

MEJORAMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN
LA NORMA ISO 9001:2008 EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR POR MEDIO
DE LA REVISIÓN DE SUS PROCESOS



CRISTIAN CAMILO BAYONA CARRASCAL

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍAS
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2012

MEJORAMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN
LA NORMA ISO 9001:2008 EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR POR MEDIO
DE LA REVISIÓN DE SUS PROCESOS



CRISTIAN CAMILO BAYONA CARRASCAL

Proyecto de grado para obtener el título de
INGENIERO INDUSTRIAL

DIRECTORA:
Ing. AMPARO TELLEZ DE MORENO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍAS
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2012

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bucaramanga,

DEDICATORIA

La práctica empresarial representa la última fase de un proyecto de vida que comencé hace cinco años, proyecto en el cual el principal objetivo es ser profesional en Ingeniería Industrial. Para el logro de esta meta siempre conté con la guía de Dios y el apoyo de mis padres, por lo cual les quiere dedicar este trabajo a Dios por sus múltiples bendiciones y a mis padres por el amor y apoyo que siempre he recibido de ellos.

Cristian Camilo

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis agradecimientos a todas las personas que directa e indirectamente me brindaron su apoyo para el desarrollo de mi práctica empresarial. Al personal de la Clínica ISNOR por abrir las puertas de tan admirable empresa, muchas gracias por guiarme en un área tan apasionante como son los sistemas de gestión en las empresas.

También quiere dar mis sinceros agradecimientos a todo el personal de la Universidad Pontificia Bolivariana, gracias porque durante toda mi etapa de formación profesional, me enseñaron la importancia de ser una persona íntegra. A los docentes de la Facultad de Ingeniería Industrial, por haber sido los tutores de cada una de las áreas de esta maravillosa profesión. Mis agradecimientos especiales a la Ing. Amparo Téllez, quien fue mi directora de proyecto de grado, gracias por todo el tiempo dedicado y por toda la asesoría para lograr que esta práctica empresarial fuera un proceso de afianzamiento de todos los conocimientos adquiridos durante mi formación.

Finalmente quiero dar mis agradecimientos a todos mis compañeros de carrera, por haber compartido tantos momentos especiales en nuestro proceso de formación profesional, espero que cuando nos volvamos a encontrar en un tiempo, todos los sueños que tuvimos como estudiantes de Ingeniería Industrial sean una realidad.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	14
1. INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE S.A.	15
1.1 GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	15
1.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	15
1.3 ORGANIGRAMA.....	16
1.4 MISIÓN	17
1.5 VISIÓN.....	17
1.6 PORTAFOLIO DE SERVICIO	17
1.6.1 Actividades terapéuticas	18
1.6.2 Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI)	19
1.6.3 Profesionales de la salud	19
1.7 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	19
2. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	21
3. ANTECEDENTES	22
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GENERAL	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6. MARCO TEÓRICO	26
6.1 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN.....	26
6.2 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA ISO 9001:2008	27
6.3 PROCESO DE DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS REQUISITOS DE LA NTC-ISO 9001:2008.....	28
6.3.1 Pasos para implementar el sistema de gestión con base en enfoque basado en procesos	28
7. DIAGNÓSTICO INICIAL	31
7.1 METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO INICIAL	31
7.1.1 Diseño de lista de chequeo.....	31
7.2 RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO INICIAL	33

8.	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL.....	42
8.1	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD.....	44
8.1.1	Alcance y exclusiones del sistema de gestión de la calidad	45
8.1.2	Política de calidad.....	46
8.1.3	Objetivos de calidad	46
8.1.4	Mapa de procesos	47
8.1.5	Caracterización de los procesos.....	50
8.2	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	51
8.3	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS.....	52
9.	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.....	53
9.1	METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	53
9.2	DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES	53
9.3	DISEÑO DE PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.....	55
10.	PROCESO DE SOPORTE A REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	58
10.1	METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	58
10.2	ASPECTOS A EVALUAR EN REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	60
10.3	RESULTADOS DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	60
11.	DIAGNÓSTICO FINAL.....	63
11.1	METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO FINAL	63
11.2	RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO FINAL	63
11.3	PORCENTAJE DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN	66
12.	CONCLUSIONES	71
13.	RECOMENDACIONES	72
14.	BIBLIOGRAFÍA	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Proyectos desarrollados en empresas del sector salud sobre sistemas de gestión	22
Tabla 2. Valores de la lista de chequeo	32
Tabla 3. Matriz de valoración de cumplimiento del numeral de la ISO 9001:2008 en la Clínica ISNOR.....	32
Tabla 4. Listado de documentos y registros actuales	43
Tabla 5. Diagnóstico de necesidades generales de capacitación.....	54
Tabla 6. Diagnóstico de necesidades de capacitación específicas.....	55
Tabla 7. Programa de capacitación general	56
Tabla 8. Programa de capacitación específica por cargos	57

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Infraestructura de la Clínica Psiquiátrica ISNOR	15
Gráfica 2. Organigrama de Clínica Psiquiátrica ISNOR	16
Gráfica 3. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos....	28
Gráfica 4. Metodología para el desarrollo del diagnostico inicial	31
Gráfica 5. Encabezado de lista de chequeo para el diagnostico inicial.....	32
Gráfica 6. Cumplimiento inicial del sistema de gestión de la calidad	33
Gráfica 7. Cumplimiento inicial del numeral cuatro: Generalidades del sistema de gestión de la calidad	34
Gráfica 8. Cumplimiento inicial del numeral 4.2 Requisitos de la documentación .	34
Gráfica 9. Cumplimiento inicial del numeral quinto: Revisión por la dirección	35
Gráfica 10. Cumplimiento inicial del numeral 5.4 Planificación	36
Gráfica 11. Cumplimiento inicial del numeral 5.6 Revisión por la dirección	36
Gráfica 12. Cumplimiento inicial del numeral sexto: Gestión de los recursos	37
Gráfica 13. Cumplimiento inicial del numeral 6.2 Recursos Humanos.....	37
Gráfica 14. Cumplimiento inicial del numeral séptimo: Realización del producto ..	38
Gráfica 15. Cumplimiento inicial del numeral 7.2 Procesos relacionados con el cliente	39
Gráfica 16. Cumplimiento inicial del numeral 7.4 Compras	39
Gráfica 17. Cumplimiento inicial del numeral 7.5 Producción y prestación del servicio.....	40
Gráfica 18. Cumplimiento inicial del numeral octavo: Medición, análisis y mejora.	40
Gráfica 19. Cumplimiento inicial del numeral 8.2 Seguimiento y medición	41
Gráfica 20. Cumplimiento inicial del numeral 8.5 Mejora	41
Gráfica 21. Niveles de tipo de documentos y registros	42
Gráfica 22. Metodología seguida para la revisión y actualización de los documentos y registros.....	42
Gráfica 23. Mapa de procesos anterior	47
Gráfica 24. Mapa de procesos del sistema de gestión de la calidad de la clínica Psiquiátrica ISNOR actualizado	49
Gráfica 25. Metodología para desarrollo de programa de capacitación.....	53
Gráfica 26. Metodología para la revisión de historias clínicas	59
Gráfica 27. Porcentaje que representa cada registro en el total de la muestra	59
Gráfica 28. Resultado de auditoría a las historias clínicas por cada tipo registro .	61
Gráfica 29. Resultado total en auditoria a historias clínicas.....	61
Gráfica 30. Clasificación de las no conformidades identificadas	62
Gráfica 31. Cumplimiento final del sistema de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9001:2008.....	63
Gráfica 32. Cumplimiento final del numeral cuatro: Generalidades del sistema de gestión de la calidad	64
Gráfica 33. Cumplimiento final del numeral quinto: Revisión por la dirección.....	64
Gráfica 34. Cumplimiento final del numeral sexto: Gestión de los recursos	65

Gráfica 35. Cumplimiento final del numeral séptimo: Realización del producto.....	65
Gráfica 36. Cumplimiento final del numeral octavo: Medición, análisis y mejora...	66
Gráfica 37. Porcentaje de mejoramiento del sistema de gestión de la calidad	67
Gráfica 38. Porcentaje de mejoramiento del numeral cuarto: Generalidades del sistema de gestión de calidad.....	67
Gráfica 39. Porcentaje de mejoramiento del numeral quinto: Revisión por la dirección	68
Gráfica 40. Porcentaje de mejoramiento del numeral sexto: Gestión de los recursos	68
Gráfica 41. Porcentaje de mejoramiento del numeral séptimo: Realización del producto	69
Gráfica 42. Porcentaje de mejoramiento del numeral octavo: Medición, análisis y mejora.....	69

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. DIAGNÓSTICO INICIAL.....	76
ANEXO 2. FORMATO PARA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	87
ANEXO 3. FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	88
ANEXO 4. FORMATO PROFORMA PARA LOS REGISTROS.....	89
ANEXO 5. INFORME DE AUDITORIA A REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS .	90
ANEXO 6. DIAGNOSTICO FINAL	94

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: MEJORAMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN LA NORMA ISO 9001:2008 EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ISNOR POR MEDIO DE LA REVISIÓN DE SUS PROCESOS

AUTOR(ES): CRISTIAN CAMILO BAYONA CARRASCAL

FACULTAD: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR: AMPARO TELLEZ DE MORENO

RESUMEN

El presente proyecto describe un proceso de mejoramiento al sistema de gestión de la calidad con base en la norma ISO 9001:2008 en la Clínica Psiquiátrica ISNOR por medio de la revisión de sus procesos. El objetivo principal del proyecto es mejorar el desempeño del sistema de gestión de calidad, esto debido a que en el año 2008, se había realizado el proceso de diseño e implementación, pero debido a cambios organizacionales y a la necesidad de mejoramiento continuo de todo sistema de gestión, se requiere de su revisión para de esta manera aumentar su desempeño.

El primer paso para el desarrollo del proyecto consistió en el desarrollo de un diagnóstico, en el cual se evaluó el cumplimiento de la empresa de cada uno de los requisitos que se establecen en la Norma ISO 9001:2008. Por medio de este diagnóstico se estableció la línea base del desempeño del sistema de gestión y además se determinó cuáles son los requisitos que menor cumplimiento registran y sobre los cuales se debe realizar mayor gestión.

El segundo objetivo del proyecto, consistió en la revisión documental del sistema de gestión de la calidad; para el cumplimiento de este objetivo se revisó el manual de calidad y además se realizó una actualización de documentos y registros en cada una de las áreas de la empresa. El tercer objetivo consistió en un proceso de capacitación al personal en el cual se formó al personal sobre la importancia de un sistema de gestión de la calidad, sus componentes y cuál es el rol de cada uno para su adecuado funcionamiento y mejora.

El cuarto objetivo consistió en el desarrollo de una auditoría interna a la farmacia de la Clínica ISNOR, debido a las oportunidades de mejora establecidas en el diagnóstico inicial. Como última fase del proyecto se realizó un diagnóstico final en el cual se evaluó el porcentaje de mejoramiento de cada uno de los requisitos por las acciones desarrolladas en el proyecto.

PALABRAS CLAVES: Sistema de gestión, calidad, clínica ISNOR, gestión por procesos, mejoramiento.

ABSTRACT

TITLE: IMPROVING THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT BASED ON ISO 9001:2008, ISNOR PSYCHIATRIC CLINIC IN THROUGH YOUR REVIEW PROCESS

AUTHOR(S): CRISTIAN CAMILO BAYONA CARRASCAL

FACULTY: Industrial Engineering Faculty

DIRECTOR: AMPARO TELLEZ DE MORENO

This project describes a process of improving the system of quality management based on ISO 9001:2008 in the Psychiatric Clinic Isnor through the review of its processes. The project's main objective is to improve the performance of quality management system, this because in 2008, had completed the design and implementation process, but due to organizational changes and the need for continuous improvement of all system management review is required to thereby increase performance.

The first step in the development of the project involved the development of a diagnosis, which assessed the performance of the company of each of the requirements set out in ISO 9001:2008. Through this diagnosis was established baseline performance management system and also determined which are the minor requirements and compliance record on which to make more management

The second goal the project, consisted of document review system of quality management for the fulfillment of this objective was revised quality manual and also made an update of documents and records in each of the areas the company. The third objective was a training process in which staff was formed to staff on the importance of a system of quality management, its components and what is the role of each to its proper functioning and improvement.

The fourth objective was to develop an internal audit to Isnor Clinical pharmacy, because the opportunities for improvement set out in the initial diagnosis. As a final phase the project final diagnosis was performed in which we evaluated the percentage of improvement in each of the requirements for actions in the project.

KEYWORDS: Management system, quality, clinical Isnor, process management, improvement.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la competencia entre las empresas ha generado que cada una de las organizaciones evalúe sobre qué aspectos debe diferenciarse, para de esta manera ofrecer a sus clientes productos y servicios no solo generadores de valor sino también con características diferenciadoras del mercado, para de esta manera contar con un cliente satisfecho y que identifica a la empresa como un proveedor que cumple con todos sus requisitos y además que su propuesta de valor tienen características únicas en el mercado.

El aumento de las organizaciones de servicios, entre las cuales se encuentran las empresas del sector salud, ha llevado a un cambio de paradigma del modelo gerencial para las industrias de bienes a las de servicios. Las empresas de servicios exigen una mayor gestión de la calidad, esto debido a que el cliente permanece un mayor tiempo en el sistema de atención, y además cualquier no conformidad que se presente el cliente la podrá identificar, en cambio en las industrias de bienes cuando un producto no cumple con las características de calidad se pueden realizar reprocesos o cambio del producto, para que no llegue al consumidor final. Como respuesta a los grandes retos que deben afrontar las empresas de servicios, los sistemas de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9001:2008 han tenido gran acogida, porque su enfoque de gestión de procesos, mejoramiento continuo, cumplimiento de los requisitos del cliente y gestión documental, lleva a un aumento del desempeño organizacional.

El sector de la salud en Colombia en los últimos años ha presentado un crecimiento muy significativo debido a la mayor tasa de cobertura, crecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades atendidas por el sistema. Es por esto que la implementación de un sistema de gestión en las empresa del sector salud, no solo lleva a un mejor funcionamiento organizacional, sino que impacta en la calidad de vida de los usuarios, esto debido a que se logra ofrecer una atención integral al paciente, en el cual se aumenta la efectividad del tratamiento médico.

El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A.- ISNOR S.A., es un instituto que presta servicios de Salud, en el campo de la Salud Mental. En el año 2008 comenzó el proceso de diseñar e implementar el sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la ISO 9001:2008, en este año se estableció la estructura documental y además se avanzó en el proceso de implementación del sistema de calidad en todos los procesos de la empresa, desde esta fecha se ha avanzado en la implementación, pero no se ha ido actualizando el sistema de gestión de la calidad a los cambios organizacionales y a los de sus procesos; lo que ha generado bajo desempeño del sistema debido a las diferencias significativas entre su diseño y la realidad organizacional, es por esto que se requiere un mejoramiento al sistema de calidad por medio de la revisión de sus procesos, que es el objetivo principal de la práctica empresarial desarrollada en ISNOR.

1. INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE S.A.

1.1 GENERALIDADES DE LA EMPRESA

- Nombre: Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A.
- Actividad Económica: Prestación de servicios de Salud, en el campo de la Salud Mental.
- Dirección: Calle 50 # 23-100 Bucaramanga
- Número de sedes: Una
- Teléfono: 6432364
- Tipo de Organización: Sociedad Anónima privada

Gráfica 1. Infraestructura de la Clínica Psiquiátrica ISNOR



Fuente: Archivos fotográficos de ISNOR

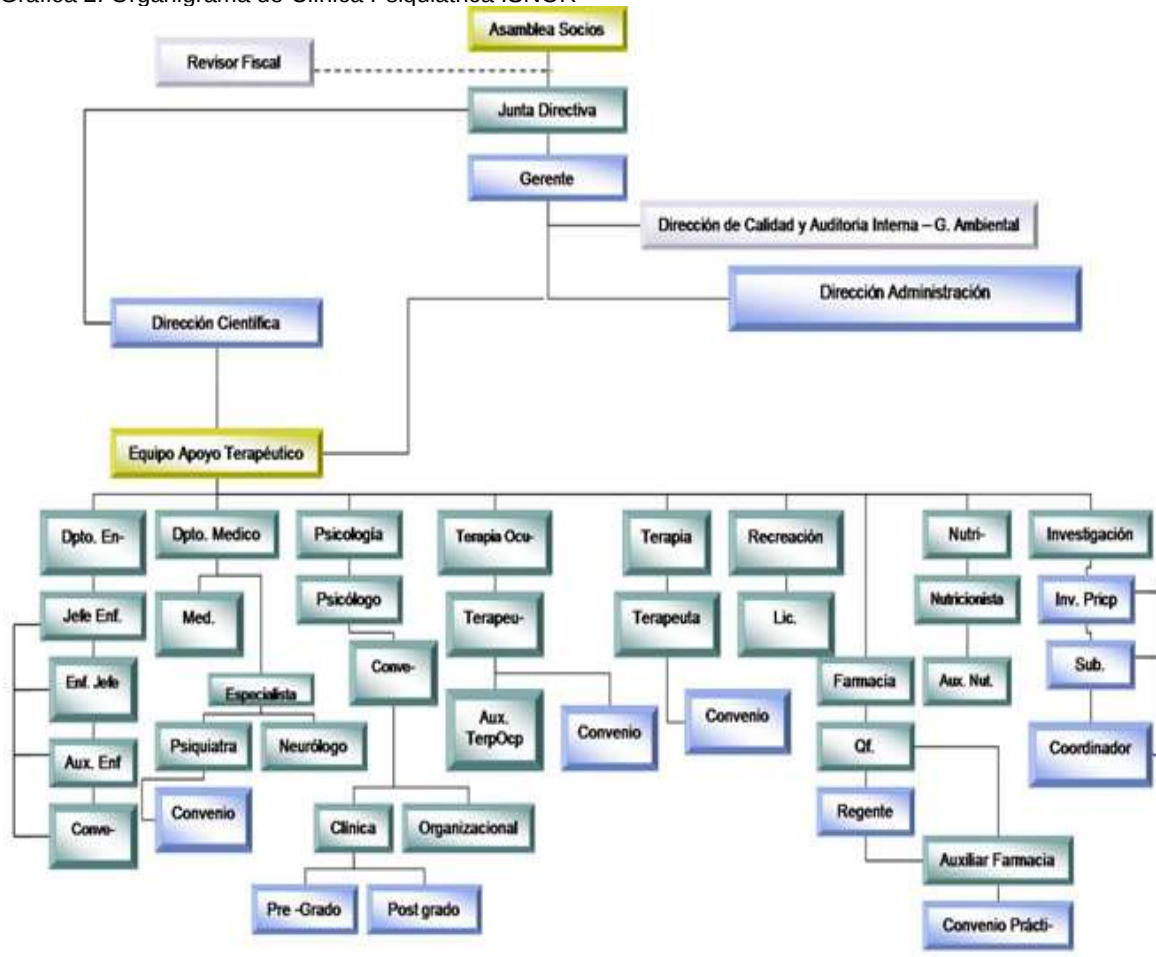
1.2 RESEÑA HISTÓRICA

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

ISNOR S.A. inició actividades el 5 de septiembre de 1987 en la Cll 46 # 36-20 Barrio San Pío, con 10 camas, una enfermera jefe, dos auxiliares y el Gerente. Hoy, en su sede propia de la calle 50 con Av. González Valencia, ISNOR le ofrece una moderna infraestructura con capacidad para cincuenta camas, treinta habitaciones, una sala de observación, una sala de terapia ocupacional, cuatro consultorios para consulta externa, un salón-aula para estudiantes de medicina, áreas de esparcimiento y visita familiar, tres salas de televisión, cafetería, amplia zona de comedores y cocina, farmacia, tres unidades de enfermería y área administrativa.¹

1.3 ORGANIGRAMA

Gráfica 2. Organigrama de Clínica Psiquiátrica ISNOR



Fuente: Planeación estratégica ISNOR

¹ Portafolio de Servicios ISNOR S.A. Versión 0.1. 05 de Agosto de 2010

Actualmente el personal de ISNOR está compuesto por treinta personas de nómina directa; contratados por cooperativas están catorce empleados y por prestación de servicios son treinta y dos personas. En la siguiente gráfica se presenta el organigrama de ISNOR.

1.4 MISIÓN

ISNOR S.A. tiene como misión satisfacer las necesidades de salud mental en la población del Oriente Colombiano, con el propósito de desarrollar una organización sensible al ser humano y orientada al servicio. Una organización socialmente centrada en la gente, gerencialmente innovadora y predispuesta a la acción, inspirada en la filosofía de la calidad integral, alto nivel científico y responsabilidad social².

1.5 VISIÓN

ISNOR S.A. desea alcanzar el reconocimiento de la comunidad santandereana como la primera institución clínica especializada en el tratamiento de la salud mental, con el firme propósito de cumplir las expectativas expuestas por los clientes, con un alto grado de calidad en el servicio, para anticiparse a los cambios del nuevo milenio y convertirse así en líderes del servicio psiquiátrico en Santander³.

1.6 PORTAFOLIO DE SERVICIO

El actual portafolio de servicio que ofrece ISNOR a la comunidad, va desde la atención de urgencias psiquiátricas, hasta terapias ocupacionales para el manejo del estrés. Los actuales servicios de salud mental que ofrece la clínica son:

- Hospitalización psiquiátrica.
- Hospital día y hospital noche.
- Atención al adulto mayor.
- Consulta de urgencias 24 horas.
- Consulta externa psiquiátrica.
- Consulta medicina general (hospitalización).
- Consulta psicología.
- Test. de psicología.
- Consulta terapia ocupacional.
- Consulta de nutrición (hospitalización).
- Psicoterapia de grupo.
- Psicoterapia de pareja.

² Ibíd.

³ Ibíd.

- Psicoterapia de familia.
- Terapia de familia y pareja.
- Trastornos sexuales.
- Orientación y asesoría familiar.
- Taller prevención y promoción.
- Rehabilitación de farmacodependencia.
- Rehabilitación de alcoholismo (vinculación a alcoholicos anónimos).
- Farmacia: despacho de fórmulas de urgencia y consulta externa.

1.6.1 Actividades terapéuticas

Además de los servicios antes mencionados, ISNOR ha venido desarrollando servicios de promoción de una salud mental adecuado como lo son:

- Evaluación médica especializada.
- Psicoterapia individual
 - o Psiquiatra.
 - o Psicólogo.
- Psicoterapia de pareja
 - o Psiquiatra.
 - o Psicólogo.
- Psicoterapia de familia.
 - o Psiquiatra.
 - o Psicólogo.
- Psicoterapia de grupo.
 - o Psiquiatra.
 - o Psicólogo.
- Terapia de familia.
- Evaluación médica general.
- Asistencia paramédica (enferma profesional – auxiliar de enfermería).
- Valoración e intervención psicológica.
- Valoración por nutrición. (previa remisión).
- Valoración e intervención por terapia ocupacional.
- Taller productivo.
- Terapia de relajación.
- Reunión psicoeducativa.
- Reunión de alcoholicos anónimos.
- Recreación – Gimnasia dirigida.
- Reuniones espirituales – eucaristía.

1.6.2 Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI)⁴

ISNOR ofrece una unidad de tratamiento intensivo (UTI), diseñada para los pacientes críticos, utilizando toda la gama terapéutica de la psiquiátrica moderna, bajo el cuidado de enfermería especializada hasta el momento de su recuperación. Una vez superado el período crítico mediante tratamientos biológicos, el paciente reintegrado a la comunidad terapéutica, que le ofrece psicoterapia individual, de grupo, de familia y le brinda apoyo de trabajo social, sicología y terapia ocupacional, con orientación a la familia, facilitando la reinserción del paciente a su medio familiar, social y laboral.

1.6.3 Profesionales de la salud

Para el adecuado prestación de servicios de salud mental, contar con un conjunto de profesionales de la salud, es la clave para lograr ofrecer a los pacientes un servicio efectivo, es por esto que ISNOR cuenta con los siguientes profesionales de la salud, con altas calificaciones científicas y humanas para ofrecer a los pacientes no solo un tratamiento sino que por medio de cada tratamiento pueda mejorar su calidad de vida:

- Psiquiatras.
- Psicoanalistas.
- Médicos.
- Psicólogas.
- Enfermeras.
- Nutricionistas.
- Terapistas ocupacionales.
- Terapistas recreativas.
- Trabajadoras sociales.
- Paramédicos especializados en psiquiatría.
- Laboratoristas.

1.7 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO

El proyecto de grado se llevo a cabo en el Departamento de Calidad de la Clínica ISNOR S.A, el departamento se encuentra conformado por un Director de Calidad y un asistente de calidad (cargo desempeñado por estudiante de prácticas) encargados principalmente de desarrollar, mantener, y actualizar los mecanismos de control que la gerencia requiere para la seguridad técnico científica, financiera y administrativa en la prestación de los servicios de salud mental dentro de la clínica psiquiátrica ISNOR.

Dentro de las funciones del departamento se encuentran:

⁴ Ibíd.

- Verificar y evaluar la eficiencia y eficacia de los procedimientos establecidos por la clínica y por la estructura administrativa; efectuando seguimiento mediante mecanismos propios de auditoría interna de calidad.
- Establecer y aplicar medidas para prevenir riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en el procedimiento y que puedan afectar la prestación del servicio.
- Velar por la aplicación de las recomendaciones resultantes, de las evaluaciones del sistema de auditoría interna.
- Planear y promocionar que los equipos de trabajo (de apoyo y administrativo) expongan sus falencias, para hallar un equilibrio entre procedimientos de cadena de trabajo.
- Entregar informes de actividades de auditoría a través de documentos de trabajo, recopilando las notas; con el fin de preparar reportes claros y concisos, los cuales se entregan mensualmente a la gerencia.
- Participar como asesor permanente de la gerencia durante el desarrollo de los procesos de prestación el servicio de salud, proponiendo modificaciones a planes y procedimientos, cuando lo crea necesario para el mejoramiento del servicio y cuando en un procedimiento se haya detectado una no-conformidad.
- Elaborar un informe anual de PAMEC y plan de trabajo de auditoría interna de calidad.
- Garantizar que el sistema de Calidad disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.
- Actualizar periódicamente los documentos del Departamento de Calidad

2. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

La efectividad de los sistemas de gestión de la calidad se basa en el adecuado desarrollo de las etapas de diseño, implementación, actualización y mejora continua; cualquier falencia que se presente en una de estas cuatro etapas genera un bajo desempeño del sistema de gestión, que por ende afecta el desempeño organizacional.

Las etapas de actualización y mejora continua del sistema de gestión son las que mayor reto representan para una organización, esto debido que por medio de estas etapas se garantiza que el sistema de gestión se acople a los cambios en los procesos organizacionales, que se pueden presentar por nuevos retos empresariales o por el planteamiento de nuevas metas en los indicadores que miden el desempeño de cada proceso, que es el objetivo de la mejora continua en un sistema.

El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. ISNOR, es una clínica psiquiátrica que ofrece a la comunidad servicios médicos para la atención y mejoramiento de la salud mental. Entre su portafolio de servicios ofrece a la comunidad desde la unidad de tratamiento intensivo hasta terapias ocupacionales para manejo del estrés, conflictos familiares y de pareja. En el año 2008 con el objetivo de mejorar su desempeño organizacional, aumentar la satisfacción del cliente y fortalecer su competitividad empresarial, desde la gerencia de la clínica se decide implementar un sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la ISO 9001:2008; en este año se llevan a cabo los procesos de diseño e implementación del sistema de gestión, logrando una implementación exitosa del sistema.

Después de este proceso de implementación, dentro de la organización surgen unos cambios como la ampliación del portafolio del servicio tales como Psicoterapia de grupo, Hospital día, Rehabilitación de farmacodependientes, reorganización del personal y ajustes en los procesos de prestación del servicio debido a nueva normatividad legal vigente que aplica a las empresas prestadoras de servicios de salud. A pesar que se evidencian estos cambios organizacionales no se realizó la actualización del sistema de gestión de la calidad, presentándose multiplicidad de procesos, una estructura documental que no se acopla a la realidad organizacional, personal que no tiene establecido su rol en el sistema de gestión y falta de gestión de los procesos, generando esto que el sistema de gestión de la calidad en ISNOR se desempeñe en un 70%.

Por lo tanto los retos actuales del sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la ISO 9001:2008 en la clínica psiquiátrica ISNOR es lograr un mejoramiento continuo del sistema, por medio de la revisión y actualización de sus procesos, que es el enfoque de todo sistema de gestión.

3. ANTECEDENTES

El crecimiento de las organizaciones del sector salud y el interés de las empresas de tener implementado los sistemas de gestión de calidad, ha llevado a que se desarrollen múltiples proyectos para el diseño e implementación de sistemas de gestión bajo los lineamientos de la ISO 9001:2008 en organizaciones prestadoras de servicios de salud. Los resultados obtenidos en estos procesos han sido beneficiosos para estas organizaciones, ya que han logrado un aumento en su desempeño organizacional, logrando obtener mayores estándares de competitividad y productividad organizacional. En la siguiente tabla se mencionan algunos proyectos sobre estos temas y que han sido desarrollados en empresas santandereanas.

Tabla 1. Proyectos desarrollados en empresas del sector salud sobre sistemas de gestión

NOMBRE DEL PROYECTO	AUTORES	AÑO	UNIVERSIDAD
Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad bajo la NTC ISO/IEC 17025:2005 en el Laboratorio de validación y metrología de la UEN FCV Bioingeniería	Luz Merly Gordillo Melo	2010	Universidad Pontificia Bolivariana
Diseño de la distribución física; documentación, estandarización e implementación de los procesos del servicio farmacéutico en el Instituto del Corazón de la FCV Bucaramanga, bajo las resoluciones 1403:2007 y 0444:2008	Luisa Fernanda Carvajal Criado	2010	Universidad Pontificia Bolivariana
Documentación e Implementación de la Norma ISO 9001 : 2000 de la Unidad de Esterilización de la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lulle	Diana Patricia Valbuena	2003	Universidad Pontificia Bolivariana
Planificación del sistema de gestión ambiental para la sede principal de la clínica sata teresa de Bucaramanga	Martha Patricia Plata	2005	Universidad Pontificia Bolivariana
Planificación del sistema de gestión ambiental (SGA) para la clínica San Pablo S.A de Bucaramanga	Claudia Carolina Ochoa	2005	Universidad Pontificia Bolivariana
Documentación y Recomendaciones para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO	Eder Leonardo González	2006	Universidad Pontificia Bolivariana

9001:2000 en los Procesos Misionales de la Clínica Bucaramanga.	Mantilla		
Diseño, Documentación y Recomendaciones para la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad; Norma ISO 9001:2000 para el Área Administrativa de la Clínica Bucaramanga	Diana Milena Martínez	2006	Universidad Pontificia Bolivariana
NOMBRE DEL PROYECTO	AUTORES	AÑO	UNIVERSIDAD
Diseño y Documentación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional en la Clínica Chicamocha S.A. Según los Requerimientos de la NTC OHSAS 18001	Mayra Alejandra Jaimes Carrillo	2007	Universidad Pontificia Bolivariana
Mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad Clínica Chicamocha. – Bucaramanga	Camilo Andrés Aguilar	2009	Universidad Pontificia Bolivariana
Diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica de Ortopedia OMIMED LTDA de Bucaramanga, según lineamientos de la NTC ISO 9001:2008	Andrea Del Pilar Duarte	2010	Universidad Pontificia Bolivariana
Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad basado en los requisitos de la NTC-ISO 9001:2000 para la Clínica Piedecuesta S.A.	Paola Andrea Castellanos Luque	2010	Universidad Industrial de Santander
Diseño del manual de calidad de la clínica odontológica OMADENT, según la norma NTC ISO 9001:2000	Edna M. Martínez Banos, Ingrid L. Cadena Morón	2009	Universidad Industrial de Santander
Diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad en la Clínica SAN PABLO S.A.	Aura María Martínez	2006	Universidad Industrial de Santander
Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la clínica REVIVIR S.A. : estructura técnica y metodológica básica	Juan Carlos Argel	2005	Universidad Industrial de Santander

Fuente: Registros de las bibliotecas de la Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad Industrial de Santander

4. JUSTIFICACIÓN

Según se establece en la NTC-ISO 9001:2008 la adopción de un sistema de gestión de la calidad debe ser una decisión estratégica de la organización y además el diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad en una empresa debe estar influenciada por su entorno, sus necesidades, sus objetivos, productos, procesos y su estructura organizacional⁵. Por lo cual es parte del proceso de diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad estar actualizado y de acuerdo a las necesidades organizacionales, es por esto que en el numeral de mejora continua en la misma norma se establece que el sistema de gestión debe ser revisado a intervalos definidos.

