los problemas que presenta cada área en el manejo del sistema de gestión de calidad observando de manera imparcial las necesidades de los servicio. Luego, con el apoyo del área de planeación se comienza a desarrollar el folleto informativo (ANEXO 6), buscando en su contenido realizar un resumen del sistema de gestión de calidad, y de los diferentes elementos que permiten proyectar la mejora continua en la organización. Es por eso que el folleto involucra elementos como la misión y la visión de la empresa, los objetivos de calidad hacia los cuales cada actividad debe ser direccionada, y también se encuentran los aspectos claves como los planes de acción, que contienen las actividades en un intervalo de tiempo ya sea de un semestre o en el transcurso de un año, buscando como propósito nuevas ideas que puedan mejorar los procesos en los diferentes departamentos de la organización.

Una vez establecido el folleto con los criterios importantes para la comunicación, es revisado y autorizado por el coordinador de planeación para poder continuar con el proceso de divulgación de la información del sistema de gestión.

Posteriormente el folleto es distribuido en cada una de las áreas, realizando una pequeña capacitación que explique el contenido del folleto, buscando sensibilizar al personal sobre el manejo del sistema y la responsabilidad personal que puede llegar a impactar el desarrollo de la institución. Además de la distribución en las diferentes áreas y servicios de la clínica, el folleto también es utilizado en cada una de las inducciones que se realizan al personal nuevo que ingresará a la institución.

El folleto en general permitirá a cada interesado conocer más sobre el contenido del sistema de gestión de calidad, y cómo la implementación del sistema logrará que la empresa alcance el crecimiento y la optimización de los procesos por medio de la mejora continua.

- **Actualización del mapa de procesos y sus perspectivas: caracterización con enfoque en la acreditación**

Para el sector salud, de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC existen tres modelos de calidad establecidos para brindar el mejor servicio con los criterios de salubridad más adecuados, teniendo en primer lugar el proceso de habilitación que involucra las condiciones mínimas que una entidad de salud debe poseer para poder prestar los servicios de salud a los diferentes usuarios y así satisfacer sus necesidades; como siguiente paso se presenta la certificación de los Sistemas Integrales de Gestión, el cual de acuerdo con la Norma ISO 9001:2000, ISO 14001:2000 e ISO 18001:2007 permitirán el manejo de la calidad en el servicio por medio de los criterios manejados en cada una de las normas. Finalmente se encuentra la Acreditación en Salud, otorgado por la Superintendencia de Salud, donde se encuentran alrededor de 700 criterios de calidad con el adecuado seguimiento que involucra indicadores, planes estratégicos y mejora continua.

De acuerdo con estos parámetros de calidad, en este momento la Clínica Chicamocha posee la implementación de los sistemas integrados de gestión exceptuando la norma ISO 18000 que se encuentra en proceso de certificación. La alta gerencia tiene en sus planes estratégicos, una vez completado la implementación de un sistema integrado de gestión, poder continuar con el Sistema Único de Acreditación en Salud de acuerdo con la Resolución 1445 de 2006 que establece esos criterios, exigiendo a la estructura de la clínica una modificación que permita mantener el sistema de acreditación. Uno de los cambios que se realiza en la estructura es la creación del departamento de Servicios ambulatorios, encargado de las áreas de Laboratorio Clínico, Radiología, Nutrición

y Consulta Externa. Estas áreas ya están organizadas en la clínica, pero ahora se establecerán en un área común de servicios ambulatorios, permitiendo así la modificación del mapa de procesos.

Por casos que se presentaron en la alta gerencia, la actualización de las perspectivas del mapa de procesos no se realizó completamente, quedando en proceso la modificación de las perspectivas y los objetivos que hacen parte de la administración estratégica. Sin embargo se actualizaron los procesos involucrando los indicadores para el seguimiento, y asignando el personal correspondiente para liderar las actividades que se desarrollan en las áreas relacionadas a este paso.

- **Actualización del Manual de Calidad**

Cada una de las actividades a desarrollar tiene como propósito la actualización de los diferentes procesos que están involucrados en el sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta la visita del ICONTEC y la actualización de la certificación, evidenciando la calidad en los servicios principales de la Clínica Chicamocha. El documento soporte para realizar la auditoría de seguimiento por parte del ICONTEC es el manual de calidad, donde se encuentra la relación entre cada una de las actividades teniendo en cuenta los criterios de la norma ISO 9001:2000. El manual de Calidad involucra los que son los objetivos de calidad, el alcance, la política de calidad, el mapa de procesos, la matriz de responsabilidades, y las caracterización de de cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la organización. El manual de calidad de la empresa contiene la relación de cada uno de los criterios que son aplicables a las actividades de la clínica, así como parte de la administración estratégica y las actividades principales que realiza la institución.

Para el manual de Calidad de la Clínica Chicamocha, la actualización se observa principalmente en las diferentes caracterizaciones de los procesos, donde se involucra la relación de la documentación del área, así como los indicadores para realizar el control y el seguimiento de las actividades de dichos procesos. Como ejemplo se tendrá la comparación de la caracterización del área del área de Compras – Suministros:


La actualización de la documentación se muestra en la actividad número 3, siendo esta la actividad más dispendiosa para la práctica empresarial. La actualización de la documentación consiste en la visita a cada una de las áreas, donde junto con el coordinador se realiza la revisión de la documentación y se actualizan los procedimientos y los instructivos (actividad realizada anteriormente). Una vez recorridas todas las áreas de la clínica, se procede a cambiar los formatos de los documentos faltantes, para finalmente hacer la relación en el maestro de

documentos, registrando los cambios realizados, y las fechas de actualización de cada documento. De esta manera se desarrolla el mantenimiento y la actualización del control de documentos y el control de registros de acuerdo al numeral 4.2.3 y 4.2.4 de la Norma ISO 9001:2000.

Una vez realizado la actualización de la documentación, además de la actividad de la revisión de los indicadores de gestión se procede a actualizar las caracterizaciones de las diferentes áreas, incluyendo los nuevos procedimientos establecidos como se muestra en la gráfica 15. En cuanto a la actualización de los indicadores, una vez establecidos en cada área, se procede a anexar la especificación de cada indicador en la caracterización del área, encontrando la relación del indicador con su meta, y el objetivo que se desea alcanzar con la ayuda del indicador. En la gráfica 15 se puede observar la parte del modelo de indicadores para el área de Infecciones. De esta manera se realiza la actualización de las diferentes caracterizaciones de los procesos de la Clínica Chicamocha como se muestra en la gráfica, para que posteriormente sea enviado al ente certificador junto con el manual de calidad de la empresa, y se establezcan los criterios de la auditoría de seguimiento.

El manual de calidad y su contenido se actualiza además de acuerdo a los nuevos decretos comunicados por las entidades gubernamentales como el Ministerios de la Protección Social o la Superintendencia de Salud, mencionando el caso de las exclusiones en el numeral Diseño y Desarrollo (7.3) debido a que solo se prestan los servicios definidos o contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Res 5261/94Res 5261/94, los acuerdos 228/02 y 336/06 modificaciones e inclusiones en el POS, la resolución 1046/03 Requisitos del sistema único de Habilitación, Guías y Protocolos establecidos según medicina basada en la evidencia. Además se presentan modificaciones en la parte de la descripción de la empresa a causa de la nueva adquisición de los equipos de radiología que se mencionan como actualización.

Gráfico 16. Actualización Caracterización Área Suministros Almacén

 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre:	Área:		
	CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN DEL PROCESO: GESTIÓN DE COMPRAS – SUMINISTROS		COMPRAS – ALMACÉN	
			Código:	Cambios:
		0212	4	

Unidad Funcional: Compras – Suministros	Proceso: Gestión de Compras – Suministros	Cargo con responsabilidad y autoridad dueño del proceso: Coordinador de Compras – Suministros			
Objetivo del proceso: Garantizar la calidad del proveedor en el suministro de los materiales médico Qx.					
Recursos del proceso:		Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO):			
Humanos: 1 Coordinador de compras –almacén; 1 auxiliar de inventarios, 1 Auxiliar de compras Físicos: Area dotada con las condiciones adecuadas de almacenamiento, señalización de estantes.; escritorio, archivador, hardware y software para el control de los inventarios.		Norma ISO 9001:2000 Resolución 1046/06 Sistema de Información Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.			
Documentación del sistema de gestión de la calidad del proceso:		Características de calidad del proceso – necesidades cliente usuario:			
P-0212-01 Selección de proveedores de materiales medico quirúrgicos P-0212-02 Compra de materiales medico quirúrgicos, artículos de papelería y activos fijos P-0212-03 Recibo de insumos médicos, activos fijos y elementos en general P-0212-04 Condiciones de almacenamiento, preservación, manipulación y embalaje de productos P-0212-05 Despacho de suministros P-0212-06 Devolución de insumos o materiales medico quirúrgicos P-0212-07 Calificación del desempeño del proveedor P-0212-04 Instructivo de limpieza y desinfección de estantes de almacén P-0212-08 Control del Inventario de Gastos de Medicamentos Materiales Medico Quirúrgicos de Cirugía y Urgencias. P-0212-09 Control de Inventarios de Materiales Médico Quirúrgicos en Consignación. P-0212-10 Control de Inventarios por Gastos de Materiales y Medicamentos. P-0212-11 Control de Inventarios Cierre de fin de mes. P-0212-12 Bajas de Activos Fijos. P-0212-13 Bajas de Insumos o Materiales Médico Quirúrgicos. P-0212-14 Orden de salida y/o Prestamos de Activos Fijos. P-0212-15 Traslado y/o Devoluciones de Activos Fijos. I-0212-03 Instructivo Políticas Para La Compra De Insumos, Activos Y Elementos En General I-0212-04 Instructivo De Limpieza Y Desinfección De Estantes De Almacén I-0212-04 Políticas Para El Manejo De Activos Fijos		Cumplir criterios de calidad.			
		Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos:			
		P-0104-01 Control de documentos del sistema de calidad P-0104-02 Control de los registros de calidad P-0104-03 Acciones correctivas (Análisis y solución de problemas – Desdoblamiento de la Calidad) P-0104-04 Control del servicio / producto no conforme, fallas o novedades P-0104-05 Acciones preventivas P-0104-06 Auditoria Interna al Sistema De Calidad			
		Monitoreo (seguimiento) del proceso (criterios y métodos)			
		Auditorias internas Reuniones de grupo primario Reuniones comite de gerencia para revisión del sistema Indicadores de gestión			
		Ambiente de trabajo:			
		Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.			
MEDICION DEL PROCESO (INDICADORES)					
Objetivo/táctico	Indicador	Meta	Formula	Frecuencia	Atributo de calidad
Garantizar calidad del proveedor en el suministro de materiales médico quirúrgicos	Porcentaje de materiales médico quirúrgicos que cumplieron criterios de calidad	90-100%	(Total productos que cumplieron criterios de calidad / total productos recibidos) x 100	Mensual	Eficacia

Aprobado por: Gerente General	Versión: 02 / 06 / 06	Documento Controlado	Hoja: 1 / 2
-------------------------------	-----------------------	----------------------	-------------

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de la Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo, Clínica Chicamocha S.A.