El Instituto del Sistema Nervioso del Oriente S.A. ISNOR S.A. como parte del desarrollo de una estrategia corporativa la cual tiene como fin el fortalecimiento organizacional para el aumento de la competitividad, en el año 2008, diseño e implementó el sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la ISO 9001:2008; pero debido a los cambios normales de la empresa y de su entorno, la organización realizó cambios en sus procesos, pero estos cambios no se vieron reflejados en el diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad, presentándose un diferencial entre lo establecido en el manual de calidad y el desarrollo diario de las actividades de la empresa.

Con el objetivo de actualizar y mejorar el sistema de gestión de la calidad, la gerencia de la clínica plantea la necesidad de realizar un proyecto que busque el mejoramiento del sistema de gestión de la calidad, por medio de un proceso de actualización documental, revisión de sus procesos y capacitación al personal sobre su roles y responsabilidades dentro del sistema de gestión de calidad.

⁵ NTC-ISO 9001:2008. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, Requisitos. Introducción, Generalidades, pag. i.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar el desempeño del sistema de gestión de la calidad con base en la norma ISO 9001:2008 en la Clínica Psiquiátrica ISNOR por medio de la revisión de sus procesos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico inicial, evaluando el cumplimiento de los requisitos exigidos de la norma ISO 9001: 2008 en la Clínica Psiquiátrica ISNOR.
- Revisar la estructura documental actual realizando ajustes en el Manual de Calidad, documentos y registros, según los cambios en el desarrollo de los procesos y las oportunidades de mejora identificadas.
- Capacitar al personal de la Clínica ISNOR en la importancia del sistema de gestión de la calidad y el rol de cada cargo para el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión.
- Brindar soporte en temas de gestión de la calidad al proceso de revisión de historias clínicas que realiza la Dirección Científica de la Clínica ISNOR
- Realizar diagnóstico final al sistema de gestión de la calidad con base en la norma ISO 9001:2008, evaluando su mejoramiento por medio del desarrollo de la proyecto de grado.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN⁶

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC, es el Organismo Nacional de Normalización de Colombia. Entre sus labores se destaca la creación de normas técnicas y la certificación de normas de calidad para empresas y actividades profesionales. Desde 1991, ICONTEC trabaja conjuntamente con el sector empresarial nacional e internacional en la certificación de sistemas de gestión. Por esta razón, fue el primer organismo de certificación que otorgó un certificado de sistema de gestión de la calidad en Colombia.

Actualmente, ICONTEC es líder en la certificación de sistemas de gestión en el país y desarrolla actividades de certificación en países de Centro y Sur América como Ecuador, Perú, Chile, Bolivia, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, Honduras, Panamá, Venezuela y República Dominicana.

El reconocimiento internacional de sus certificados de sistemas de gestión de ICONTEC está respaldado porque se encuentra acreditado con la Junta Nacional de Acreditación de ANSI - ASQ (ANAB), con el Instituto Americano de Normas Nacionales (ANSI) de Estados Unidos, con la Asociación Alemana de Acreditación (TGA), con el Instituto Nacional de Normalización (INN) de Chile, y con el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) de Perú. Adicionalmente pertenece a IQNet, la más importante red internacional de certificación del mundo, la cual promueve el reconocimiento de los certificados de sistemas de gestión en el ámbito internacional.

Los pasos para obtener una certificación por el ICONTEC son los siguientes:

- **Revisión previa**

Se revisa la preparación del sistema, incluyendo la adecuación de la documentación del mismo y el análisis del cumplimiento de los requisitos.

- **Otorgamiento**

Se otorga el certificado ICONTEC e IQNET por un periodo de tres años.

- **Seguimiento**

⁶INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. en línea] publicado en 2003 [citado 2011] disponible en la página de internet : www.icontec.org.co

Se efectúan auditorías de seguimiento anuales, con el fin de comprobar que se mantengan las condiciones que ameritaron el otorgamiento de la certificación⁷.

6.2 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA ISO 9001:2008⁸

La NTC-ISO 9001:2008 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de gestión de calidad y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. La ISO 9001 pertenece a la familia de normas ISO 9000, esta familia de normas internacionales y guías de calidad que ha obtenido una reputación mundial como base para establecer Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), dentro de esta familia de normas existen cuatro normas básicas como lo son:

- **ISO 9000: Sistema de gestión de la calidad – Principios y Vocabulario**

Esta norma establece un punto de partida para establecer las normas y define los términos fundamentales utilizados en la familia de normas ISO 9000, para esta manera contar con un vocabulario claro tanto para auditores, facilitadores de calidad, empleados y gerentes de las empresas.

- **ISO 9001: Sistema de gestión de la calidad – Requisitos**

Esta es la norma que establece los requisitos que debe emplearse para cumplir eficazmente con los requisitos del cliente y con los requisitos reglamentarios aplicables, para conseguir e incrementar la satisfacción del cliente. En esta norma se establece todos los requisitos que una empresa debe cumplir para el diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad.

- **ISO 19011: Directrices para la auditoria medioambiental y de la calidad**

Esta norma proporciona directrices para verificar la capacidad del sistema para conseguir objetivos de calidad definidos, en esta norma se establece los pasos para el desarrollo de auditorías tanto internas, externas y a proveedores tanto para la ISO 9001 de calidad como para la ISO 14001 de gestión ambiental.

- **ISO 9004: Sistema de gestión de la calidad – Recomendaciones para la mejora del desempeño**

Esta norma brinda lineamientos para el desarrollo del proceso de mejoramiento continuo de los sistemas de gestión de calidad, beneficiando a todas las partes interesadas a través del mantenimiento de la satisfacción del cliente, esta norma abarca tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad.

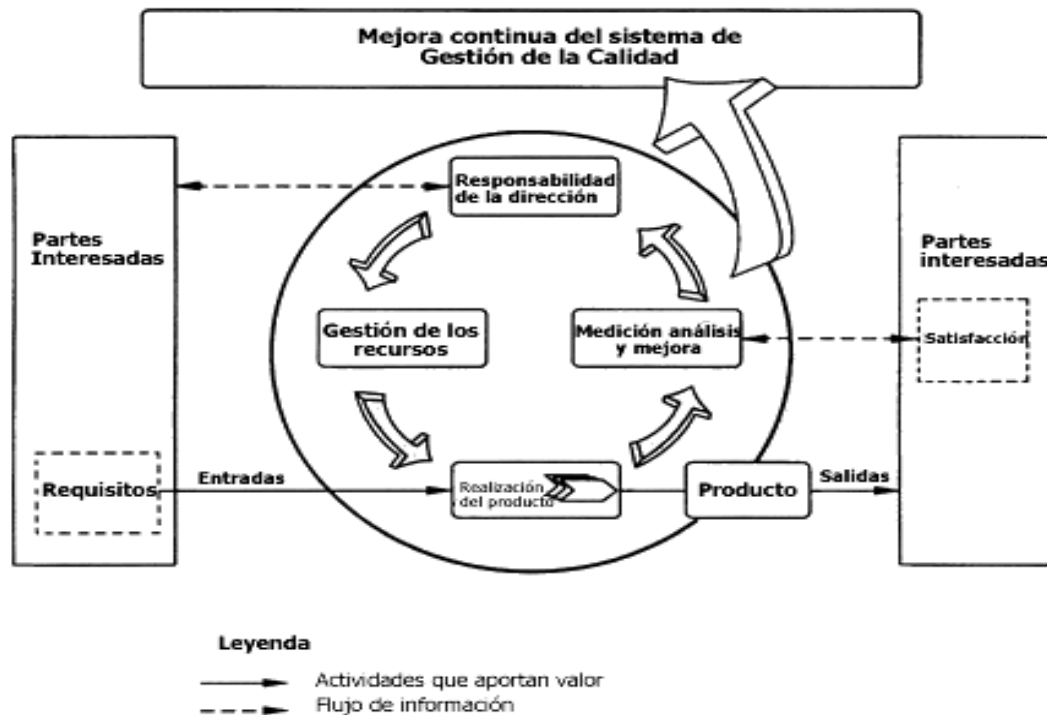
⁷Ibid

⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Fundamentos de normas ISO 9000. Disponible en www.icontec.org/nomasISO9000.php?/

6.3 PROCESO DE DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA DE LOS REQUISITOS DE LA NTC-ISO 9001:2008

El sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2008, promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos⁹, en la siguiente figura se presenta el modelo de gestión con un enfoque basado en procesos.

Gráfica 3. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



Fuente: NTC-ISO 9001:2008, INTRODUCCIÓN, Generalidades, Enfoque basado en procesos, pagina iii.

6.3.1 Pasos para implementar el sistema de gestión con base en enfoque basado en procesos¹⁰

• Primer Paso: Definir Los Macroprocesos

Los macro procesos son los grandes bloques de actividades que de forma general identifican las operaciones que realiza cada área en la organización. Definiendo

⁹ NTC-ISO 9001:2008. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, Requisitos. Introducción, Generalidades, pag. i.

¹⁰ Estandarización de procesos. [en línea]. Zen en la organización, 10 de febrero de 2010 [citado 04 de abril. 2011]. Disponible en: <http://zenempresarial.wordpress.com/2010/02/10/industria-avicola-estandarizacion-de-procesos/>

los macroprocesos tendremos determinados clara y concretamente los procesos involucrados en cada área de la organización.

- **Segundo Paso: Identificar los Procesos**

Para identificar los procesos involucrados en cada macroproceso debemos entender que todo proceso deberá tener un inicio y un fin, contar con elementos de entrada y productos valiosos de salida, debe estar conformado por actividades relacionadas entre sí, además debe permitir su control mediante elementos de detección y análisis de los motivos de no conformidad. Definir adecuadamente los procesos nos permitirá estandarizar solo aquellos procesos que nos lleven a garantizar el resultado final y con ello satisfacer la demanda de los clientes. Debemos identificar todos los procesos y sus interrelaciones.

- **Tercer Paso: Definir los subprocessos**

Cada proceso puede ser detallado en los llamados subprocessos. Hay que entender que cada subprocesso estará compuesto por un conjunto de actividades las cuales pueden ser identificadas independientemente. El obtener mayor detalle mediante la definición de los subprocessos, facilitara la descripción final de las operaciones involucradas en cada proceso, entendiendo que estos se dan por etapas que siguen una secuencia lógica.

- **Cuarto Paso: Elaborar los diagramas operacionales**

Un diagrama operacional describe la secuencia ordenada de actividades que se ejecutan para realizar un proceso. Los diagramas deben ser sencillos, deben definir los procesos prioritarios, deben ser fácilmente comprendidos y de aplicación práctica para el usuario, deben representar el flujo de un proceso, usando símbolos de conexión, decisión, proceso, documento, archivo, inspección, transporte, depósito, etc.

- **Quinto Paso: Documentar los procesos**

El Sistema de Gestión de Calidad requiere la definición de un manual de calidad y procedimientos generales que se ajusten a todos los centros de producción y sirvan como referencia permanente durante la implantación y aplicación de dicho Sistema. La documentación desarrollada debe ser un medio de comunicación donde las palabras escritas conlleven autoridad.

La descripción documentaria debe ser lo más sencilla posible, además debe ser de fácil comprensión y aplicación para el usuario. Debemos describir los procesos en forma concreta, basándonos en la práctica, determinando para cada caso criterios de control.

Finalmente lo descrito en cada proceso debe tener coherencia con los estándares, debe tener nombres y formas estandarizadas, indicando las fechas de emisión y actualización.

- **Sexto Paso: Formalizar los Procesos**

Todo documento usado en la organización debe ser autorizado por esta, por tanto debe contar con la aprobación del área con mayor responsabilidad sobre cada proceso. La propuesta del nuevo proceso estandarizado debe ser aprobada a nivel de jefatura y/o gerencias. Luego el paso es buscar la aprobación formal del Gerente Corporativo de cada área.

- **Séptimo Paso: Implantar los Procesos**

La estandarización es una tarea de especialistas, por tanto la implantación de los procesos desarrollados deben ser efectuada por los especialistas de cada área. Los procesos documentados deben servir como herramienta para el entrenamiento de las personas, por tanto constituyen un material muy importante para la capacitación constante del personal. El especialista responsable de implantar los procesos en cada área debe asegurar un ambiente de confianza, seguridad, motivación y máxima participación en todos los niveles donde se implementen los procedimientos de gestión desarrollados.

- **Octavo Paso: Revisar los Procesos**

La definición de estandarización nos hace concluir que siempre existe una mejor manera de hacer las cosas pues los estándares no son eternos, sino que deben ser modificados dentro del ambiente del mejoramiento continuo, los nuevos estándares deben ser difundidos a todos los involucrados a fin que sean verdaderamente bien utilizados. Los usuarios de los estándares deben participar en la actualización de los mismos, haciendo sugerencias de mejoramiento e informando sobre las anomalías. Debe existir un ente coordinador que centralice toda la parte administrativa del manejo de los estándares, sus cambios, los nuevos estándares y su difusión y aprobación.

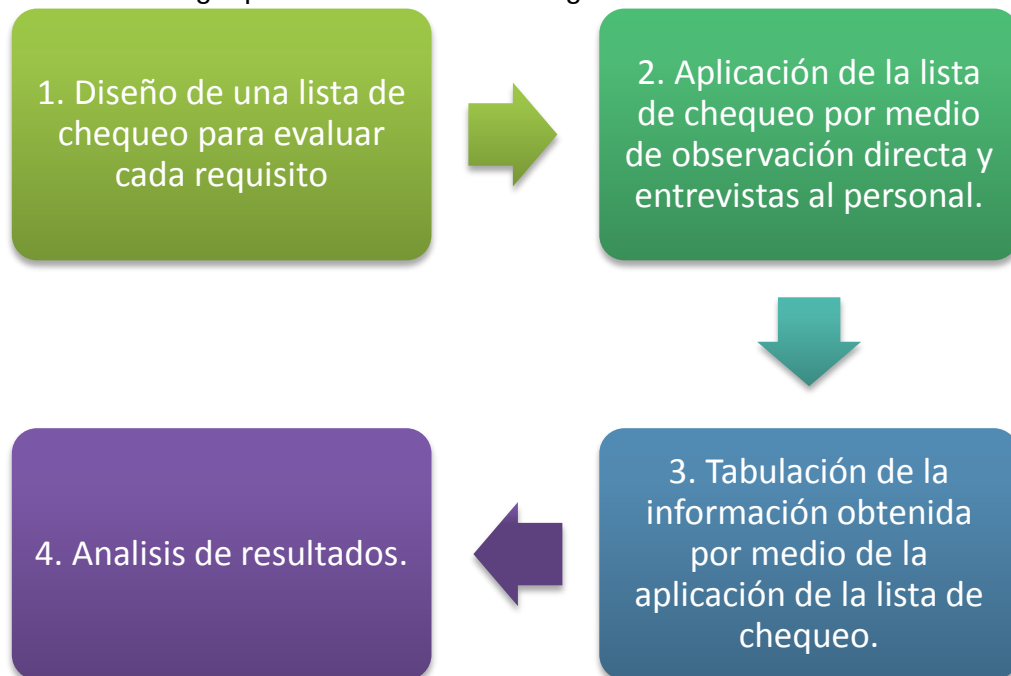
7. DIAGNÓSTICO INICIAL

El primer paso para proponer acciones de mejoramiento que lleven a un aumento del desempeño del sistema de gestión de la calidad es realizar un diagnóstico inicial en el cual se identifique el porcentaje de cumplimiento de cada numeral que compone la norma ISO 9001:2008. La primer etapa del proceso de mejoramiento del sistema de gestión de la calidad en la Clínica Psiquiátrica ISNOR fue la realización de un diagnóstico inicial, con base en este se realizó la línea base y se identificaron los aspectos en los cuales se debía trabajar más, para aumentar el desempeño del sistema.

7.1 METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO INICIAL

La metodología que se siguió para el desarrollo del diagnóstico inicial se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfica 4. Metodología para el desarrollo del diagnóstico inicial



Fuente: Autor del proyecto

7.1.1 Diseño de lista de chequeo.

La lista de chequeo tiene como objetivo ser una herramienta para la recolección de la información tanto para el diagnóstico inicial como para el diagnóstico de final al sistema de gestión de la calidad. En la siguiente gráfica se presenta el

encabezado de la lista de chequeo, en el Anexo 1 se presenta la lista de chequeo en su totalidad con los resultados obtenidos en su aplicación.