- **Sistematización de módulos de Auditoría Interna y módulo de planes de mejoramiento continuo (acciones correctivas y acciones preventivas)**

Para el control del sistema de gestión de calidad, el mejoramiento continuo se evidencia por la implementación de los formatos “R-0104-08-P03 Registro de Mejora Continua” (ANEXO 7), donde las acciones correctivas y preventivas se dan seguimiento cumpliendo con el ciclo PHVA. El propósito de este objetivo es el manejo de las acciones correctivas y preventivas de acuerdo con la no conformidad que se presente, pero se busca sistematizar la forma de llevar el seguimiento.


La clínica actualmente se encuentra implementado un software CNT Pacientes, el cual se busca facilitar el manejo de la Historia clínica evitando el uso de papelería. De igual forma como se pretende manejar la información referente a calidad por medio de un software donde involucre manejo de indicadores, actualización de documentación y manejo de acciones correctivas y preventivas.

Actualmente se presentó una cotización para el desarrollo del Software con el enfoque del manejo de Balance Scorecard, pero el inconveniente presentado es la falta de la autorización para realizar el proceso de sistematización del sistema de gestión, lo cual no permitió en el transcurso de la práctica desarrollar este objetivo.

Por otro lado parte del objetivo se cumple al realizar el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas tal como se muestra en la el gráfico número 14. Cada área con el apoyo de la oficina de calidad debe dejar evidencia del control de las acciones correctivas y preventivas con el registro de mejora continua. Como ejemplo se muestra la acción correctiva del área de atención al usuario (ANEXO 8), donde después de presentado el informe de satisfacción para el segundo trimestre del año actual se evidencia el incumplimiento del indicador, el cual se plantea en el formato y se muestran las posibles causas por medio del diagrama causa efecto, para así establecer las actividades que permitan eliminar el problema y desarrollar una acción preventiva para que no vuelva a ocurrir la no conformidad.

Cada año la clínica realiza una auditoría interna para poder evidenciar la gestión de la calidad en cada una de las áreas de acuerdo a los criterios de la norma ISO 9001:2000. Para el año 2008 se deja el programa de auditoría interna tal como se muestra en el ANEXO 9, donde se planea en cada una de las áreas con sus responsables la revisión general del Sistema de Gestión.

Tabla Nº 3. Administración de las Acciones Correctivas

		Nombre: ADMINISTRACION DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS				Area: GESTION DE LA CALIDAD	
						Código:	Cambios:
						R-0104-20	0
Fecha	Situación	Tipo acción	Acción tomada	Verificación		Estado	Anotaciones
				Antes	Despues		
Jun-08	Desconocimiento sobre servicios e instalaciones que ofrece la clínica a nivel interno.	Preventiva	Junio/2008 se realizaron 392 visitas a los usuarios hospitalizados en el mes de mayo y 450 visitas a los usuarios hospitalizados en el mes junio que ingresaron a la institución donde se explica los deberes y derechos como usuarios, se les entrega volante escrito; orientación de diferentes servicios dentro de la clínica como líneas de comunicación telefónica, conmutador, horario de visitas, cafetería, capilla y horario de misa, farmacia, entre otros, información general sobre pagos que se deben realizar como copagos y/o pagos compartidos, información sobre teléfonos de notaría en caso de requieren registrar del menor como requisito de la EPS para generar autorización de servicio; reconocimiento de ubicación oficina de servicio al cliente y extensión	<p>Mano de obra</p> <p>Que los empleados de la clínica no informen detalladamente sobre los servicios, derechos y deberes de los usuarios durante su estadia en la clínica.</p> <p>No hay una persona que oriente desde el ingreso a la habitación sobre las particularidades del servicio y trámites administrativo</p> <p>Proceso</p> <p>No existe un manual que informe a los usuarios y familiares sobre los servicios prestados por la clínica</p>	Se espera que los pacientes hospitalizados y familiares reconozcan los servicios que ofrece la clínica para mayor comodidad.	Abierto	
Jun-08	Para el periodo de 01/01/2008 a 30/06/2008 se recepcionaron 290 quejas de las cuales 20(7%) corresponden a inoportunidad en la atención prestada, demora o cancelación de la consulta externa programada	Preventiva		<p>1.demora en inicio de la consulta externa del especialista</p> <p>2. Cancelación de la consulta externa programada.</p>	Lograr mayor oportunidad en la atención de ce. 95%	Abierto	
Jun-08	Para el periodo de 01/01/2008 a 30/06/2008 se Recepcionaron 290 quejas de las cuales 104 (35.86%) corresponden al servicio de Hospitalización por inoportunidad en la visita del especialista a los usuarios en el servicio de hospitalización	Correctiva		<p>Las no visitas por parte de especialista de usuarios hospitalizados.</p> <p>Deficiencia en Numero de personal Medico Especializado.</p>	Lograr mayor oportunidad en la atención de CE. 95%	Abierto	
Jun-08	Para el periodo de 01/01/2008 a 30/06/2008 se decepcionaron 290 quejas de las cuales 107 (36.9%) corresponden al servicio de urgencias por inoportunidad en la atención prestada	Correctiva		<p>Incremento en consultas de pacientes clasificados Triage III.</p> <p>Dificultades de desplazamiento por "trancones" hacia sitio de zonificación.(AL SUR DE LA CIUDAD POR CAMBIOS INFRAESTRUCTURA)</p> <p>Falta de información sobre planes de beneficios</p>	Lograr mayor oportunidad en la atención del SU.	Abierto	
Jun-08	Detectar tempranamente complicaciones del paciente que egresa de la Institución posterior a un tratamiento médico y/o quirúrgico	Preventiva		<p>Falta de Clasificación del usuario por riesgo.</p> <p>Perdida de los formatos de planes Post egreso en los diferentes servicios.</p> <p>Formato post egreso con datos no reales e incompletos.</p> <p>La sistematización de los datos no muestra reportes reales y cuantificados</p>	Lograr un mayor acercamiento entre la institución, el paciente y su familia y la EPS , y a su vez orientarlos ante cualquier complicación e inquietud.	Abierto	

11. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Auditorías Externas

En el tiempo de práctica se han presentado varias auditorías por partes de Entidades Promotoras de Salud, las cuales por medio de las auditorías dan cumplimiento a los parámetros de seguimiento a las Instituciones prestadoras de Salud de acuerdo con los criterios de Habilitación y criterios de Gestión de la Calidad. En las auditorías realizadas el departamento de Planeación y desarrollo cumple una función vital debido al manejo y conocimiento del desarrollo de los lineamientos de Gestión de Calidad, dando como resultado la participación del practicante en cada una de las auditorías, ya sea de forma parcial para brindar la información, tal como fue el caso de la auditoría de Coomeva EPS, o de Forma Total como el caso de la auditoría realizada por Comfenalco y próximamente la auditoría del 24 de Junio que realizará la EPS Humanavivir. Todo esto permite que el estudiante aumente su aprendizaje en la práctica, conociendo a mayor profundidad cada uno de los criterios establecidos en la Norma ISO 9001:2000 para poder lograr la calidad en la empresa.

En la actividad de las auditorias externas se involucra el brindar información de cada una de las dependencias como indicadores y mejora continua, además de observar detalladamente el cumplimiento de los criterios de habilitación como estándares mínimos de cumplimiento para la prestación de servicios de salud. La importancia en esta actividad esta dada por la responsabilidad de dar la información verídica de acuerdo a las necesidades del auditor, y así poder cumplir exitosamente la auditoria que puede influir en los convenios realizados entre la clínica y las entidades administradoras de planes de beneficio.

Participación en la auditoría del Sistema de Gestión de Calidad.

Durante los días 17 y 18 de Julio se desarrolló en las instalaciones de la Clínica Chicamocha la auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad, donde el auditor líder Jorge Pinto visito cada una de las áreas a auditar que se encontraban en el plan de auditoría, incluyendo en el plan el área de Planeación y Desarrollo, dependencia en la cual se desarrolla la práctica de la carrera de Ingeniería Industrial. Se participó en la reunión de apertura del día 17 de Julio a las 7:30, donde se presentan cada uno de los coordinadores de las áreas a auditar y se dan los parámetros y los criterios de la auditoría de seguimiento. Una vez llegado el turno del área de Planeación y Desarrollo, el auditor revisa cada uno de los registros que comprueban el seguimiento a la mejora continua, así como las acciones preventivas y las acciones correctivas con el respectivo cierre o

desarrollo. A su vez se realiza el seguimiento a los eventos adversos debido a que la institución es prestadora de servicios de salud, y por las exigencias de la Superintendencia de Salud es indispensable realizar el control de los eventos adversos que se presentan en las áreas asistenciales de la clínica.

12. IMPLEMENTACIÓN DE PROPUESTAS

PROPUESTAS IMPLEMENTADAS

Estudio Suficiencia Clínica Chicamocha

En cada empresa existe una relación entre la oferta y la demanda, siendo importante mantener un equilibrio entre estas dos variables. Para la Clínica Chicamocha es importante analizar la capacidad que posee y con base en el análisis, realizar los convenios con las diferentes Empresas administradoras de Planes de Beneficio.

Para el estudio de la capacidad de la clínica se cuenta con los estudios de los indicadores, donde en algunos casos identifica las variables que pueden permitir la capacidad, como por ejemplo el total de horas que posee cirugía con las diferentes salas, y teniendo en cuenta las especialidades, y las horas de cirugía, se analiza cuantas cirugías por especialidad se podrían realizar en el transcurso de una semana.

Como ejemplo se muestra la capacidad de consulta externa en la tabla número 3, donde se mencionan cada una de las especialidades con su capacidad de atención, además de los consultorios y cuantos usuarios pueden atender en un mes.