Gráfica 5. Encabezado de lista de chequeo para el diagnóstico inicial

Numeral de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APLICA / NO APLICA	VALORACIÓN	AVANCE %	EVIDENCIA		OBSERVACIÓN
					Verbal	Escrita	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	A	2,77	69,2%			

1

2

3

4

5

6

7

En la tabla 2 se presenta la explicación de cada uno de los numerales de la lista de chequeo diseñada para realizar el diagnóstico inicial.

Tabla 2. Valores de la lista de chequeo

VALOR	DESCRIPCIÓN
1	Numerales de la norma ISO 9001:2008.
2	Descripción breve de cada uno de los numerales
3	Se pone con una A si aplica el numeral al alcance del sistema de gestión de la calidad y se pone NA cuando este numeral fue excluido.
4	Se asigna un valor de 0 a 4, según el matriz de valoración
5	Según la valoración dada se asigna un porcentaje de cumplimiento al requisito
6	Según la valoración dada se asigna un porcentaje de cumplimiento al requisito
7	Espacio para poner observaciones si se considera necesario.

Fuente: Autor del proyecto

Para la valoración del cumplimiento del requisito en la Clínica ISNOR se elaboró una matriz en la cual según una valoración cualitativa del estado de cumplimiento de un numeral se le asigna un valor y un porcentaje de avance, en la siguiente tabla se presenta esta matriz.

Tabla 3. Matriz de valoración de cumplimiento del numeral de la ISO 9001:2008 en la Clínica ISNOR

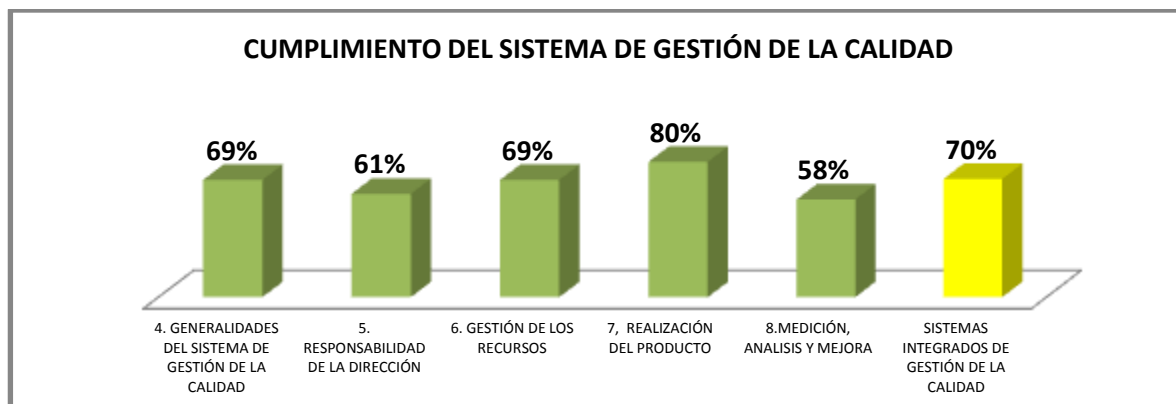
VALORACIÓN	VALOR	% AVANCE
No aplica.	0	0
No cumple.	1	25%
Se cumple insatisfactoriamente.	2	50%
Se cumple en alto grado.	3	75%
Se cumple plenamente	4	100%

Fuente: Autor del proyecto

7.2 RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO INICIAL

En la gráfica 6 se presenta el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los numerales principales de la norma y el cumplimiento total del sistema de gestión en la Clínica ISNOR, según el diagnostico inicial realizado. De esta gráfica es válido mencionar que el porcentaje de cumplimiento identificado de todo el sistema de gestión es de un 70% y que los numerales que menor cumplimiento registran responsabilidad de la dirección y el numeral ocho de medición, análisis y mejora; son resultados bajos en estos ítems se deben a que la dirección no participa en los comités de calidad y además no tiene designado un representante, por lo cual el apoyo con que cuenta el sistema por parte de la dirección es bajo, generando una menor disposición de recursos para la implementación y mejora del sistema y además hace que las demás aéreas de la empresa identifiquen que es necesario estar comprometido con la implementación y mejora del sistema de gestión de la calidad. El numeral de medición, análisis y mejora es el que menor porcentaje registra debido a que actualmente no se está realizando una medición sistemática de los indicadores de desempeño del sistema de gestión.

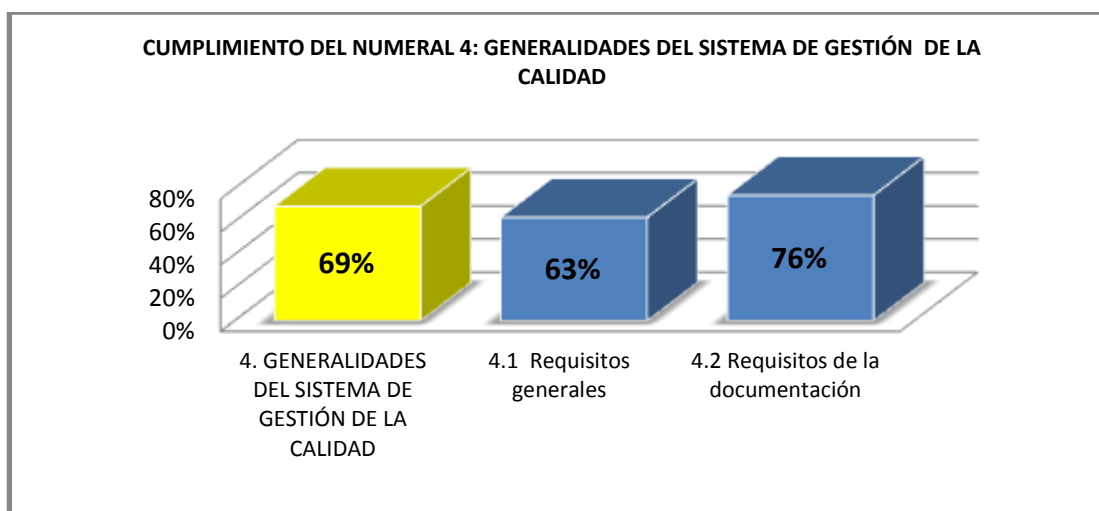
Gráfica 6. Cumplimiento inicial del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 7 se presentan los resultados del diagnostico inicial del numeral 4 de generalidades del sistema de gestión de la calidad, resaltado que el numeral 4.1 Requisitos generales es que menor porcentaje registra y además falta mayor implementación de las acciones necesarias para el logro de las metas de desempeño de los procesos. Del numeral 4.2 requisitos de la documentación se registra un mayor porcentaje de cumplimiento porque se tiene establecido para el sistema de gestión de la calidad, la política, objetivos y manual de calidad, además de los procedimientos y registros requeridos, en este numeral no se logra el 100% porque los documentos y formatos antes mencionados no se encuentran actualizados.

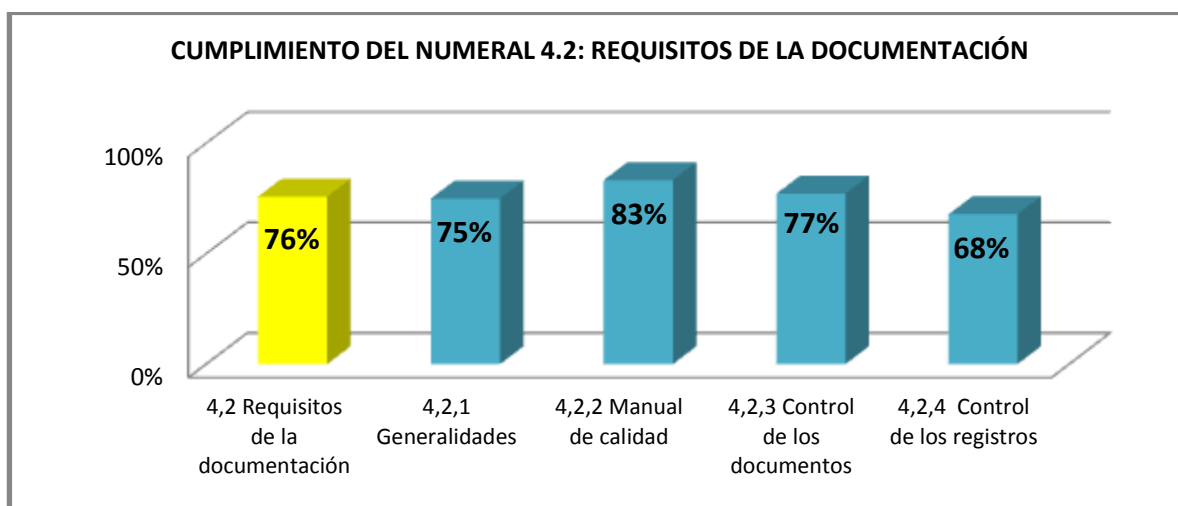
Gráfica 7. Cumplimiento inicial del numeral cuatro: Generalidades del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 8 se presentan el porcentaje de cumplimiento del numeral 4.2 requisitos de la documentación, de estos resultados es válido mencionar que el numeral que menor porcentaje registra es el de 4.2.4 control de los registros, esto debido a que cada área de la clínica, controla sus registros de manera independiente (bajo la supervisión del departamento de calidad), lo cual genera que no se cumpla en su totalidad lo establecido en el procedimiento de control de registros.

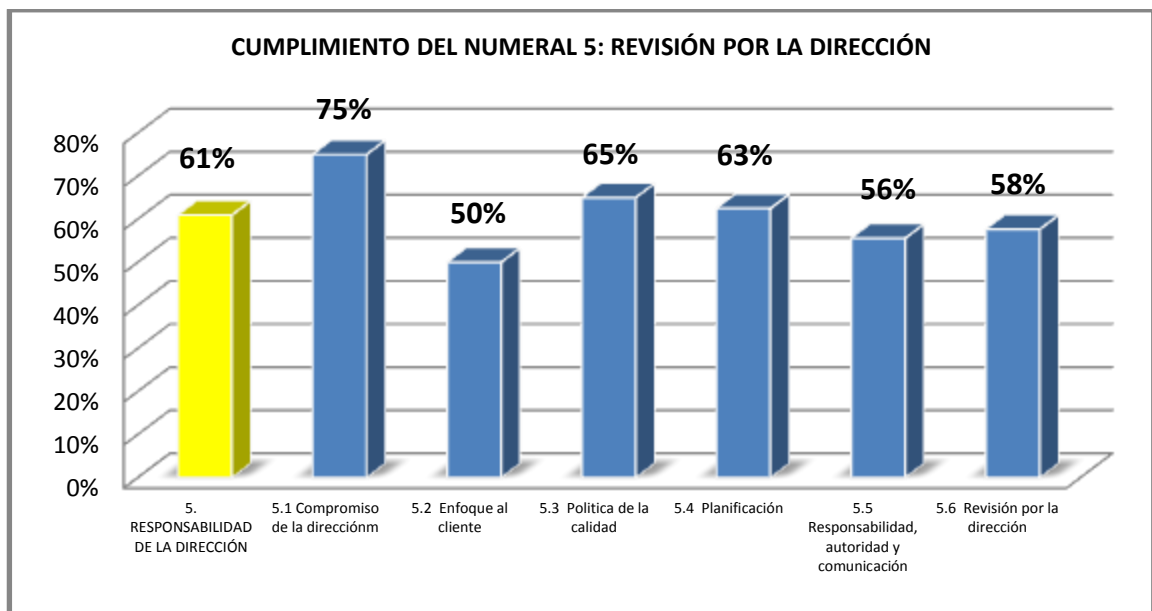
Gráfica 8. Cumplimiento inicial del numeral 4.2 Requisitos de la documentación



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 9 se presentan el porcentaje de cumplimiento del numeral quinto de revisión por la dirección; de los resultados obtenidos en este numeral es válido mencionar que el numeral que menor porcentaje registra es el de enfoque al cliente, esto debido a que el estilo gerencial observado en la clínica es un enfoque en el cual se busca la eficiencia administrativa, sin tener dentro de sus prioridades el mejoramiento de la satisfacción del cliente por medio del cumplimiento de sus requisitos.

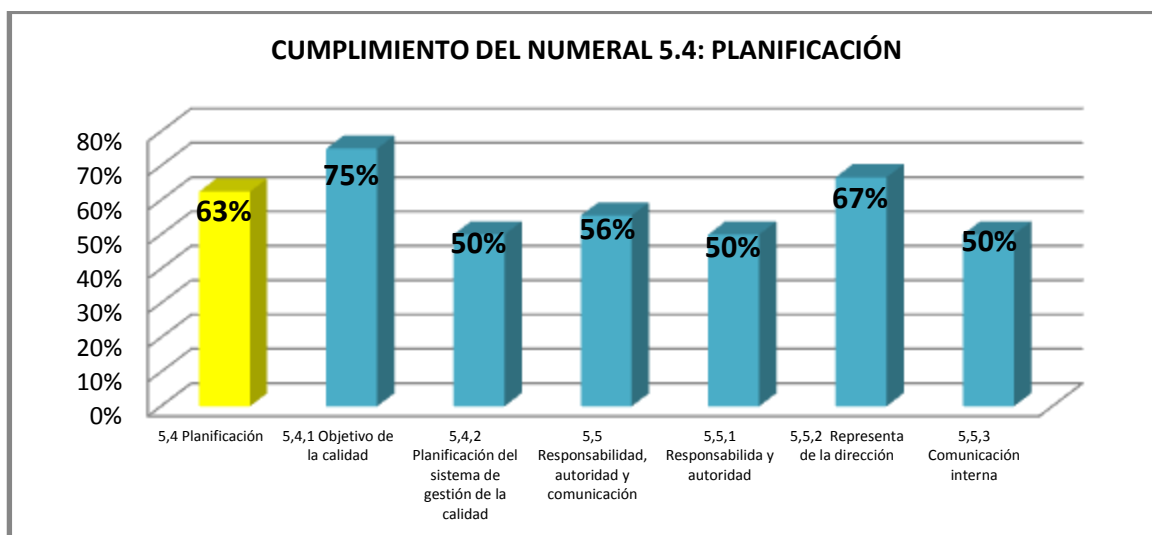
Gráfica 9. Cumplimiento inicial del numeral quinto: Revisión por la dirección



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 10 se presentan los resultados del numeral 5.4 Planificación; de estos resultados lo relevante por mencionar, es que los numerales que menores porcentajes registran son los de *Planificación del sistema de gestión de la calidad y responsabilidad y autoridad*. Esto porque no se tienen establecido a que periodos se deben realizar revisión y mejoramiento al sistema de gestión y además que el proceso de planificación no está liderado por parte la dirección.

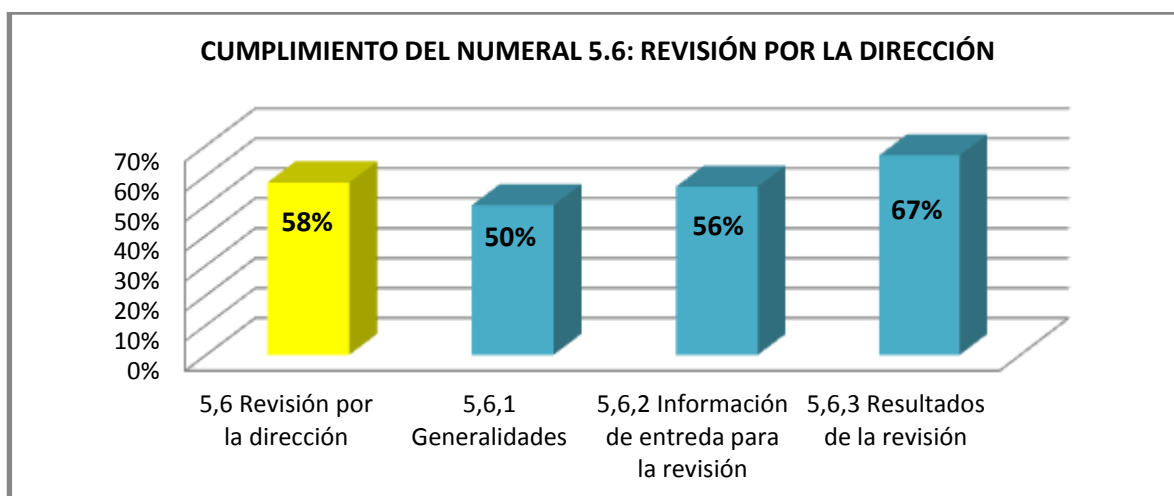
Gráfica 10. Cumplimiento inicial del numeral 5.4 Planificación



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 11 se presenta el cumplimiento del numeral 5.6 que es la revisión por parte de la dirección, el aspecto que menor cumplimiento registra es el de generalidades, esto debido a que este numeral se establece que la dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad a intervalos planificados para que de esta manera se asegure de su conveniencia, adecuación y eficacia continúa, siendo lo expuesto anteriormente un bajo cumplimiento debido a la baja participación de la dirección en el desarrollo del sistema de gestión de la calidad.