Para hallar la capacidad del área de consulta externa, se tomo en cuenta los recursos de personal medico y la disponibilidad de horas. Al realizar los cálculos respectivos se determina para cada especialidad la disponibilidad de consultas que en total puede brindar la clínica, y la gerencia lo compara con el dato real para mirar la eficiencia del aprovechamiento de los recursos en la clínica. Según los datos arrojados, y al hacer esta comparación con los datos reales, la gerencia concluyó la necesidad de implementar estrategias para mejorar la atención y realizar mejores convenios al ofrecer los servicios de consulta externa en la clínica.

Las áreas a las cuales fueron aplicados los estudios de capacidad fueron el área de Urgencias, hospitalización, Cirugía y consulta externa. Por otro lado el estudio de capacidad es un requisito que las diferentes EAPM solicitan junto con información como indicadores para llevar el seguimiento en cada auditoría realizadas por estas empresas, notando la importancia del estudio en medio de las actividades de la práctica empresarial.

Tabla N° 4 Capacidad del Servicio de Consulta Externa

CONSULTA EXTERNA

	Nº Especialistas	Nº Horas contratada/día	Nº Consultorios	Nº consultas que se puedan atender/mes (según tecnología y recursos)	Nivel de complejidad
Anestesia	8	5	9	375	M
Cirugía General	5	2		150	M
Cirugía Plástica	1	6		450	M
Ginecología y Obstetricia	2	4		300	M
Medicina General	3	14		1050	B
Medicina Interna	2	2		150	M
Neumología	1	4		300	M
Neurología	1	2		150	M
Nutrición y Dietética	1	2		150	B
Ortopedia y/o traumatología	2	10		750	M
Otorrinolaringología	1	4		300	M
Pediatría	2	5		375	M
Urología	2	2		150	M
Cirugía de Tórax	1	2		150	M
Fisiatría	1	2		150	M
Subtotales		66			4575

Fuente: Autor

13. CONCLUSIONES

- Un sistema de Calidad permite que la empresa avance en cada uno de sus procesos, pero una vez implementado el control se vuelve cada vez más dispendioso por la rutina. Es por eso la importancia que el sistema de calidad sea favorecido por medio de herramientas que faciliten el control de cada uno de los criterios tales como la sistematización de la documentación, donde permite tener un manejo fácil de los procesos que se realizan en cada área, así como el control de los registros donde se evidencia los resultados de los procesos.
- Los grupos primarios son fortaleza para realizar un seguimiento funcional de la empresa, dando cumplimiento al ciclo PHVA y a la continuidad en el mejoramiento de la empresa, De esta manera cada informe realizado por los responsables de área ayudan a generar nuevas actividades de mejora, estructurados en un plan de trabajo y con un seguimiento por medio de los informes de avance.
- En el sector Salud de presentan grandes dificultades en cuanto a las relaciones con las Entidades promotoras de Salud, debido a los categorización de la prioridad de atención, siendo un obstáculo para continuar con los procesos de mejora debido a las modificaciones de los procesos tal como fue el caso del área de Urgencias, donde se encontraba la indecisión de la atención de los Triage 3, donde se toma la consulta prioritaria.
- Los entes gubernamentales permiten que en las empresas de salud hablen en un mismo idioma en relación con las resoluciones aplicables a las instituciones de salud. Con base en esta legislación, la Clínica puede estandarizar los procedimientos de las actividades principales, para poder llevar una estructura sólida que aporte al sistema de gestión, donde a futuro el servicio se verá reflejado en la satisfacción del usuario.
- La práctica empresarial permite que el estudiante pueda materializar los conceptos aprendidos en el transcurso de la carrera, pero en el área de salud se encuentra la necesidad de plantear estrategias interdisciplinarias, donde se combine la ingeniería con la medicina, dando como resultado un mejor aprendizaje y experiencia laboral para poder desarrollar un perfil de Ingeniero Industrial mas competitivo en el difícil mundo de hoy en día

14. RECOMENDACIONES

- La implementación de la sistematización del Sistema de Gestión de Calidad, donde se involucre la administración estratégica con su información respectiva (Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Perspectivas) por medio de un software integral donde también se involucre indicadores
- Desarrollar una estructura administrativa de acuerdo a los criterios relacionados con la Acreditación en salud, donde se involucre el personal pertinente para cada área, delegando la responsabilidad sobre el manejo de la calidad por medio de informes de seguimiento y grupos primarios.
- Realizar el estudio del proceso de atención en urgencias, estableciendo no solo las actividades y el personal competente, sino en relación con el sistema de calidad efectuar el proceso con una estructura sólida de indicadores de gestión y manejo del mejoramiento continuo.

15. BIBLIOGRAFÍA

- ICONTEC. Trabajos Escritos: presentación y referencias bibliográficas. Sexta edición. Bogota DC. 2008. ISBN 978-958-9383-81-0
- ICONTEC. Norma Internacional ISO 9000:2000. Segunda edición. Bogota DC. 2000.
- ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000, Sistemas de Gestión de la Calidad, Requisitos. Bogotá. 2000.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 1011(3 de Abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 1011(3 de Abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota. Pág. 1.,2
- Clínica Chicamocha S.A., Manual de de calidad, Versión Numero 4, 02/12/2005
- Tomado de la pagina Web: <http://www.clinicachicamocha.com/historia.htm> el día 05/03/08
- Tomado de la pagina Web: <http://learning.upbbga.edu.co/LearningSpace5/> el día 05/03/08:
- Tomado de la pagina Web: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15504&IDCompany=11> el día 20 de junio de 2008

16. ANEXOS

ANEXO 1

INFORME DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE INTERNO

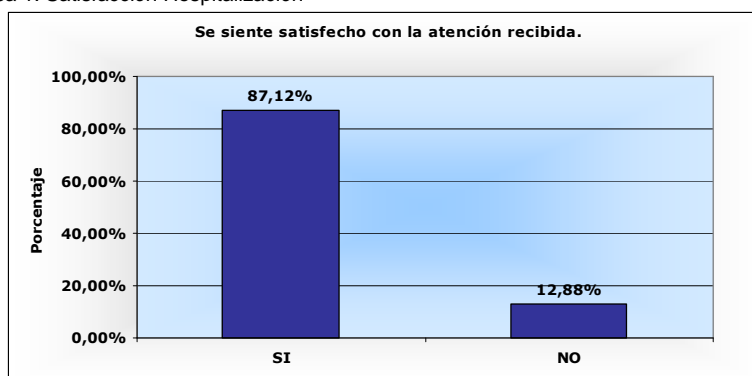
Estudio de satisfacción del usuario:

Para la Clínica Chicamocha SA, es de gran importancia ver la satisfacción que los usuarios presentan por el servicio prestado. Para realizar el análisis se emplearon encuestas aplicadas a áreas claves como Urgencias, Hospitalización, Cirugía y consulta externa, aplicando diferentes encuestas de acuerdo a las variables significativas presentadas en cada área.

A continuación se describirán los resultados obtenidos, con sus respectivos análisis por áreas:

Satisfacción general Servicio de Hospitalización. Diciembre de 2007

Gráfica 1. Satisfacción Hospitalización



Durante el segundo semestre del 2007 el 87.12% de los usuarios que utilizaron el servicio de hospitalización general se sintieron satisfechos. Teniendo en cuenta que se presenta un alto porcentaje de usuarios no satisfechos por el servicio prestado, se ha identificado como factores determinantes la falta de oportunidad en lo que a la atención se refiere, es decir, especialmente en el tiempo que se utiliza para realizar los tramites de admisión del usuario, así como la oportunidad de atención diaria que debe ser dada por el medico tratante.

Respecto a la oportunidad en la admisión del paciente, los resultados muestra que un 82.15% de los encuestados perciben la oportunidad de atención en menos de 10 minutos. De igual forma se ve el complemento, con un porcentaje de 17.85% de usuarios que han tenido que esperar mas de 10 minutos para hacer el registro de ingreso a la institución y así finalmente realizar la admisión del usuario. Esto muestra la necesidad de agilizar los procedimientos en admisión, utilizando las estrategias más efectivas para disminuir el tiempo del proceso y lograr un cliente mas satisfecho con el servicio.

Continuando con la oportunidad de atención, los resultados muestran que hace falta llevar un mayor control por parte del medico tratante sobre el paciente; el 76.59% de los usuarios opinaron haber recibido visita diaria por parte del medico tratante; mientras que un 23.41% de los usuarios manifestaron no haber recibido la visita diaria por parte del medico tratante, siendo este un valor muy significativo sobre la calidad de la atención brindada a los pacientes.

En cuanto a la información brindada a los usuario o familiares, un 93.43% de los usuarios encuestados manifestaron haber recibido la información necesaria para realizar todos los procedimientos que se encuentran relacionados con la atención hospitalaria, teniendo como un punto fuerte la información brindada en cuanto a los horarios de alimentación por el servicio de nutrición o por el servicio de alimentación de la clínica (SIAN); en cambio se presenta una debilidad en la información presentada para los pagos de cuotas moderadores con un porcentaje de 90.31% de usuarios satisfechos, dejando un complemento de 9.69% de usuarios que no se encuentran tan satisfechos, indicando la falta de información para realizar los tramites correspondientes a los pagos moderadores.

Por medio de las encuestas se evaluó también el tiempo de demora en atender el timbre que utilizan los pacientes para llamar a la enfermera, encontrando que el 95.43% de los usuarios perciben la respuesta al timbre por parte del personal de enfermería como inmediato o menor a los 10 minutos de espera, según los resultados estudiados.

Satisfacción por la atención en Consulta Externa. Diciembre de 2007

Gráfica 2. Satisfacción Consulta Externa



A pesar de la falta de información percibida por los usuarios que asisten a la consulta, cabe resaltar la completa satisfacción de los usuarios del servicio de Consulta Externa, mostrado por el 100% de usuarios satisfechos, y de igual forma

logrando ver la calidad en el servicio prestado así como la percepción que poseen los usuarios por la atención dada, y porque al final son ellos quienes determinan la calidad que se brinda por parte de la Clínica Chicamocha S.A.

Analizando el Servicio de Consulta Externa, los resultados arrojados por las encuestas muestran que el 72.08% de los usuarios recibieron la información correspondiente a los requisitos que conlleva al proceso de la cita, presentando dificultades especialmente en la información de los deberes y los derechos que los usuarios poseen al prestar el servicio con un 48.01%, los cuales no la recibieron ya sea porque esta información no se le da directamente al usuario cuando ingresa a la institución, o porque los medios de comunicación no son eficientes o entendibles para aquellos que necesitan el servicio médico. Un 89.40% de usuarios mencionaron tener claridad respecto a la información que es dada para conocer el nombre del médico, al igual que el consultorio donde se debe asistir para la cita.

Teniendo en cuenta la importancia de esta variable como atributo de calidad, se deben implementar medidas tendientes fortalecer y estandarizar la información que se le suministra al usuario.

El tiempo de espera es un atributo de calidad primordial en lo que a servicios de salud se refiere, debido a que los usuarios desean un servicio excelente y rápido por las necesidades que se presentan. Por este motivo, un 48.97% de usuarios de consulta externa manifestaron haber sido atendidos inmediatamente o a la hora de la cita, un 35.62% menor de 10 minutos y un 15.41% de usuarios fueron atendidos después de un tiempo de espera mayor a 10 minutos. Los resultados muestran una debilidad significativa en los que a rapidez de los procesos de consulta se refiere. De acuerdo con estos datos se ve la necesidad de implementar un plan de acción que permita mejorar los tiempos de espera de los usuarios para obtener mayor satisfacción en la atención de la consulta externa.

Continuando con el proceso de consulta externa, una vez que el paciente ingresa al consultorio para ser atendido por el médico, se debe dar la información necesaria sobre la patología, el plan de tratamiento y cuidados generales que se requieren para finalizar con el proceso. Según los usuarios que recibieron el servicio de consulta externa, un 85.38% manifestó que toda la información fue suministrada adecuadamente, especialmente la información referente al diagnóstico de la enfermedad, con un 94.04%. También otra variable de fortaleza sobre la información es lo que se incluye en el tratamiento a seguir dado por el médico, para la pronta recuperación del paciente, con un 93.38%.

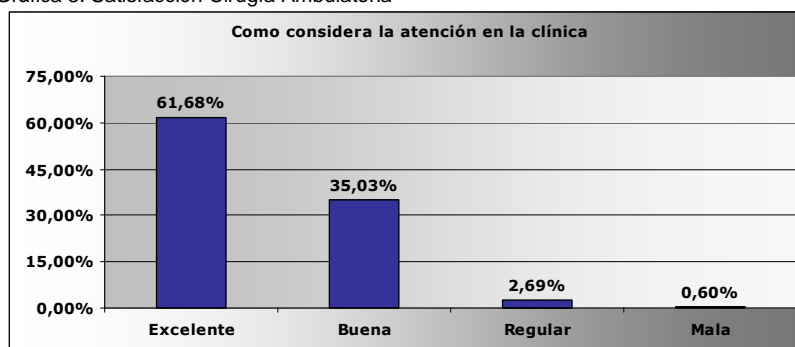
Por otro lado se encuentra una variable que afecta el resultado de la consulta, siendo esta la educación sobre la promoción y prevención de la enfermedad. Esta variable se puede entender analizando la cultura de prevención que falta por enseñar en los usuarios, para que en un futuro se pueda prevenir de manera

eficaz cualquier otra enfermedad o riesgo de ella. El 21.52% manifestó no haber recibido información sobre promoción y prevención de la enfermedad.

Después de haber analizado las variables relacionadas con la información, se presenta el análisis de servicio, teniendo en primer lugar la relación entre el usuario y el médico. El 99.04% de los usuarios sintieron una relación amable cuando fueron atendidos por el medico durante la consulta, siendo favorable para la imagen de la institución y presentando buenos resultados en el servicio.

Satisfacción general Cirugía Ambulatoria diciembre 2007

Gráfica 3. Satisfacción Cirugía Ambulatoria



El análisis de las encuestas aplicadas después que los usuarios hayan terminado el proceso de cirugía ambulatoria, un 96.71% encuentran gran satisfacción en el servicio prestado por la Clínica Chicamocha, encontrando como factor fuerte la actitud tomada por parte del personal del servicio mostrando ante los usuarios un comportamiento agradable, atento, y en especial, percibiendo por el paciente comodidad ante los servicios prestados.

El 51.44% de los usuario entrevistados del servicio de cirugía ambulatoria opinaron que no están asistiendo o no recibieron la valoración preanestesia antes de la cirugía.

Antes de realizar el proceso de cirugía, el paciente debe ser conciente de los parámetros y los riesgos involucrados en el proceso, y por esta razón el usuario debe firmar el consentimiento sobre el procedimiento quirúrgico; los resultados muestran que el 17.24% de los usuarios no firmaron este consentimiento.

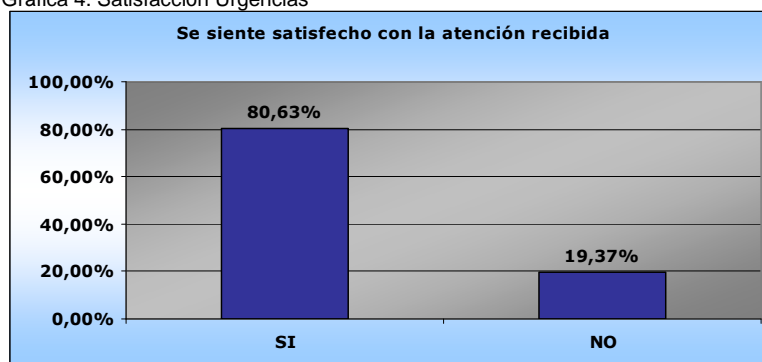
La atención que percibieron los usuarios en general sobre la actitud del servicio prestado es de un 96.1%, indicando que los clientes sienten que la actitud por parte del personal de vigilancia, así como el personal de admisiones es muy amable y muy colaborador en el momento de la atención. También es de resaltar la actitud de servicio prestada por el personal de liquidaciones, el cual de acuerdo a los usuarios, el 88.96% considera que la actitud fue amable, siendo el de mayor valor porcentual en comparación con la actitud del vigilante y la actitud del personal de admisiones.

En lo que respecta al tiempo para la admisión de un usuario que viene para cirugía, se debe considerar la importancia de hacer un seguimiento en cuanto a los trámites se refiere para la admisión oportuna y acceso eficaz del usuario, teniendo en cuenta todos los derechos que posee. Los resultados muestran que el 67.16% de los usuarios perciben una demora entre los 5 y los 10 minutos, mientras que el 32.84% perciben que demoran mas de 10 minutos para realizar su admisión.

Respecto a la información que se le brinda al usuario sobre el tratamiento quirúrgico, los usuarios manifestaron que el 82.18% de ellos reciben la información. Los usuarios manifestaron en una proporción del 61.40% que recibieron información al egreso de la institución, teniendo en cuenta los cuidados en casa, dieta y ejercicio, así como los medicamentos ambulatorios y con un valor de 65.52% la información referente a los controles que se deben tener una vez terminado el proceso de cirugía ambulatoria. El porcentaje de la información en general debe ser mejorado, ya sea con métodos de seguimiento o realizando una mejor gestión al dar la información para el usuario.

Satisfacción general Servicio de Urgencias. Diciembre 2007

Gráfica 4. Satisfacción Urgencias



Los usuarios del servicio de Urgencias manifiestan tener conformidad con el servicio prestado en un 80.63%, mientras que el 19.37% no se siente satisfecho con la atención y los servicios prestados por la Clínica. Esto se debe en especial a la falta de oportunidad e información antes, durante y después del proceso de atención.

Como resultado del análisis de los usuarios encuestados, el 91.95% de usuarios están satisfechos por la actitud del personal con el servicio prestado. Sobresale el departamento de facturación, con un valor de 95.91% de usuarios que han visto agilidad y conformidad con la atención prestada por el personal de urgencias, aunque la atención se ve afectada por el servicio de admisiones, presentando un 88.51% de usuarios que sintieron satisfacción frente a la actitud de servicio (amabilidad, cortesía, agilidad) dada por el personal.

En cuanto a la oportunidad de atención se refiere, se puede observar que un 82.34% de los usuarios percibieron que fueron atendidos por el médico de urgencias antes de 20 minutos. Pero por otro lado un 17.66% de usuarios percibieron que debieron esperar más de 20 minutos para ser atendidos por el médico de urgencias.

Así mismo, el 80.41% de los usuarios evaluados manifestaron que el servicio de admisiones demoró menos de 10 minutos para la atención.

El 81.12% de los usuarios percibe que la oportunidad de la atención de enfermería es menor a 10 minutos y el 80.43% percibe que el laboratorio tiene una oportunidad menor a 20 minutos.

Al igual que las encuestas aplicadas a los otros departamentos como hospitalización o Consulta externa, se presenta la falta de comunicación de la información por parte del personal hacia los pacientes, teniendo en cuenta la cantidad de usuarios que manifiestan el no haber recibido información, con un porcentaje del 53.07% de usuarios expresando la inconformidad en el aspecto. La mayoría de las variables muestra la falta de información en Deberes y Derechos, Orientación y Ubicación, Pagos Moderadores, Diagnóstico de la Enfermedad, Tratamiento de la Enfermedad, Medicamentos Suministrados y cuidados en casa al egreso. Lo anterior hace considerar la importancia de diseñar estrategias más efectivas para informar al usuario como atributo clave de la calidad en el servicio.

El nivel de satisfacción para el año 2006 fue del 97%, en comparación con el del año 2007 del 80.63%, muestra una variación del -16.88%. Analizando este dato, en el 2006 la satisfacción general tuvo este resultado de acuerdo a la pregunta referida en la encuesta sobre la satisfacción, pero si se mira cada una de las variables que afectan el sistema, muestran niveles bajos en cuanto a la oportunidad de servicio por la demora, así como la actitud de atención. Estas variables afectan el proceso en cada una de las áreas, dando una razón para

mejorar el sistema; estas mismas variables se ven con resultados similares en el año 2007, reflejándose también en el resultado global de satisfacción.