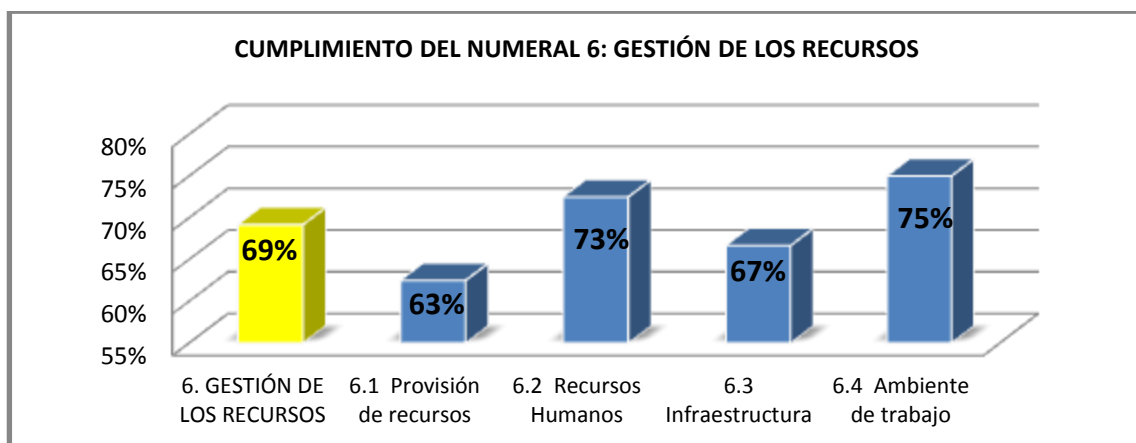
Gráfica 11. Cumplimiento inicial del numeral 5.6 Revisión por la dirección



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 12 se presenta el cumplimiento del numeral de gestión de los recursos, en este numeral los que menor porcentaje registran es el 6.1 provisión de recursos e infraestructura; esto es debido a las limitaciones de espacio físico que ocurren en estos momentos debido a la falta de espacio en la sede actual de Clínica lo cual ha generado restricciones para algunas áreas de la empresa.

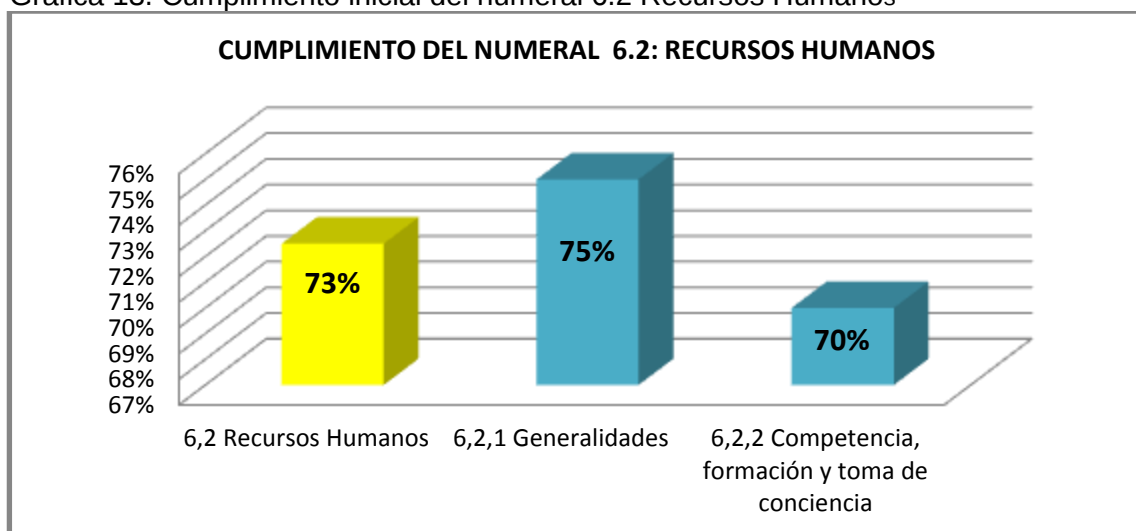
Gráfica 12. Cumplimiento inicial del numeral sexto: Gestión de los recursos



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 13 se presenta el porcentaje de cumplimiento del numeral de recursos humanos, resaltando que el 6.2.2 de competencia, formación y toma de conciencia; esto se debe a que el personal que trabaja en la clínica no es consciente de cómo sus actividades contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.

Gráfica 13. Cumplimiento inicial del numeral 6.2 Recursos Humanos

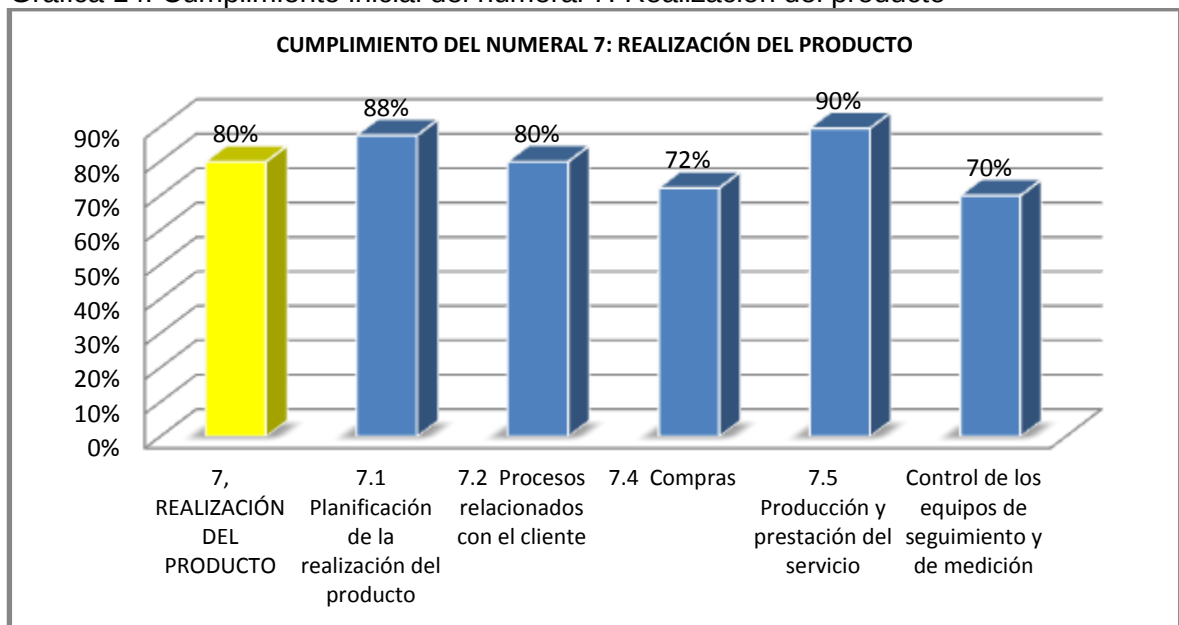


Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 14 se presentan los resultados del diagnóstico inicial para el numeral 7 de realización del producto o del servicio, resaltando que este es el numeral que mayor cumplimiento registra en el sistema de gestión, esto es debido al trabajo arduo que ha realizado la dirección científica para que todos los procesos de los servicios en salud mental que se prestan en la Clínica ISNOR son los avalados y certificados por sus resultados la comunidad tanto nacional e internacional de psiquiatría y psicología. De todos los numerales que componen el de realización del producto, el de compras es el que menor porcentaje cumple, esto debido a que a pesar que los proveedores de la clínica son de alta calidad, la clínica no tiene establecido cuales son los criterios de selección de proveedores, y por lo cual no se cuenta con las evaluaciones de selección de proveedores que son requeridas por la norma ISO 9001:2008.

El numeral de control de equipos de seguimiento y medición también registra un porcentaje bajo debido a que algunos equipos no están identificados por las ultimas calibraciones realizadas y además no se tiene establecidos cuales son las medidas de control para que los equipos no sufran daños o deterioro durante su manipulación, mantenimiento y almacenamiento como lo exige la ISO 9001:2008.

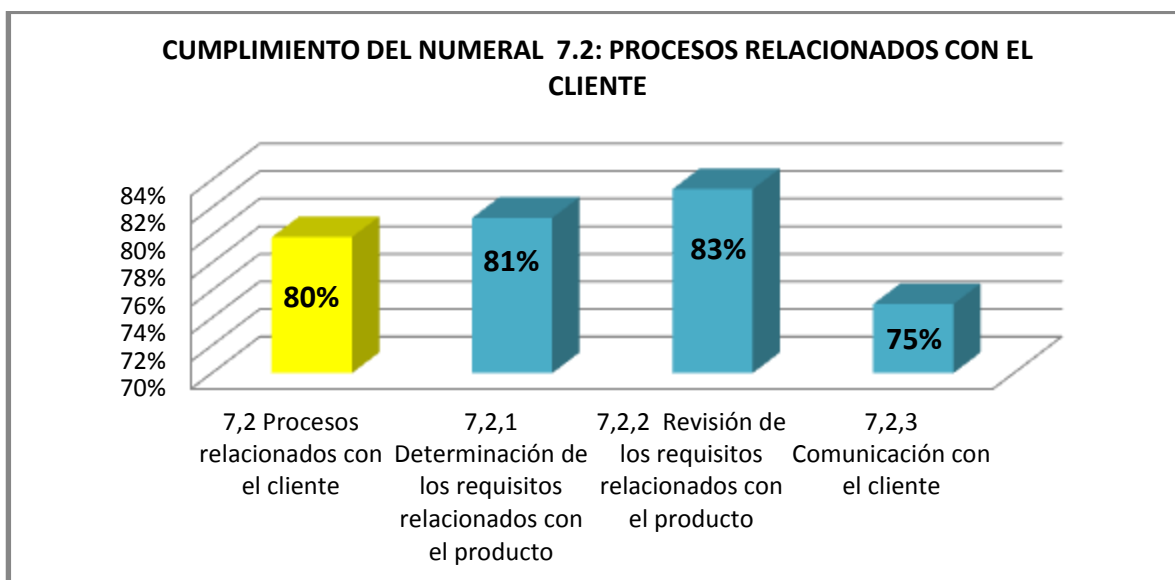
Gráfica 14. Cumplimiento inicial del numeral 7: Realización del producto



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 15 se presentan los resultados de los procesos relacionados con el cliente; el que menor porcentaje registra es el de comunicación con el cliente, debido a que falta la implementación de canales de comunicación posteriores a la prestación del servicio para la evaluación de la percepción de la calidad del servicio que pudo percibir el cliente cuando le fue prestado el servicio.

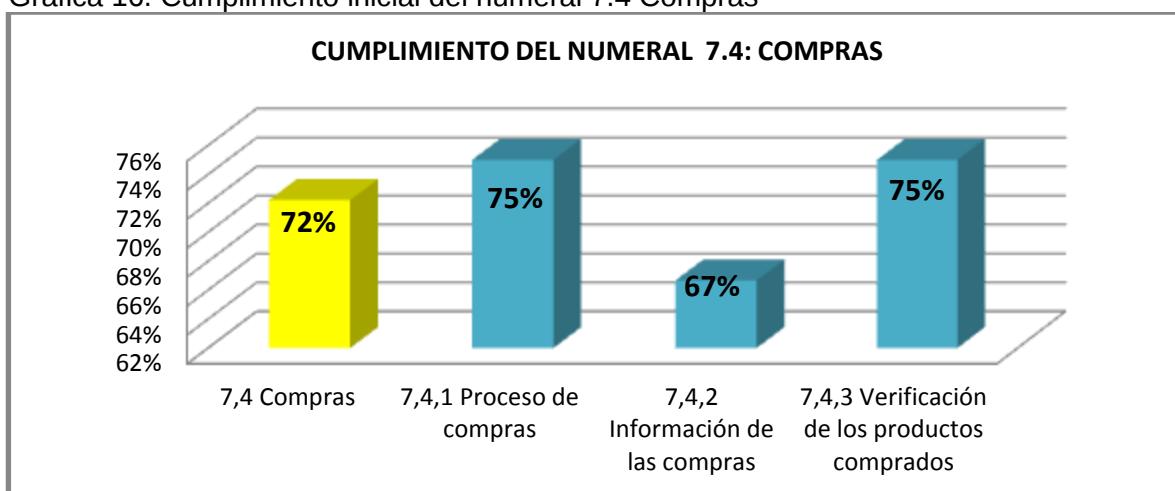
Gráfica 15. Cumplimiento inicial del numeral 7.2 Procesos relacionados con el cliente



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 16 se presenta los resultados de cumplimiento del numeral de compras, resaltando que el que presenta menor porcentaje de cumplimiento es el de información de las compra, esto debido a como se mencionaba anteriormente falta mayor recopilación de información de los proveedores de la clínica que permita identificar la idoneidad de los proveedores.

Gráfica 16. Cumplimiento inicial del numeral 7.4 Compras

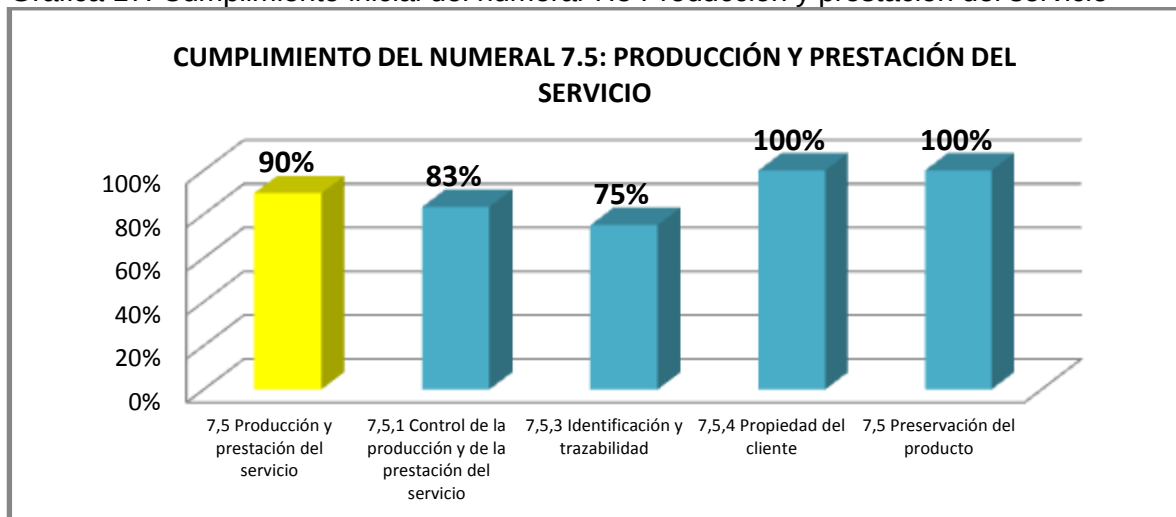


Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 17 se presenta el diagnostico inicial para el numeral de producción y prestación del servicio, destacando que el numeral de propiedad del cliente tiene un cumplimiento del 100% esto es debido a la adecuada custodia y control de

divulgación de las historias clínicas de los pacientes, siendo estos registros según la ley documentos que solo el paciente puede autorizar para que sean comunicados o divulgados a terceros.

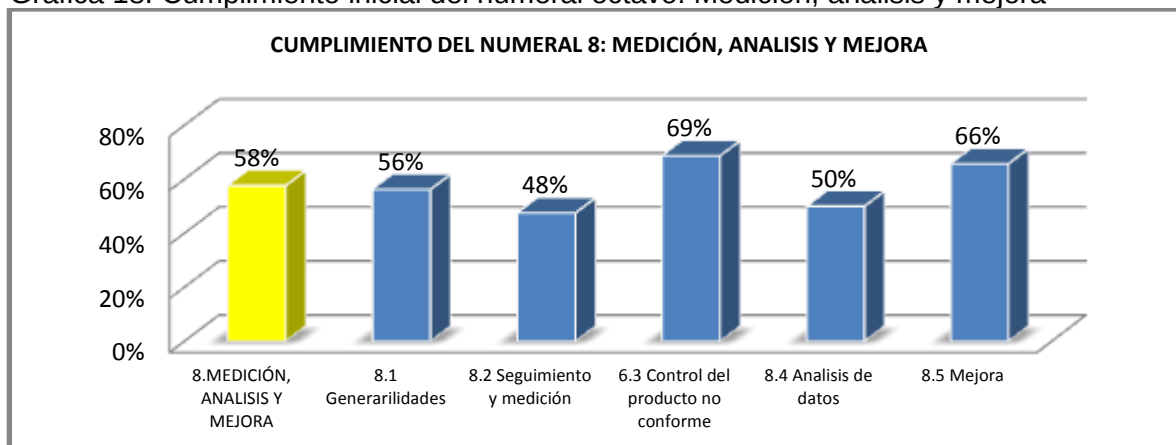
Gráfica 17. Cumplimiento inicial del numeral 7.5 Producción y prestación del servicio



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 18 está el diagnóstico al numeral 8 de medición, análisis y mejora; en este numeral los aspectos que menor cumplimiento registran son los de seguimiento y medición, y análisis de datos; estos resultados están relacionados a que no se estaba realizando medición del desempeño del sistema de gestión por medio de la aplicación de indicadores que permiten evaluar el desempeño de cada proceso que componen el sistema de gestión y por ende no se estaba realizando un análisis completo de los datos que permitiera identificar en que aspectos se debe mejorar para aumentar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

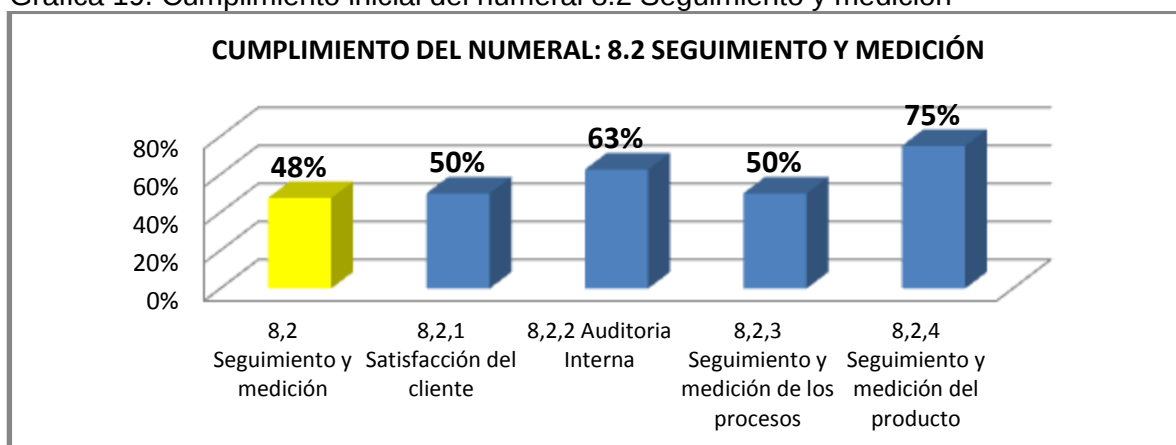
Gráfica 18. Cumplimiento inicial del numeral octavo: Medición, análisis y mejora



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 19 está el diagnóstico inicial del numeral 8.2 Seguimiento y medición, en este numeral el que menor porcentaje registra es el de seguimiento y medición de los procesos, esto debido a como se exponía anteriormente, a los procesos no se está realizando seguimiento por medio de aplicación de sus indicadores de medición.

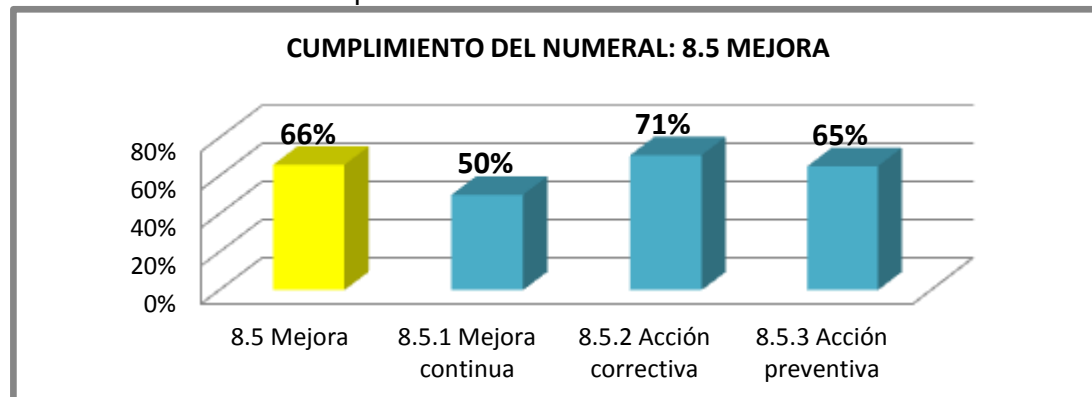
Gráfica 19. Cumplimiento inicial del numeral 8.2 Seguimiento y medición



Fuente: Autor del proyecto

En la Gráfica 20 se presenta el cumplimiento del numeral 8.5 mejora, en este numeral el ítem que menor porcentaje registra es el de mejora continua, esto debido a que como no se estaba revisando a intervalos periódicos el sistema de gestión de la calidad, no se identificaban oportunidades de mejora por medio de las cuales se logrará aumentar el desempeño del sistema de gestión de la calidad. Entre los ítems de acción correctiva y preventiva, el de correctiva tiene un mayor porcentaje debido a que cuando se presenta una no conformidad del sistema se aplican todas las medidas de control, en cambio para las acciones preventiva no se evaluaba que acciones se debían realizar para prevenir la ocurrencia de no conformidades potenciales.

Gráfica 20. Cumplimiento inicial del numeral 8.5 Mejora

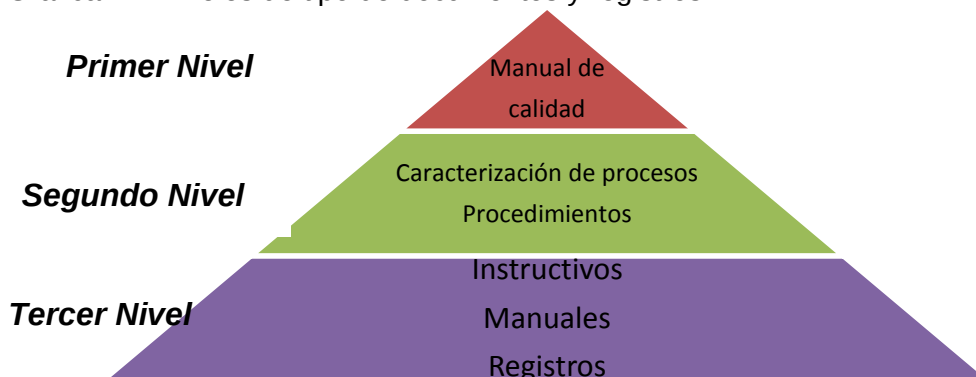


Fuente: Autor del proyecto

8. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La revisión de la estructura documental del sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2008 en la clínica psiquiátrica ISNOR, se desarrolló realizando, ajustes y aprobación de todos los documentos y registros que aplican al sistema de gestión. El orden por el cual se llevo a cabo estos procesos fue por orden de nivel de los tipos de documentos y registros, iniciando en el nivel uno y terminando en el nivel tres, en la gráfica 21 se presentan el tipo de niveles en que se clasificaron los documentos y registro.

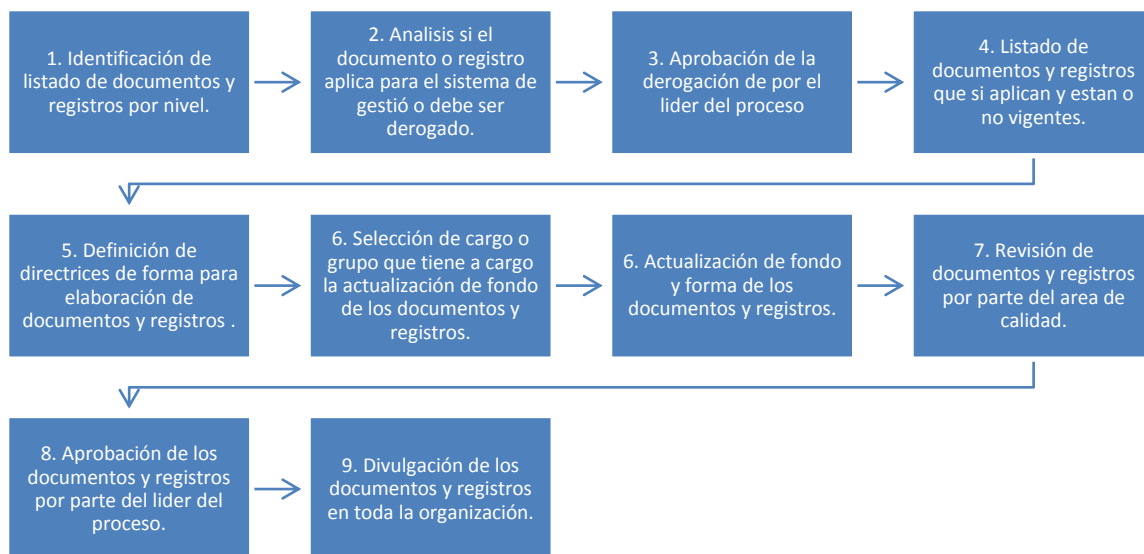
Gráfica 21. Niveles de tipo de documentos y registros



Fuente: Autor del proyecto

El proceso para la revisión y actualización de los documentos y registros de cada uno de los niveles se realizó siguiendo la siguiente metodología.

Gráfica 22. Metodología seguida para la revisión y actualización de los documentos y registros



Fuente: Autor del proyecto

Se estableció en la metodología, como desarrollo de los primeros pasos se elaboró el listado de documentos y registros existentes del sistema de gestión de calidad, clasificándolos por niveles y definiendo si aplican para el sistema y si requieren actualización de fondo o de forma, como se presenta en la tabla 4.

Tabla 4. Listado de documentos y registros actuales

#	NIVEL	NOMBRE DEL DOCUMENTO / REGISTRO	D/ R	Aplica para el sistema de gestión de calidad		Requiere actualización de fondo		Requiere actualización de forma	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Nivel 1	Manual de calidad	D	X		X			
2	Nivel 2	Caracterización del proceso de hospitalización	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de farmacia	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de consulta externa	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de urgencias	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de investigación	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de compras y suministro	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de calidad.	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de gestión organizacional	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de talento humano	D	X		X		X	
		Caracterización del proceso de gestión financiera	D	X		X		X	
		Procedimiento de elaboración de documentos	D	X		X		X	
		Procedimiento de control de documentos	D	X		X		X	
		Procedimiento de control de registros	D	X		X		X	
		Procedimiento de acciones correctivas	D	X		X		X	
		Procedimiento de auditoría interna	D	X		X		X	
		Procedimiento de acciones preventivas	D	X		X		X	
		Procedimiento de control del servicio no conforme.	D	X		X		X	
3	Nivel 3	Listado maestro de documentos	R	X		X		X	
		Control de registros	R		X				
		Registro de capacitación y entrenamiento del personal	R	X		X		X	
		Registro de acciones correctivas y preventivas	R	X		X		X	
		Formato de plan de acción correctiva y preventiva.	R	X		X		X	

#	NIVEL	NOMBRE DEL DOCUMENTO	D/ R	Aplica para el sistema de gestión de calidad		Requiere actualización de fondo		Requiere actualización de forma	
				SI	NO	SI	NO	NO	SI
3	Nivel 3	Formato de control de inventario de farmacia	R	X		X		X	
		Formato de historia clínica	R	X		X		X	
		Formato para la comunicación de sugerencias, reclamos y sugerencias.	R	X		X		X	
		Manuales para el desarrollo de las actividades misionales de la Clínica ISNOR.	R	X			X	X	
		Instructivos para la prestación de servicio de consulta externa, hospitalización y terapia grupal	R	X			X	X	
		Registros que se requieren para el desarrollo de las actividades misionales	R	X			X	X	

Fuente: Autor del proyecto con información del departamento de calidad de la Clínica ISNOR

De la identificación y análisis de documentos y registros actuales del sistema de gestión de la calidad se estableció lo siguiente:

- El formato de *Control de Registros* es recomendable derogarlo debido a que lo expuesto es similar a lo establecido en el procedimiento de control de registros, por lo cual este contiene información repetida y que es no alcance para un formato.
- Los manuales, instructivos y registros para el desarrollo de las actividades misionales requieren ajustes de forma, pero no de fondo debido a que la unidad científica de la Clínica ISNOR al realizarle la consulta sobre si estos formatos requerían algún cambio de fondo, manifestó que el contenido técnico y científico de estos es acorde a lo necesario por parte de la unidad médica de la clínica.
- Los demás documentos y registros requieren de ajustes de fondo y forma, debido a los cambios en los procesos misionales y organizacionales de la Clínica ISNOR.

8.1 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad como documento principal que define y orienta el sistema de gestión de calidad, debido a su relevancia su revisión se realizó conjuntamente con el comité de calidad por medio de reuniones sistemáticas en las cuales se revisó cada uno de los aspectos que lo componen y de los cuales eran necesarios realizar ajustes. Los cambios que se consideraron necesarios realizar son en los siguientes ítems:

8.1.1 Alcance y exclusiones del sistema de gestión de la calidad

El alcance anterior del sistema de gestión de la calidad antes abarcaba los procesos de dirección, misionales y de apoyo. Los procesos misionales que estaban incluidos en el sistema de gestión de la calidad eran los de consulta de urgencias, hospitalización, consulta externa, investigación y de farmacia. Los procesos de apoyo son los de servicios generales, compras y suministro, gestión de talento humano, gestión financiera y servicios financieros; y los servicios de dirección son los de gestión organizacional, gestión científica y gestión de calidad. En el comité de calidad se estableció que era necesario ampliar el alcance del sistema de gestión en los procesos misionales y retirar unos procesos de los de apoyo y dirección, por lo tanto el alcance del sistema de gestión quedo de la siguiente manera:

El alcance del sistema de gestión de la calidad abarca los procesos misionales, de dirección y apoyo de la Clínica Psiquiátrica ISNOR, entre los procesos misionales están los servicios de consulta de urgencias, hospitalización, consulta externa, investigación, actividades terapéutica y de prevención y promoción de la salud mental. Entre los de apoyo están los procesos de gestión del talento humano, financiera, compras y suministro; y los procesos de dirección son los de gestión científica y de la calidad.

De las exclusiones del sistema de gestión de la calidad, continúan siendo las mismas, las cuales son:

- Numeral 7.3 de *Diseño y Desarrollo*

En la Clínica Psiquiátrica ISNOR las técnicas que se aplican para la prestación de los servicios de su portafolio, son las certificadas y avaladas por la comunidad científica internacional de psiquiátrica y psicología, por lo cual todos los protocolos de atención a los usuarios son protocolos ya validados y certificados por las entidades regulatorias. Por lo expuesto anteriormente en la Clínica Psiquiátrica ISNOR no se diseñan los protocolos de atención a los usuarios sino que se aplican los establecidos y validados por la comunidad de psiquiatría y psicología mundial.

- Numeral 7.5.2 *Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio*

Se excluye este numeral porque los servicios resultantes no se pueden verificar mediante actividades de seguimiento o medición posteriores, esto debido a que el paciente de salud mental se estabiliza, pero no se cura en su totalidad.

8.1.2 Política de calidad

La política de calidad anterior de la Clínica ISNOR, era la siguiente:

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

En el comité de calidad se propone que se debe cambiar la política calidad, agregándole que no solo se prestan servicios de salud mental de nivel II de complejidad sino que también se ofrecen servicios de salud mental como terapias grupales y actividades de promoción y prevención a la comunidad para una adecuada salud mental. Con los anteriores cambios la nueva política de calidad es la siguiente:

La Clínica Psiquiátrica ISNOR es una organización comprometida con la prestación de servicios de salud mental tanto de nivel II de complejidad, como de servicios de prevención y promoción de una adecuada salud mental para la población objetivo. La calidad de sus servicios la logra por medio de contar con recurso humano especializado, idóneo y orientado hacia la satisfacción del cliente y comprometido con el mejoramiento continuo de los procesos y el avance del conocimiento científico para ofrecer a cada uno de los pacientes una atención integral, adecuada a su situación y con calidez humana.