Ficha técnica

Fecha: II semestre 2007
Lugar: Clínica Chicamocha S.A.
Población (Usuarios):

Cirugía: 3747
Consulta Externa: 5849
Hospitalización: 3414
Urgencias: 3908

Tamaño de Muestra
Cirugía: 348
Consulta Externa: 302

Hospitalización: 598
Urgencias: 542

Metodología: Muestreo Aleatorio

Niveles de Confianza

Cirugía:	95%	___	E-5%
Consulta Ext	97%	___	E-6%
Hospitalización	96%	___	E-4%
Urgencias	96%	___	E-4%

ANÁLISIS DE QUEJAS CLÍNICA CHICAMOCHA

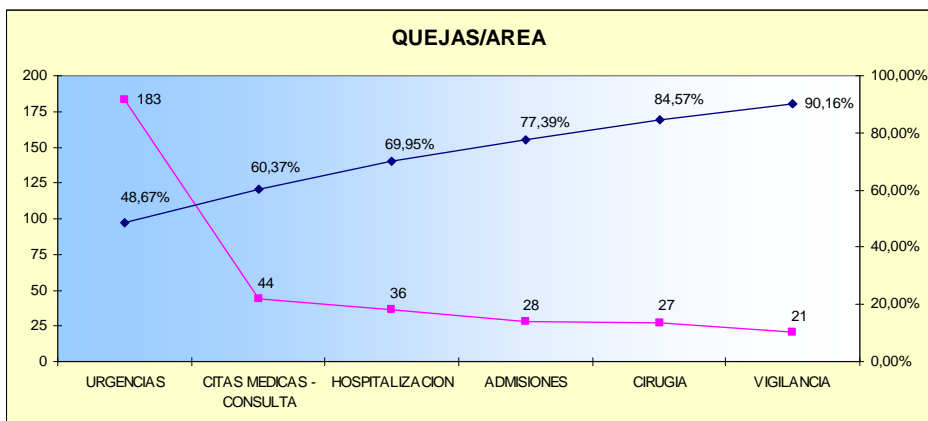
Se reportaron un número de 391 quejas en el año 2007 de un total de 80268 pacientes admisionados que corresponden a 0.5%.

En el año 2006 se reportaron 133 de un total de 59263 pacientes admisionados que corresponden al 0.22%.

En el año 2007 se reportaron 25 quejas promedio mes.

Durante el año 2007 se realizó un estudio utilizando el análisis de Pareto. Las áreas que obtuvieron mayor número de quejas fueron Admisiones, Cirugía, Citas médicas, Clínica General, Hospitalización, Urgencias y Vigilancia, con el siguiente análisis:

Gráfica 5. Quejas/Área



De acuerdo con el gráfico, durante el año 2007 se recibieron un total de 483 quejas, con número de 183 quejas para el área de urgencia, correspondiendo al porcentaje de frecuencia acumulada de 48.67%; para el área de citas médicas o consulta externa se encontraron 44 quejas que corresponden al 60.37% del porcentaje de frecuencias acumulado; le sigue el área de hospitalización con una frecuencia de 36 quejas y un acumulado de 77.39%, el área de admisiones una frecuencia de 28 quejas y acumulado de 84.57%, y finalmente cumpliendo la relación de 90:10 de Pareto, el área de vigilancia con 21 quejas y un porcentaje de frecuencia acumulada de 90.16%.

Para el área de Urgencias las quejas se presentan en mayor proporción debido a la oportunidad de espera para la atención. En promedio se presentaron durante el año 2007 alrededor de 109 quejas por la oportunidad de atención, donde los usuarios manifestaron inconformidad en el tiempo que transcurre entre la

valoración del Triage y la consulta médica. Por otro lado se encuentra una frecuencia de 31 quejas por la actitud del servicio prestado en el área de Urgencias.

En Consulta externa, lugar donde se asignan las citas, se presenta la falta de oportunidad de atención médica como la queja más dada por los usuarios con una frecuencia de 20 quejas, manifestando la demora en las consultas por la falta de puntualidad en las citas. Muchas de las razones por la cual se pudo presentar esta inconformidad son a razón de la impuntualidad de los médicos, llegando tarde a las citas o incumpliendo los horarios. Además, los usuarios se mostraron inconformes por la actitud de servicio del personal de consulta externa que asigna las citas o atiende los pacientes, y en unos casos por el trato de algunos médicos hacia los usuarios del servicio de salud prestado por la clínica, con una frecuencia de 10 quejas, y 5 quejas respectivamente.

En cuanto al servicio prestado por el área de Hospitalización, se presentaron un total de 36 quejas, donde se incluyen la inconformidad por parte de los usuarios en la actitud del servicio prestado por el personal de enfermería, con un número de 17 quejas presentadas. Dentro de estas quejas los usuarios manifestaron la falta de responsabilidad por parte del personal respecto al servicio dado y la colaboración ante las necesidades de los pacientes en cuanto a la hospitalización en la clínica. Además, al igual que las diferentes áreas se presentan inconformidades en la oportunidad de atención con una cantidad de 6 quejas, y en un caso especial se agrega las quejas respectivas a la seguridad del paciente, donde se presentan inconvenientes por procedimientos que son mal aplicados y recurre en efectos secundarios a los pacientes.

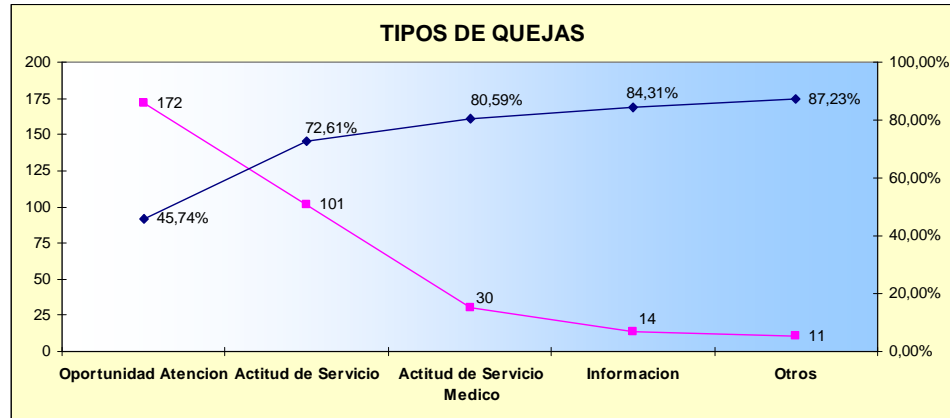
El área de admisiones tuvo un total de 28 quejas para el 2007, donde se incluye principalmente la inconformidad por la atención prestada por el personal de admisiones, mostrando un total de 17 quejas por la atención prestada; dentro de estas quejas los usuarios expresan un trato grotesco y mal humorado en la atención. Así mismo se presentan 5 quejas por la demora en los trámites de admisiones, tanto de facturación como de otros pasos que se incluyen en el proceso general de admisiones.

Tomando el área de cirugía, las quejas se basan específicamente en la oportunidad de atención, con un número de 13 quejas presentadas donde se incluye la manifestación de gran demora en la prestación de los servicios de cirugía, con tiempos de espera de hasta 2 horas. Otras variables en cuanto a quejas se refiere esta la actitud de servicio por parte del personal, enfocado principalmente en los servicios del proceso en si.

Finalmente se tiene en cuenta las quejas presentadas en el área de vigilancia, donde los usuarios manifiestan un total de 21 quejas, dadas principalmente por la mala atención ofrecida por los vigilantes de la institución. Dentro de las quejas se

puede referir el irrespeto y la agresividad presentada al momento del ingreso, así como casos donde el usuario fue sacado de la institución.

Gráfica 6. Tipos de Quejas



Por otro lado, se realizó un análisis de los tipos de quejas presentados, donde se encuentra en su mayor parte un número de 172 quejas dadas por la oportunidad de atención, donde los usuarios se quejan por la demora en los servicios de la clínica como el servicio médico, así como el servicio en general, tales como se especificaron en el análisis anterior. Seguido está la actitud de servicio con un total de 101 quejas que son presentadas por el mal servicio prestado, en especial el trato hacia los pacientes por personal médico o por personal asistencial en general, conformando así las dos variables que se encuentran afectando el servicio prestado por la Clínica Chicamocha, siendo estos puntos clave a fortalecer para poder brindar mayor satisfacción a los clientes y de igual forma disminuir las quejas presentadas.

Finalmente, no siendo menos importante si tiene un total de 61 usuarios manifestando felicidad a la hora de recibir los servicios de la clínica, enfocado principalmente en los resultados finales, así como la atención en general de la clínica, la calidez de atención y la calidad humana prestada por el personal de la institución, así como las nuevas instalaciones que posee la clínica.

En cuanto a sugerencias, se obtuvieron un total de 37, donde los usuarios mostraron principalmente las siguientes:

- El usuario comenta que no está de acuerdo que en una institución de salud donde se supone se viene a recuperar la salud se pasen los canales caracol y RCN.
- El usuario sugiere que se llame a los pacientes por el altavoz.

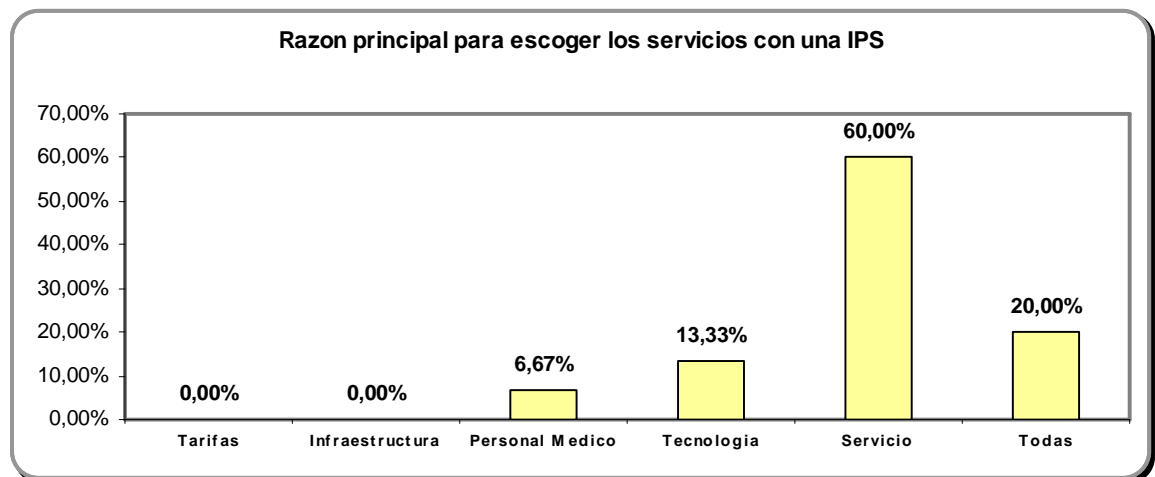
- el usuario sugiere implementar decoración en las habitaciones infantiles para darle mayor ambientación, de igual forma sugiere colocar en el cabecero de la cama el nombre del niño para que lo puedan saludar por su nombre.
- El usuario refiere que las instalaciones muy buenas, muy bonitas pero muy baja la temperatura, debería ser mas calido y tener una persona que relaje a los pacientes.
- La usuaria sugiere por el progreso de la clínica que en el servicio de atención de urgencias sean asignados más médicos.
- Las urgencias deberían atenderlas con fichos numerados.