8.1.3 Objetivos de calidad

Anteriormente se tenían establecidos solo dos objetivos de calidad, estos era:

- Administrar las acciones de salud integral de las personas con compromiso en su salud mental, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos de salud mediante una oferta de servicios de calidad, con calidez y eficiencia, propiciando la participación activa de la comunidad ISNOR S.A. y de esta forma mejorar continuamente todos sus procesos.
- Contar con el personal más idóneo para la organización, por medio de adecuados procesos de selección, desarrollo y capacitación, con el objetivo de disponer del mejor talento humano para la prestación de los servicios adecuados de salud mental.

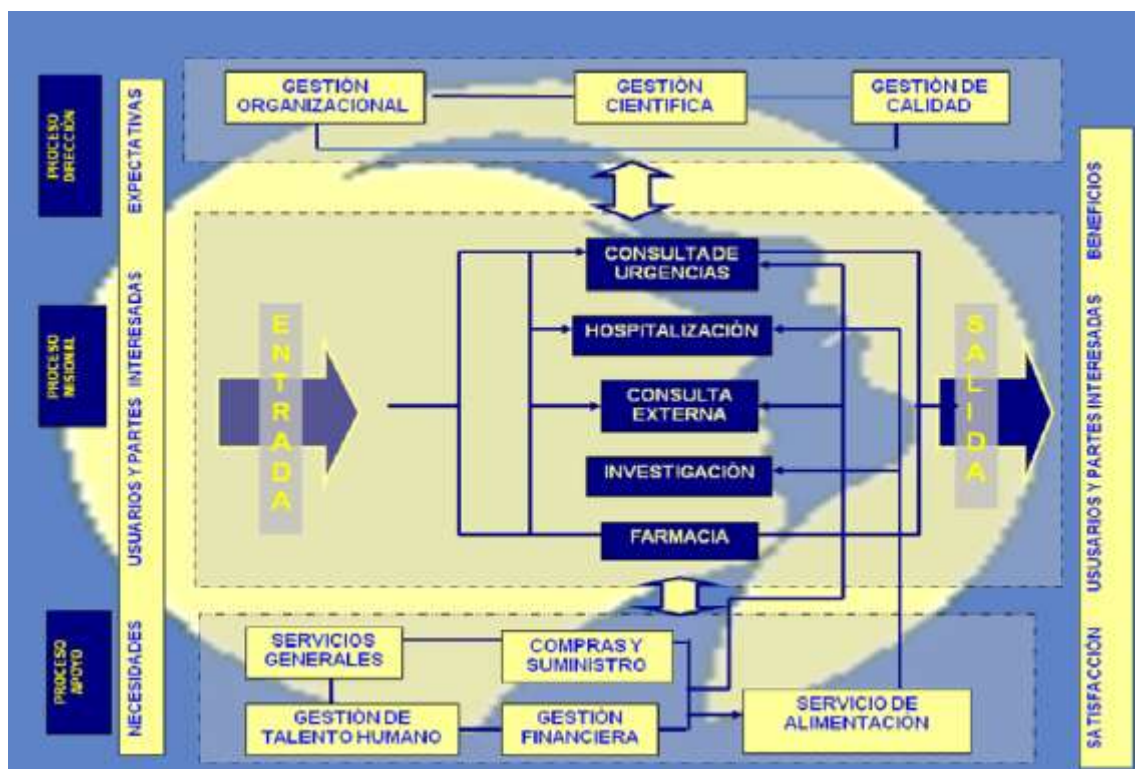
En el comité de calidad se estableció que estos objetivos eran pertinentes, pero era necesario agregar más objetivos calidad, según el alcance del sistema y la política de calidad. Los objetivos de calidad que se agregaron son los siguientes:

- Mejorar continuamente el desempeño del sistema de gestión de la calidad, por medio de adecuados procesos actualización, implementación y medición a los procesos que componen el sistema de gestión.
- Cumplir con todos los requisitos del cliente, legales, del ministerio de la protección social, secretaria salud y demás entidades que ejercen funciones de control y seguimiento a las actividades desarrolladas en la Clínica Psiquiátrica ISNOR.

8.1.4 Mapa de procesos

El mapa de procesos que anteriormente se tenía establecido era el siguiente:

Gráfica 23. Mapa de procesos anterior



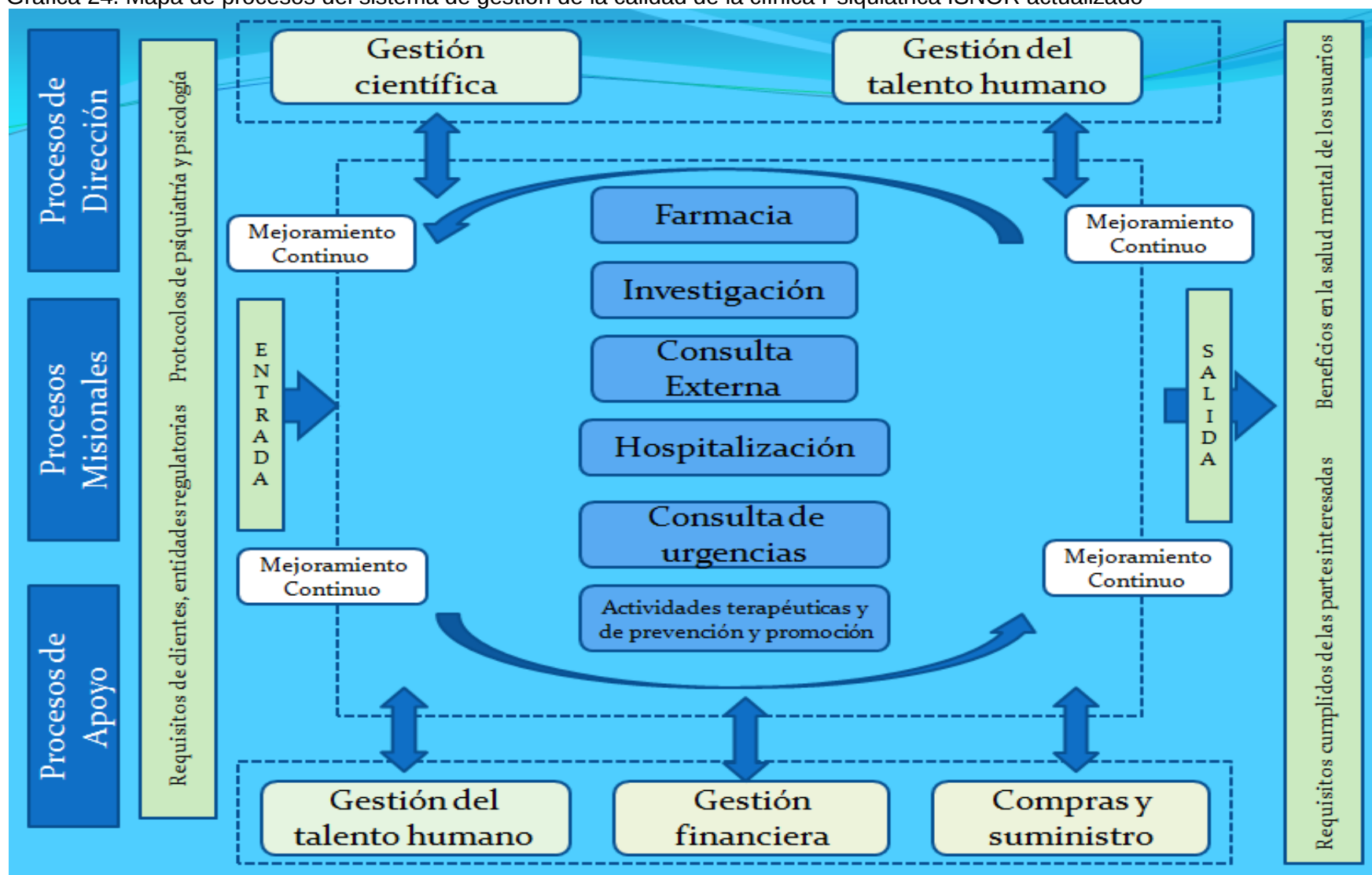
Fuente: Manual de calidad de Clínica Psiquiátrica ISNOR

Los cambios que se plantean en el mapa de procesos son los siguientes:

- Agregar a los procesos misionales el de actividades terapéuticas y de prevención y promoción.
- Incluir gráficamente las palabras de mejoramiento continuo en el mapa de procesos.
- Retirar de los procesos de dirección el de gestión organizacional.

- De los procesos de apoyo retirar los procesos de servicios generales y el servicio de alimentación, esto debido a que estas dos actividades entrarían al proceso de compras y suministros.
- Como entradas al sistema están los requisitos de clientes, entidades regulatorias y los protocolos de psiquiatría y psicología.
- Como salida del sistema de gestión están los requisitos cumplidos de las partes interesadas y los beneficios que se generan a la salud mental de los clientes

Gráfica 24. Mapa de procesos del sistema de gestión de la calidad de la clínica Psiquiátrica ISNOR actualizado



Fuente: Autor del proyecto

8.1.5 Caracterización de los procesos

Para la caracterización de los procesos que componen los procesos de dirección, misionales y de apoyo al sistema de gestión de la calidad se diseñó un nuevo formato para caracterizarlo, el cual se presenta en el Anexo 2.

El contenido de cada caracterización de los procesos es la siguiente:

- **Presentación del proceso**

En la presentación del proceso se identifica el nombre del proceso, el líder y los cargos que participan para el desarrollo del proceso, además de la fecha desde cuando aplica y el tipo de proceso que es, si es de dirección, misional o de apoyo. Además de la información antes mencionada en cada caracterización se le asignó código, versión y número de páginas.

- **Objetivos del proceso**

En cada caracterización se definió el objetivo del proceso que es fin del desarrollo del mismo, el objetivo de calidad que es aporte del proceso al sistema de gestión de la calidad y además el alcance que es la delimitación hasta donde aplica el proceso en el contexto organizacional.

- **Interacción del proceso**

En la interacción del proceso se definió para cada uno de los procesos de dirección, misionales y de apoyo cuáles son sus proveedores, las entradas, actividades, salidas y los clientes de los resultados obtenidos por el proceso.

- **Soporte y medición al proceso**

En las caracterizaciones se estableció por cada proceso cuales eran los recursos requeridos para su ejecución, los documentos y registros asociados y además con cuales indicadores se le iba a realizar seguimiento al proceso. Para la definición de estos aspectos en el comité de calidad se identificó que clase de recursos humanos, económicos y tecnológicos requería cada proceso.

- **Cargos responsables de elaborar, revisar y aprobar**

Para que las caracterizaciones cumplan con el procedimiento de control de documentos, a cada una se le asignó el personal que tenía a cargo su elaboración, revisión y aprobación. El cargo encargado de la elaboración es el líder del proceso, el de revisión es el de Director del Sistema de gestión de la calidad y el de aprobación es el gerente de la clínica.

Para cada uno de los procesos de dirección que son dos, los misionales que son seis y los de apoyo que son tres se realizó la caracterización, en el presente documento no se anexan debido a políticas de confidencialidad de la Clínica

Psiquiátrica ISNOR, esto debido a los servicios de salud mental que se prestan y por directriz impartida por la gerencia de la organización.

8.2 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Para la revisión y actualización de los procedimientos mandatorios que cuenta actualmente el sistema de gestión de calidad, se diseñó un formato proforma para la elaboración de los procedimientos, esto con el objetivo de unificar la forma de presentación de los procedimientos y facilitar la identificación, divulgación y actualización de los mismos. En el Anexo 3 se presenta el formato proforma para la elaboración de documentos.

El contenido que se estableció para el formato de los procedimientos es que como mínimo a cada procedimiento se le debe establecer:

- Objetivo.
- Glosario.
- Condiciones generales en las cuales se puede especificar aspectos científicos, operativos, contractuales u otros aspectos que le den soporte y orientación al desarrollo de las actividades del procedimiento.
- Desarrollo. En el desarrollo se deben establecer las actividades, los responsables y la descripción de la actividad.
- Contingencias, son las acciones que se deben aplicar cuando alguna actividad no se pueda realizar como se requiera por alguna falla en algún recurso, actividad o una desviación registrada de la actividad.
- Relación de versiones. En la relación de versiones se establecen los cambios realizados al procedimiento en cada una de las actualizaciones, para de esta forma contar con trazabilidad de los cambios realizados al procedimiento.
- Personal responsable de la elaboración, revisión y aprobación del procedimiento. En este numeral se estableció los cargos y personas responsables de la elaboración del procedimiento, quien lo revisó y por último la aprobación del líder del proceso; después que un procedimiento cuenta con esta información puede ser divulgado en la organización según lo que se establece en el procedimiento para el control de documentos.

Después que se estableció el formato proforma y se divulgó en la organización, cada líder del proceso se encargó de la actualización de fondo del procedimiento y de consignar la información en el formato proforma para elaboración de documentos.

Después que cada líder presentó actualizado los procedimientos, en el área de calidad se realizó revisión de forma y que todos los documentos cumplieran con cada uno de los ítems que se establecen en el procedimiento de control de documentos; después de este paso se continuó con la divulgación de los

procedimientos en la Clínica Psiquiátrica ISNOR y de esta manera se llevo a cabo el proceso de actualización y divulgación de los procedimientos en la organización. En el presente documento no se presentan estos procedimientos en los anexos, debido a las políticas de confidencialidad de la información de la Clínica ISNOR, en las cuales se establece que esta información solo no puede ser publicada o difundida sin autorización previa de la junta directiva de la clínica.

8.3 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS

Para la revisión y actualización de los registros se siguió un proceso similar al de revisión y actualización de documentos, para esto se diseño un encabezado proforma que deben contener todos los formatos que se utilicen en la Clínica ISNOR, en el anexo 4 se presenta este formato proforma. Las ventajas al unificar un formato proforma fueron que se facilito el control de registros y además brindo guía a los líderes de los procesos que tuvieron a cargo la actualización de los registros. Para los registros que se requería ajustes de fondo, cada área a cargo de su elaboración y uso las realizó, y para los formatos que solo debían ser actualizados de fondo en el departamento de calidad se realizaron estas actualizaciones.

9. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

En las empresas de servicios el factor diferenciador y por el cual el cliente mide la calidad de los servicios es principalmente por la competencia y la calidad del talento humano que tenga la empresa. Es por esto que en los sistemas de gestión de la calidad contar con personal capacitado, que identifique sus roles y responsabilidades en el sistema de gestión y además aporte para el mejoramiento del sistema, es la clave principal para lograr un alto desempeño tanto del sistema de gestión como el organizacional. Es por esto que uno de los objetivos de la práctica empresarial fue el desarrollo e implementación de programas de capacitación tanto general para todo el personal de la empresa, como un programa de capacitación específica para grupos de cargos.

9.1 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

La metodología que se siguió para el desarrollo del programa de capacitación se divide en tres pasos, como se presentan en la gráfica 25.

Gráfica 25. Metodología para desarrollo de programa de capacitación



Fuente: Autor del proyecto

El objetivo de establecer esta metodología era contar con el apoyo del gerente para la disponibilidad del tiempo del personal para asistir a las capacitaciones y el suministro de los demás recursos requeridos para su adecuado desarrollo.

9.2 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

Para establecer las necesidades de capacitación se clasificaron en dos, en capacitación general que aplica para todo el personal y en específica que es para determinados cargos. Por medio de la identificación de necesidades se presentó a la gerencia de la Clínica ISNOR un plan de capacitación general para todo el personal de la Clínica y una específica que es requerida por cada uno de los departamentos de la organización.

En la tabla 5 se presentan las necesidades de capacitación general, para la identificación de estas necesidades se indagó en el personal sobre el

conocimiento que tenía sobre un sistema de gestión de la calidad, los beneficios de tenerlo implementado y que control documental se debe tener sobre el mismo para contar evidencia de su cumplimiento y mejora.