ANEXO 2

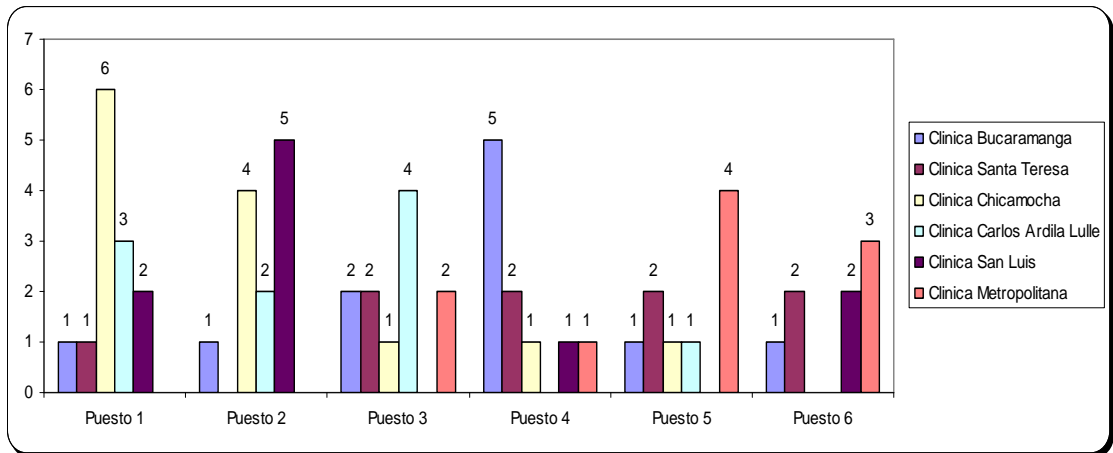
INFORME DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE EXTERNO

INFORME DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

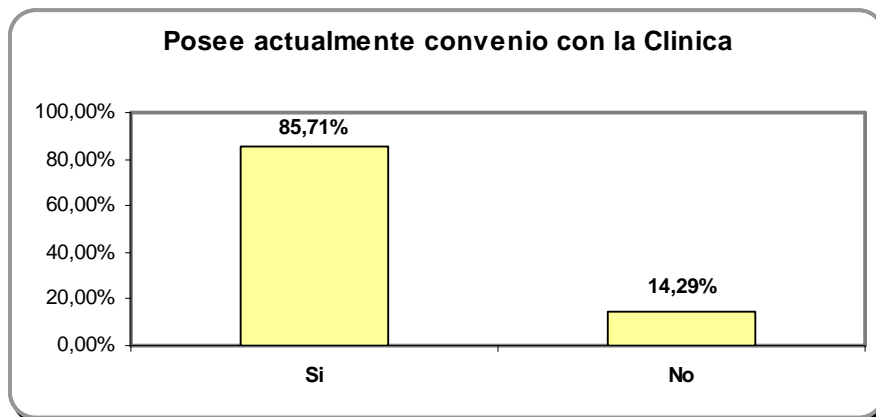
La Clínica Chicamocha S.A. tiene como uno de sus objetivos conocer la satisfacción de sus usuarios, los cuales utilizan los servicios prestados por la institución. Por este motivo se realiza un estudio para identificar la satisfacción de los clientes externos, quienes directa o indirectamente están involucrados con los servicios ofrecidos por la clínica, encontrando dentro del grupo de clientes las diferentes Empresas que poseen convenios o que no lo poseen. Una vez aplicado el instrumento de recolección de información, se obtuvieron los siguientes resultados:



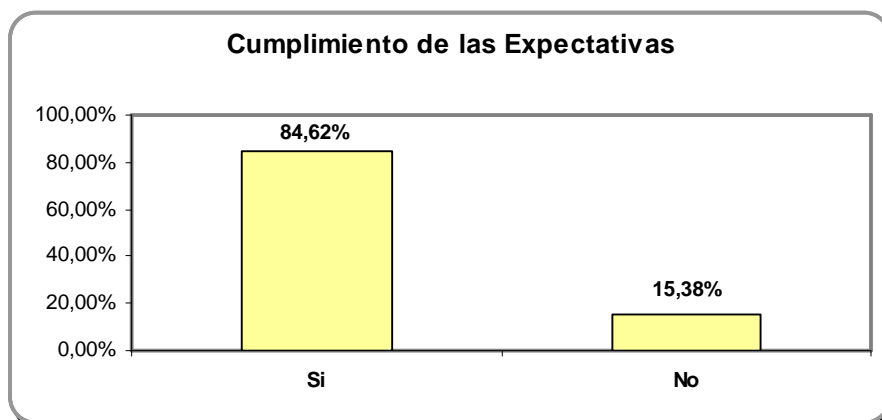
Cada una de las Empresas de Salud como las EPS, ARS y MP posee razones principales dentro de sus necesidades para poder realiza un convenio con una IPS; de acuerdo con los resultados obtenidos, para cada una de las empresas la variable mas importante para contratar los servicios es la calidad en los servicios que pueda ofrecer la institución,. Con un 60% de empresas que concuerdan con este motivo. Por otro lado el 20% de las empresas opinan que cada una de estas variables afecta el convenio a realizar, donde se encuentran las variables de Tarifas, Infraestructura, Personal Medico, Tecnología y Servicio.



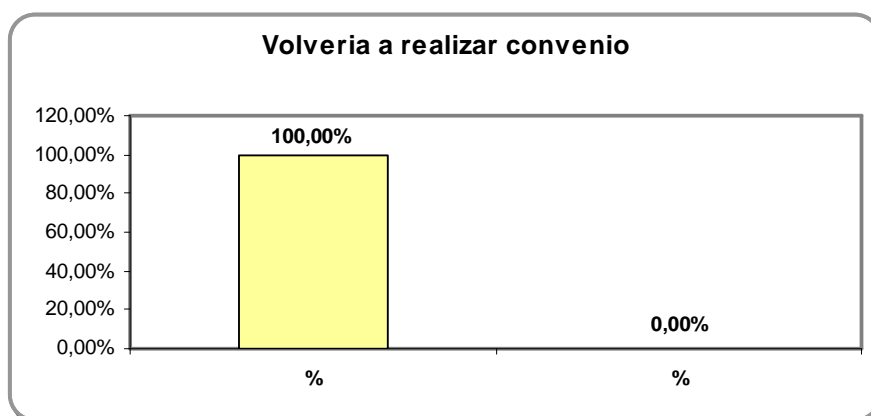
En cuanto al posicionamiento de la Clínica Chicamocha, el 46.15% de los encuestados ubican a la clínica en el primer lugar de preferencia, mientras que el 23.08% ubican a la Clínica Carlos Ardila Lulle como favorito. La gráfica nos muestra el número de empresas que califican en cada posición a cada IPS de las más reconocidas en el área metropolitana de Bucaramanga



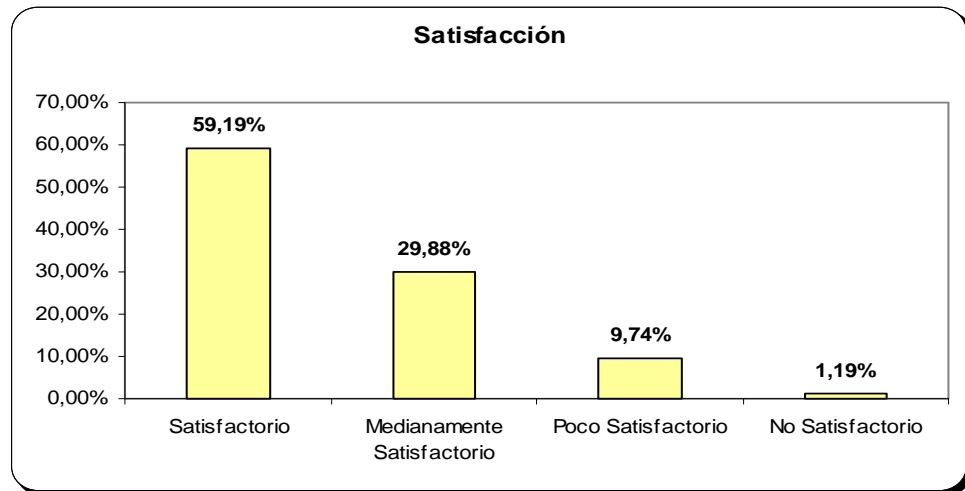
Dentro de las empresas que han sido encuestadas, el 85,71% posee actualmente convenio con la Clínica Chicamocha, tales como VIP Ltda., La previsora, y SAS M.P., mientras se encuentra en 14.29% de las empresas encuestadas que no poseen convenio con la institución, tales como el caso de Seguros del Estado y VIVIR MP por tramites administrativos internos en cuanto a cuentas pendientes por pagar a la clínica.



Otra de las variables que fueron tomadas en cuenta para saber el nivel de satisfacción del cliente externo es el cumplimiento de las expectativas, donde se puede analizar que el 84.62% de la empresas encuestadas considera que los servicios prestados por la clínica han cumplido con las expectativas de los usuarios, en general debido a la calidad del servicio ofrecido y se evidencia un proceso de mejora continua. Por otro lado se encuentran las empresas que no consideran el cumplimiento por parte de la clínica sobre sus expectativas debido a los Inconvenientes en la oportunidad e integralidad de atención, servicio de Urgencias, la oportunidad en definir conducta hospitalaria según resultados exámenes, y la oportunidad de entrega resultados.



Dentro de las empresas encuestadas, el 100% de ellas volverían a realizar convenio con la Clínica Chicamocha por los resultados obtenidos y la satisfacción y calidad sobre el servicio prestado.



Finalmente como variable importante se tiene la satisfacción que presentan los clientes externos, donde el 89.07% expresa su satisfacción entre satisfactorio y medianamente satisfactorio, resaltando como fortaleza de la clínica la ética empresarial que posee con un 92.86% de satisfacción, así como infraestructura con un 85.71% de satisfacción. La oportunidad de servicio presenta un 50.00% de mediana satisfacción, mientras que se presenta con el mayor porcentaje de 23.08% entre los pocos satisfactorios la comunicación de la información.

Ficha Técnica:

Lugar: Área Metropolitana de Bucaramanga
 Fecha: 31-Julio a 27 de Agosto
 Población Empresas de Salud
 Tipo de Investigación: Desarrollo exploratorio

ANEXO 3

REGISTRO CONTROL DE DOCUMENTOS



NOMBRE UNIDAD FUNCIONAL:

NOMBRE DEL PROCESO:

CONTROL DE INFECCIONES

Control de Infecciones

Nombre:		Área:	
MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS DEL SISTEMA DE CALIDAD		GESTIÓN DE LA CALIDAD	
Código:	Cambios:		
R-0104-03-P01	0		

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	AUTORIZACIÓN DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECÍFICA	CAMBIO No. /VERSIÓN					TIEMPO DE VIGENCIA	DISPOSICIÓN FINAL
				0	1	2	3	4		

PROCEDIMIENTOS

INSTRUCTIVOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	AUTORIZACIÓN DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECÍFICA	CAMBIO No. /VERSIÓN	0	1	2	3	4	TIEMPO DE VIGENCIA	DISPOSICIÓN FINAL
LAVADO DE MANOS	I-0312-04	Director Médico, Médico Coord. Operativo, Médico epidemiólogo, Coordinador de enfermería, Enf. Vigilancia epidemiológica, Enf. Comité de infección	Archivador Comité Infecciones	0/25/02/03	11/01/2008					Hasta nueva actualización	Destruir
BROTOS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	I-0312-06		Archivador Comité Infecciones	0/15/10/03	1/24/11/04	18/01/2008				Hasta nueva actualización	Destruir
MANUAL DE BIOSEGURIDAD	I-0312-07		Archivador Comité Infecciones	0/15/10/03	1/18/02/04	15/12/2005	05/10/2006	24/10/2007		Hasta nueva actualización	Destruir
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	I-0312-08		Archivador Comité Infecciones	10/01/2006						Hasta nueva actualización	Destruir
EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES	I-0312-09		Archivador Comité Infecciones	20/12/2005	1/12/02/08					Hasta nueva actualización	Destruir
GUÍA PARA AISLAMIENTO DE PACIENTES	I-0312-10		Archivador Comité Infecciones	18/01/2006	0/19/01/07	0/10/01/08				Hasta nueva actualización	Destruir
GUÍA PARA BROTOS SAMR	I-0312-11		Archivador Comité Infecciones	18/01/2006						Hasta nueva actualización	Destruir
PROTOCOLO CATÉTER URINARIO	I-0312-12		Archivador Comité Infecciones	0/14/11/03	1/13/12/06	2/31/03/08				Hasta nueva actualización	Destruir
GUÍA CATETE VENOSO CENTRAL	I-0312-13		Archivador Comité Infecciones	0/07/03/02	1/13/12/06	2/02/04/08				Hasta nueva actualización	Destruir

REGISTROS

BASE DE DATOS NOSOMOMIALES CLÍNICA CHICAMOCHA	R-0312-01	Director Médico, Médico Coord. Operativo, Médico epidemiólogo, Coordinador de	Software Epinfo02	0/12/06/03						1 año	Destruir
FICHAS TÉCNICAS PRODUCTOS	R-0312-06		Archivador Comité Infecciones	0/19/08/03						1 año	Destruir

INFORMES COMITÉ DE INFECCIÓN	R-0312-07	enfermería, Enf. Vigilancia epidemiológica, Enf. Comité de infección	Archivador Comité Infecciones	0/19/08/03					1 año	Destruir
CIRCULARES INFORMATIVAS	R-0312-08		Archivador Comité Infecciones	0/19/08/03					1 año	Destruir
ESTADÍSTICAS DE CULTIVOS POSITIVOS MENSUALES	R-0312-09		Archivador Comité Infecciones	0/19/08/03					1 año	Destruir
GRÁFICOS ESTADÍSTICAS COMITÉ DE INFECCIONES	R-0312-10		Archivador Comité Infecciones	0/19/08/03					1 año	Destruir
MONITOREO INFECCIÓN PACIENTE AMBULATORIO	R-0312-11		Archivador Comité Infecciones	0/13/10/04					1 año	Destruir
CONTROL DE EDUCACIÓN A PACIENTES	R-0312-13		Archivador Comité Infecciones	0/12/01/06					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD	R-0312-15		Archivador Comité Infecciones	0/24/10/07					1 año	Destruir
LISTO DE CHEQUEO NORMAS DE BIOSEGURIDAD LAVANDERÍA	R-0312-16		Archivador Comité Infecciones	0/24/10/07					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD SERVICIOS GENERALES	R-0312-17		Archivador Comité Infecciones	0/24/10/07					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD MANTENIMIENTO	R-0312-18		Archivador Comité Infecciones	0/24/10/07					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD CENTRAL	R-0312-19		Archivador Comité Infecciones	0/15/02/06					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO LAVADO DE MANOS	R-0312-20		Archivador Comité Infecciones	0/11/01/07	0/11/01/08				1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO AISLAMIENTO DE PACIENTES	R-0312-21		Archivador Comité Infecciones	0/15/02/08					1 año	Destruir
LISTA DE CHEQUEO CATÉTER URETRAL	R-0312-22		Archivador Comité Infecciones	0/31/03/08					1 año	Destruir
MONITOREO INFECCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO	R-0312-23		Archivador Comité Infecciones	0/02/04/08				1 año	Destruir	
LISTA DE CHEQUEO CATÉTER VENOSO CENTRAL	R-0312-24		Archivador Comité Infecciones	0/31/03/07	1/04/04/08			1 año	Destruir	

Fuente: Base de datos del Sistema de Gestión Clínica Chicamocha

ANEXO 4

FOLLETO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL SGC

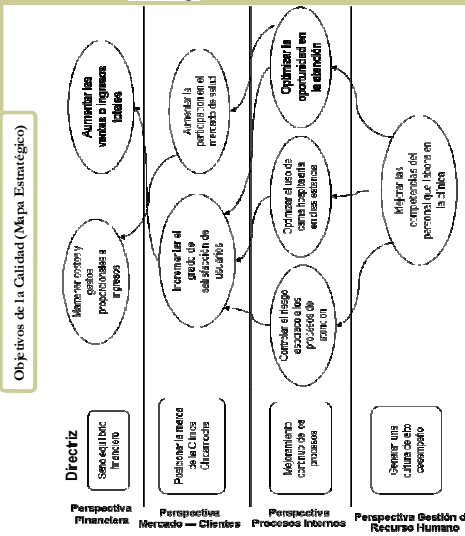
Atención Segura como Atributo de la calidad en SALUD

Nuestra política de calidad

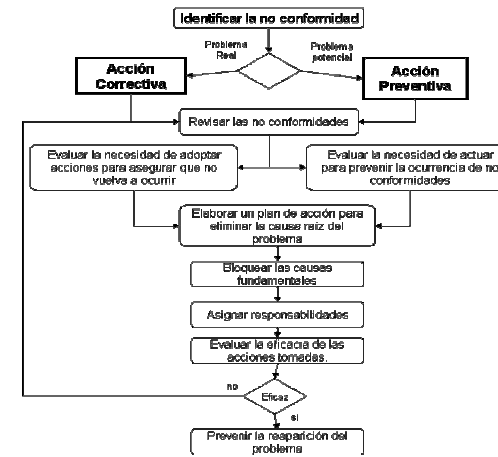
"La CLINICA CHICAMOCHA S.A. como institución prestadora de Servicios de Salud, esta comprometida a mantener y mejorar la satisfacción de los usuarios y sus familias, mediante la prestación de servicios con **CALIDAD** para que se nos reconozca y elija.

Para lograrlo, todos quienes somos parte de la CLINICA CHICAMOCHA S.A. debemos mejorar continuamente los procesos y servicios para exceder las expectativas del usuario y generar una **COMPLETA**

SATISFACCIÓN"



Acciones Correctivas y Preventivas



Planes de Acción

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégico de la Empresa, ya que, por medio de ellos, es que se busca "materializar" los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto.

Como sistema de autocontrol cada coordinador de área tomará las acciones correctivas y preventivas pertinentes para el mejoramiento del proceso

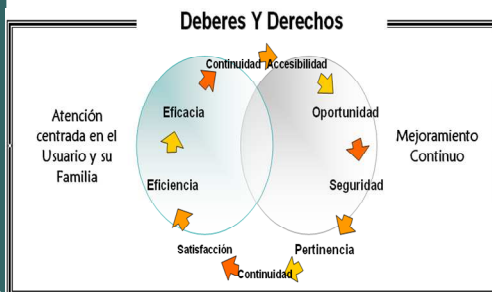
Cada coordinador de área o de proceso elabora y ejecuta un PLAN OPERATIVO de acción para el periodo correspondiente (semestral o anual).



Al final de cada periodo, cada coordinador de área/proceso elabora el respectivo informe de gestión como base para la revisión del sistema de gestión por parte de la Gerencia

El coordinador del área/proceso ejecuta las acciones del plan de acción en las fechas establecidas

La calidad en salud de nuestra institución esta determinada por los siguientes **PRINCIPIOS**:



La Clínica Chicamocha ha establecido el proceso de acciones correctivas y preventivas para eliminar los problemas reales y potenciales que se presentan durante el proceso de atención. Este procedimiento esta bajo la responsabilidad del coordinador del área, donde establece la importancia de dejar evidencia del plan de mejoramiento en el formato institucional R-0104-08-PO3 REGISTRO DE MEJORA CONTINUA.

"La calidad de la atención en salud se expresa con el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente. Hay que darle calidad en la atención de salud al paciente previniendo eventos adversos"



Donabedian

Auditorías Integrales

Su propósito es establecer e informar, si las observaciones y recomendaciones contenidas en los PLANES DE MEJORAMIENTO han sido tenidas en cuenta e implementadas en su oportunidad y el efecto de la misma en una mejor atención a los usuario.



La Clínica Chicamocha S.A, orienta su proceso de auditoría interna de acuerdo a los lineamientos establecidos en la norma ISO 19011 "Directrices para las Auditorías de los Sistemas de Gestión" y el PAMEC "Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud". Se programan dos auditorías en el año; tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y el área a auditar.

La auditoría integral definida por la organización comprende la autoevaluación por cada área, auditorías internas con personal interno, auditorías externas por las EPS, auditorías de certificación por el ICONTEC y auditoría médica.

El Proceso de Mejoramiento

El Cliente es el Rey. Según Harrington, "En el mercado de los compradores de hoy el cliente es el rey", es decir, que los clientes son las personas más importantes en el negocio y por lo tanto los empleados deben trabajar en función de satisfacer las necesidades y deseos de éstos. Son parte fundamental del negocio, es decir, es la razón por la cual éste existe, por lo tanto merecen el mejor trato y toda la atención necesaria

Ventajas del Mejoramiento Continuo



- Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
- Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles
- Si existe reducción de fallas o no conformidades, trae como consecuencia una reducción en los costos de la no calidad.
- Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
- Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
- Permite eliminar procesos repetitivos.

Calidad: "Un compromiso con el direccionamiento estratégico"

La Clínica Chicamocha S.A, tiene como estrategia permanente la gestión de la calidad, para garantizar la satisfacción del usuario. Para generar valor agregado, nuestro compromiso se basa en trabajar en equipo sobre los siguientes lineamientos estratégicos:

MISIÓN

Somos una institución de carácter privado que presta servicios de salud, en todos los niveles de complejidad, con altos estándares de calidad e innovación, soportados en un excelente equipo humano y apoyados en la mejor tecnología para preservar la salud de nuestros usuarios, brindando una atención idónea, ética, profesional y humanizada.

Propendemos por la rentabilidad a nuestros accionistas, desarrollo integral de nuestros colaboradores y fortalecer relaciones de confianza con nuestros proveedores.

VISIÓN

Ser reconocida a nivel nacional e internacional como una institución sólida en permanente búsqueda de soluciones médicas integrales para sus usuarios.

Generar desarrollo científico y tecnológico basado en las necesidades de la comunidad cooperando en el desarrollo de su entorno.

Será una Institución equilibrada económicamente con una estructura funcional flexible que permita su permanente desarrollo sostenible y corporativo soportado en una planeación continua y proactiva.

PRINCIPIOS


Honestidad.
Respebo.
Lealtad

VALORES

Humanización.
Trabajo en Equipo.
Tolerancia.
Calidad.

ANEXO 5

REGISTRO DE MEJORA CONTINUA ATENCIÓN AL USUARIO

 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre:	Área:	
	REGISTRO DE MEJORA CONTINUA -RMC		GESTION DE LA CALIDAD
			Código: R.0104-05 PC3 Cambios: 2

Fecha: Junio 2008	Unidad Funcional: ATENCIÓN AL CLIENTE	Proceso:	Acción correctiva
			Acción Preventiva X

P IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y CUANTIFICACIÓN DEL PROBLEMA (oportunidad de mejoramiento): DEMORA EN ATENCIÓN DE USUARIOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Para el periodo de 01/01/2008 a 30/06/2008 se recibieron 290 quejas de las cuales 20(7%) corresponden a inoportunidad en la atención prestada, demora o cancelación de la consulta Externa programada.	Meta (% , S. N°, etc.): Lograr mayor oportunidad en la atención de CE. 95%
---	--

ANÁLISIS DE CAUSAS

Causas: P 1. Demora en inicio de la consulta Externa del Especialista 2. Cancelación de la Consulta Externa Programada.
--

ACCIÓN DE MEJORAMIENTO


	Actividad	Fecha Cumplimiento	Responsable
H	Contratación directa de la Clínica de especialista en las siguientes áreas: Neurología, Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Plástica, Otorinolaringología. Se esta negociando Pediatría y Gastroenterología.	Junio/08	Coordinación de Recursos Humanos, Dirección Administrativa y Financiera.
H	Tramite de Quejas manifiestas con el Coordinador de Consulta Externa, directamente.	Junio/08	Coordinación de Atención al Cliente, Coordinador Consulta Externa
H	Reuniones periódicas (1 Vez mes) de especialidades en pro de mejora de inconformidades	Junio/08	Gerencia General, Coordinador de Consulta Externa.
H	Se decidió la plataforma a utilizar y se empezara el trabajo de montaje de la herramienta CNT.	Septiembre/2008	Coordinación de Sistemas, Personal del Servicio de Consulta Externa, Staff Medico por Especialidad.
H	Se pone en producción la plataforma y se monta toda la documentación Utilizada en el departamento de Sistemas	Septiembre/2008	Coordinación de Sistemas, Personal del Servicio de Consulta Externa, Staff Medico por Especialidad.
H	Se realizan las capacitaciones respectivas al personal del departamento.	Desde Junio/08	Coordinación de Sistemas, Personal del Servicio de Consulta Externa, Staff Medico por Especialidad.
H	Llamado de atención a Especialista causantes de insatisfacción por mora.	Julio/2008	Gerencia General, Dirección Administrativa y financiera, Coordinador Medico de Consulta Externa

SEGUIMIENTO Y CIERRE

Aprobado por: Jefe Planeación y Calidad	Versión (dd/mm/aa): 29/07/05	Documento Controlado	Hoja: 1/1
---	------------------------------	----------------------	-----------

ANEXO 6

PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA

 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre		Año:	
	PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS		PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
			Código:	Cambios:
		R-0104-09-P06	1	

FECHA PROGRAMACIÓN			CRONOGRAMA					
			DESDE			HASTA		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:
14	02	2008	20	10	2008	22	10	2008

OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> Verificar la conformidad de los procesos de la institución de acuerdo a los requisitos de con los requisitos la norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 Evaluar la eficacia del sistema de gestión de la Calidad de la Clínica Chicamocha, de acuerdo con la norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 Identificar mejoras potenciales del Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE
Este programa aplica a los procesos del Sistema de Gestión que a continuación se referencia.

PROCESOS					
Quirúrgica	UCI Pediátrica	Hospitalización General	Farmacia	Terapia Respiratoria Terapia Física	Facturación
Radiología e Imagenología	Urgencias	Relaciones Humanas	Central de Esterilización	Archivo Historias Clínicas	
UCI Adultos	Infecciones	Mantenimiento	Nutrición	Compras - Almacén	
Atención al Usuario	Gerencia	Planeación	Servicios Generales	Consulta Externa	

CRITERIOS
Norma ISO 9001: 2000, Manual de la Calidad, Política de Calidad; Objetivos del Sistema; Documentación de Control Operacional; Requisitos Legales y otros requisitos.

METODOLOGIA
De acuerdo al procedimiento P-0104-06 AUDITORIA INTERNA AL SISTEMA DE GESTIÓN

Aprobado por: Jefe de Planeación y Desarrollo	Versión (edición): 06 / 03 / 06	Documento Controlado	Hoja: 1 / 3
---	---------------------------------	----------------------	-------------

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.



**Clínica
Chicamocha S.A.**

Nombre

PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS

Área:

PLANEACIÓN Y DESARROLLO

Código

Cambios

R-0104-09-P06

1

PROGRAMACIÓN			
PROCESO	FECHA	AUDITOR	AUDITADO
UCI Pediátrica	Octubre 20 de 2008- 8am	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Jaime Forero Enf. Mayut Delgado
UCI Adultos	Octubre 20 de 2008- 9am	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Reynaldo Plata Enf. Claudia Torres Auxiliares de enfermería
Terapia Fisica y T. Respiratoria	Octubre 20 de 2008-10am	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Myriam Ortiz Miguel Angel
Urgencias	Octubre 20 de 2008-11am	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Enf. Sandra Afanador Auxiliares De Enfermería
Cirurgia	Octubre 20 de 2008-2pm	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Dr. David Mota Enf. Lida Bueno Auxiliares de Cirugía
Central de Esterilización	Octubre 20 de 2008-3pm	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Eileen Cecilia Pardo Auxiliares de Central
Hospitalización General	Octubre 20 de 2008-4pm	Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Maria Fernanda Enf. Maria José Duque
Radiología e Imagenología	Octubre 20 de 2008-5pm	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Dr. José Joaquín González Técnico de Radiología
Infecciones	Octubre 21 de 2008-8am	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Enf. Diana Mantilla
Consulta Externa	Octubre 21 de 2008-9am	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia	<ul style="list-style-type: none"> Enf. Diana Portilla Auxiliares de Citas Médicas
Nutrición	Octubre 21 de 2008-10am	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Cristina Huseche Gloria Maldonado
Suministros	Octubre 21 de 2008-11am	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Ing. Fanny Astrid Pérez Auxiliar de Inventarios
Farmacia	Octubre 21 de 2008-2 p.m.	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Blanca Bastos Auxiliares de Farmacia
Mantenimiento	Octubre 21 de 2008-3pm	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Danny Sharif Cáceres Auxiliares de Mantenimiento
Servicios Generales	Octubre 21 de 2008- 4pm	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> Luz Dary Pinzón Auxiliares de Serv. Generales


Aprobado por: Jefe de Planeación y Desarrollo

Versión (del/la) 08 / 03 / 06

Documento Controlado

Hoja 2 / 3

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

 Clínica Chicamocha S.A.	Nombre: PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS		Área	
			PLANEACIÓN Y DESARROLLO	
			Código: R-0104-09-P06	Cambios: 1

PROGRAMACIÓN			
PROCESO	FECHA	AUDITOR	AUDITADO
Relaciones Humanas	Octubre 21 de 2008-5pm	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Lesly Milena Pardo • Auxiliares de R. Humanas
Atención Al Cliente	Octubre 22 de 2008-8 a.m.	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Claudia Marcela Moreno • Aux. de Atención al Cliente
Archivo Historias Clínicas	Octubre 22 de 2008-9 a.m.	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Diana Portilla • Aux. Archivo
Facturación	Octubre 22 de 2008- 10 a.m.	Ing. Horacio Maldonado Dra. Amparo Valencia Enf. Diana Lucia Portilla	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. José Ramón Vargas.
Planeación	Octubre 22 de 2008- 2 p.m.	Enfermera Claudia Torres	<ul style="list-style-type: none"> • Ing. Horacio Maldonado Pineda
Gerencia	Octubre 22 de 2008- 4 p.m.	Enfermera Claudia Torres	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Casar Comejo • Dr. Oswaldo Mateus.

Dr. OSWALDO MATEUS MOSQUERA – Gerente General
 Cliente de la Auditoría

Aprobado por: Jefe de Planeación y Desarrollo	Versión (edición): 06 / 03 / 06	Documento Controlado	Hoja: 3 / 3
--	--	----------------------	--------------------

La información contenida en el presente procedimiento es propiedad de Clínica Chicamocha S.A. Es SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.