Tabla 5. Diagnóstico de necesidades generales de capacitación

No.	TEMA	DESCRIPCIÓN
1	Aspectos generales de un sistema de gestión de calidad	Se requiere que el personal cuales son los aspectos generales de un sistema de gestión de la calidad como objetivo de un sistema, beneficios, numerales principales y como es el proceso de diseño, implementación y acreditación de una empresa en la norma ISO 9001:2008.
2	Gestión basada en procesos como medio de mejoramiento de la calidad y de la organización.	Como funciona un modelo de gestión de la calidad basado en gestión por procesos y como es el nuevo mapa de procesos de la empresa.
3	Estructura documental de un sistema de gestión de la calidad	Cuáles son los procedimientos que se tiene establecida en la Clínica ISNOR para la gestión documental. Cuáles son las ventajas de una adecuada gestión de documentos y registros.
4	Importancia de un sistema de gestión de la calidad en una organización que presta los servicios de salud.	Beneficios a nivel organizacional, de la satisfacción del cliente y del personal de tener implementado un sistema de gestión de la calidad. Cuáles son los desafíos para una organización cuando comienza un proceso de implementación de un sistema de gestión y cuáles son las principales causas por las cuales un sistema de gestión de la calidad no tiene éxito en el proceso de implementación.
5	Requisitos del cliente y normativos que le aplican a las organizaciones de servicio de salud.	Cuáles son los requisitos de un cliente de los servicios de salud mental que se ofrece en la Clínica ISNOR, cuales son los requisitos de una entidad regulatoria y como desde cada cargo se da cumplimiento a estos requisitos.

Fuente: Autor del proyecto

En la tabla 6 se presenta el diagnóstico de necesidades de capacitación por cargo, para la identificación de estas necesidades se analizaron los resultados del diagnóstico inicial en las cuales se estableció en cuales numerales se había obtenido menor porcentaje de cumplimiento por falta de capacitación específica del personal.

Tabla 6. Diagnóstico de necesidades de capacitación específicas

No.	CARGOS O ÁREA DE LA EMPRESA	DESCRIPCIÓN
1	Gerente, Director científico de la clínica, director administrativo y enfermeras jefes	Importancia de la participación y revisión de un sistema de gestión de la calidad por parte de la alta gerencia de la organización.
2	Recepcionista, auxiliar de enfermería, regente y auxiliar de farmacia, auxiliar de psicoterapeuta	La calidad en el servicio, eje diferenciador de una organización de servicios.
3	Médicos generales, psiquiatras, psicólogos	Manejo de la información en las entidades de servicios de salud.
4	Líderes de los procesos establecidos en el mapa de procesos y las caracterizaciones.	Creación, actualización y mejoramiento de los documentos y registros en un sistema de gestión de la salud.

Fuente: Autor del proyecto

9.3 DISEÑO DE PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Con el objetivo de contar con el apoyo de la gerencia con el suministro de recursos y la disponibilidad de tiempo del personal para que asista a las capacitaciones, se presenta un programa de capacitación tanto general para todo el personal como específico por cargo, según las necesidades de capacitación establecidas en el diagnóstico de necesidades.

En la tabla 7 se presenta el programa de capacitación general, el cual fue aprobado por la gerencia y se llevó a cabo en las fechas mencionadas, estas capacitaciones se realizaron por área de la empresa, esto debido a que el número de empleados no permitía realizar capacitaciones con todo el personal al mismo tiempo, además genera inconvenientes para la continuidad de la prestación de los servicios.

Tabla 7. Programa de capacitación general

#	ÁREA DE LA EMPRESA	TEMAS	FECHA
1	Dirección Científica	Generalidades de un sistema de gestión de la calidad, gestión basada en procesos, importancia de un sistema de gestión de la calidad en una organización de servicios de salud.	Junio 1 del 2011
#	ÁREA DE LA EMPRESA	TEMAS	FECHA
2	Dirección Científica	Estructura documental	Julio 1 del 2011
3	Departamento administrativo	Generalidades de un sistema de gestión de la calidad, gestión basada en procesos, importancia de un sistema de gestión de la calidad en una organización de servicios de salud.	Junio 2 del 2011
4		Estructura documental	Julio 5 del 2011
5	Departamento de servicios generales	Generalidades de un sistema de gestión de la calidad, gestión basada en procesos, importancia de un sistema de gestión de la calidad en una organización de servicios de salud.	Junio 3 del 2011
6		Estructura documental	Julio 6 del 2011

Fuente: Autor del proyecto

Es de resaltar que las capacitaciones antes mencionadas estuvieron a cargo de la Dra. Xiomara Pedraza y el estudiante Cristian Camilo Bayona, quienes organizaron las capacitaciones en instalaciones del Clínica ISNOR.

Para las capacitaciones específicas para los cargos seleccionados, la Clínica ISNOR contrato a la Ingeniera Industrial Especialista en Sistemas integrados de Gestión Tania Judith Hernández, quien en las capacitaciones específicas brindo indicaciones general sobre los temas identificados en el diagnóstico de necesidades y además realizó talleres con evaluación individual para evaluar si el personal capacitado había afianzado los conocimientos tratados en las exposiciones. El programa de estas capacitaciones específicas se presenta en la tabla 8.

Tabla 8. Programa de capacitación específica por cargos

#	CARGOS O ÁREA DE LA EMPRESA	DESCRIPCIÓN	FECHA
1	Gerente, Director científico de la clínica, director administrativo y enfermeras jefes	Importancia de la participación y revisión de un sistema de gestión de la calidad por parte de la alta gerencia de la organización.	Julio 21 y 22 del 2011
2	Recepcionista, auxiliar de enfermería, regente y auxiliar de farmacia, auxiliar de psicoterapeuta	La calidad en el servicio, eje diferenciador de una organización de servicios.	Agosto 2 y 3 del 2011
3	Médicos generales, psiquiatras, psicólogos	Manejo de la información en las entidades de servicios de salud.	Agosto 17 y 18 del 2011
4	Líderes de los procesos establecidos en el mapa de procesos y las caracterizaciones.	Creación, actualización y mejoramiento de los documentos y registros en un sistema de gestión de la salud.	Agosto 25 y 26 del 2011

Fecha: Autor del proyecto

10.PROCESO DE SOPORTE A REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Una de las actividades que tiene a cargo la Dirección de calidad y Auditoría Interna es brindar soporte a la dirección científica para el proceso de revisión periódica de las historias clínicas de los pacientes de todos los servicios prestados de salud mental. En la clínica ISNOR se consideran los siguientes registros como historias clínicas:

- Epicrisis.
- Evolución diaria de los pacientes.
- Consulta externa primera vez.
- Consulta externa control.
- Informe de atención de urgencia.

En las entidades prestadoras de servicios de salud las historias clínicas son registros de gran importancia debido a que son los registros que evidencia el tratamiento brindado a cada uno de los pacientes y por lo cual es uno de los registros de más relevancia en una entidad prestadora de servicios de salud, ante cualquier reclamación o investigación del tratamiento brindado a cada uno de los pacientes

El soporte que se brinda por parte de la dirección de calidad y auditoria a la revisión de las historias clínica es el soporte documental del proceso de revisión y el análisis posterior de los hallazgos encontrados.

En la Clínica Psiquiátrica ISNOR se cuenta con el software de nombre Medisoft para el diligenciamiento y almacenamiento digital de las historias clínicas, este software está disponible para el uso de todo el equipo médico bajo clave de cada uno y el director científico cuenta con una clave de consulta para realizar revisión y auditoria a cualquier historia clínica que considere pertinente revisar.

10.1 METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

La metodología que se siguió para la revisión de historias clínicas se presenta en la gráfica 26. Como se presenta en la gráfica el primer paso consistió en la conformación del grupo auditor el cual está compuesto por las siguientes personas:

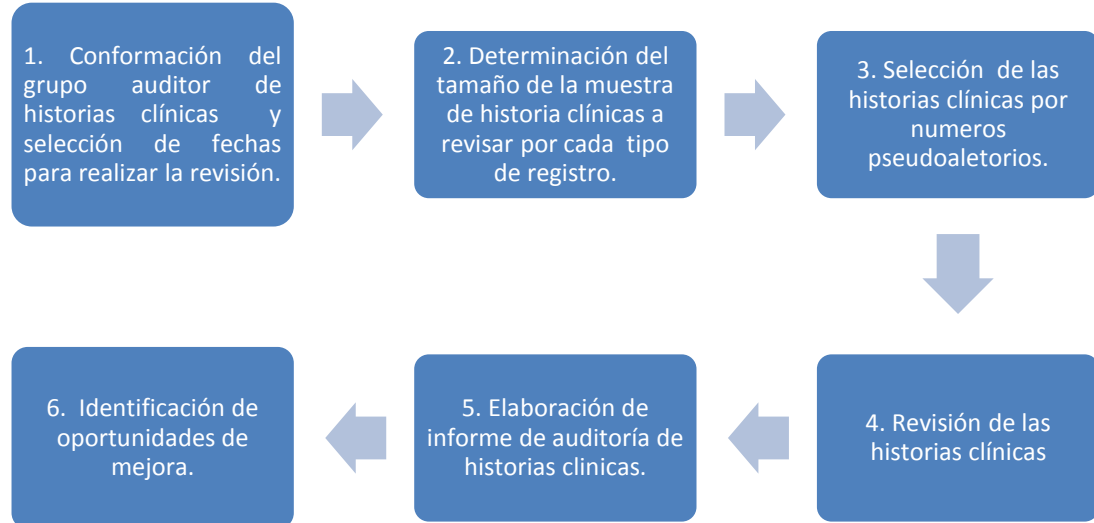
Dr. Germán Rueda - Psiquiatra.

Dra. Silvia Ruiz Cala - Psiquiatra.

Asistente del departamento de calidad: Cristian Camilo Bayona.

Las fechas en las cuales se realizaron la revisión de las historias clínicas fue entre el 23 al 27 de mayo del año 2011.

Gráfica 26. Metodología para la revisión de historias clínicas



Fuente: Autor del proyecto

El número de historias clínicas revisadas fue de 100 historias, para la determinación de este tamaño de muestra no se siguió ningún método estadístico sino que se determinó según criterio de los Doctores Germán Rueda y Silvia Ruiz Cala, debido a que en anteriores revisión de las historias clínicas también se habían revisado igual número de historias clínicas. El porcentaje de la muestra que corresponde a cada registro se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfica 27. Porcentaje que representa cada registro en el total de la muestra



Fuente: Autor del proyecto

Las historias clínicas que se revisaron son las que se han creado o modificado del primero de enero del 2011 hasta el 22 de mayo del mismo año. Para la selección de las historias clínicas por cada registro se tomó el número de control de cada historia clínica del periodo en que se estaba analizando y por medio de números pseudoaleatorios se seleccionó el componente de cada elemento de la muestra.

Al contar con la muestra seleccionada se procedió a la revisión de cada historia clínica con sus soportes si dado caso tenían, la revisión de los aspectos científicos estuvo a cargo de los doctores y la parte de la revisión de gestión documental por parte del estudiante asistente del departamento de calidad.

En el anexo 5 se presenta el informe de la auditoria realizado en el formato diseñado para su presentación.

10.2 ASPECTOS A EVALUAR EN REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Los aspectos evaluar se clasificaron en aspectos médico-científicos y en aspectos de gestión de documental, los aspectos médico-científicos evaluados fueron:

- Datos generales del paciente.
- Médico responsable de la atención al paciente.
- Descripción detallada del estado de salud del paciente
- Enfermedad prescrita.
- Tratamiento farmacológico designado.
- Tratamiento psicoterapéutico designado.
- Respuesta evidencia al tratamiento médico asignado.

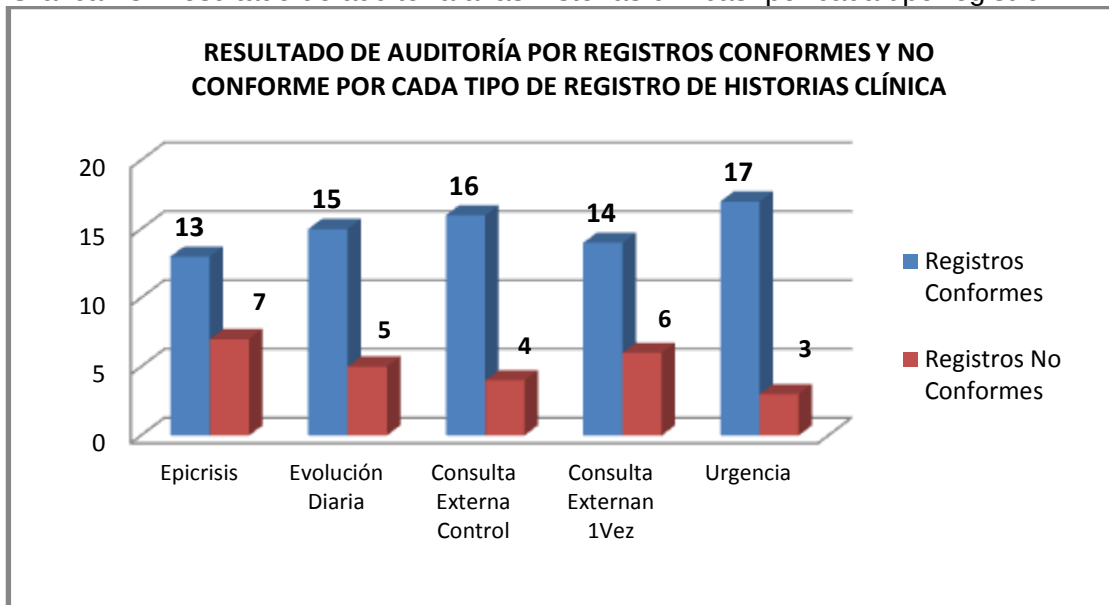
Por parte de la gestión documental se revisaron los siguientes aspectos:

- La información que se requiere este diligenciada en su totalidad.
- El registro sea de fácil identificación.
- Cumpla con todos los ítem establecidos para el control de documentos y registros.

10.3 RESULTADOS DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Los resultados obtenidos de la revisión a las historias clínicas se clasifican por el número de registros que son conformes debido a que cumplen con la totalidad de los aspectos evaluados a nivel médico-científico y a nivel documental, y los no conformes son los que no cumplen en por lo menos en uno de los aspectos antes mencionados. En la gráfica 28 se presentan los resultados de la auditoría realizada a las historias clínicas, resaltando que los registros en los cuales se presentan mas no conformidades son las epicrisis y las historias clínicas de urgencias son en las que menores no conformidades se identificaron.

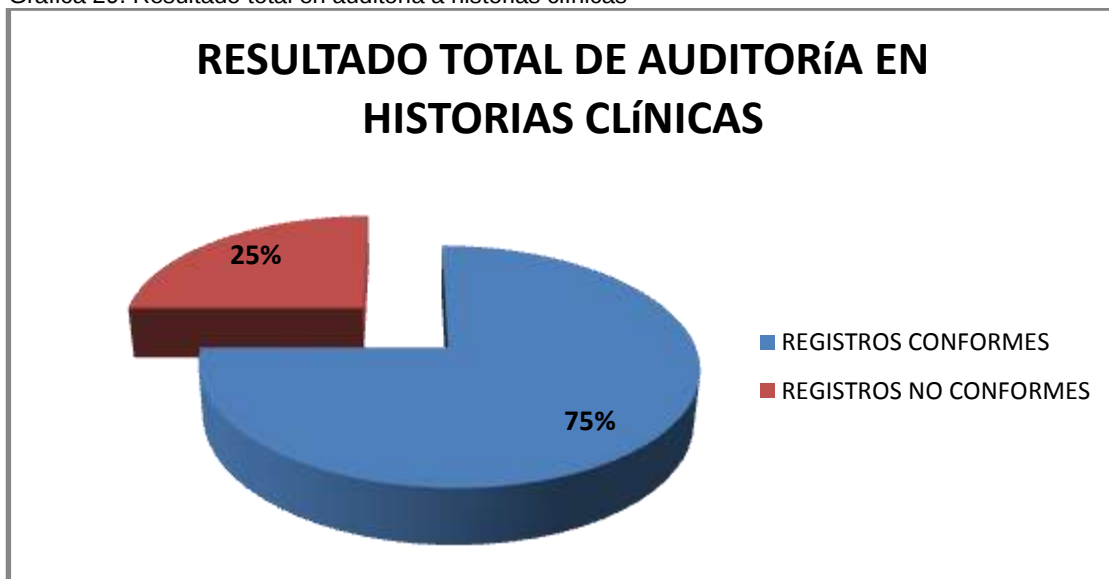
Gráfica 28. Resultado de auditoría a las historias clínicas por cada tipo registro



Fuente: Autor del proyecto

Unificando en el total de registros de historias clínicas el total de conformidades y no conformidades de cada uno de los registros, se obtuvo los resultados presentados en la gráfica 29, en los cuales se evidencia que un 75% de los registros evaluados son conformes según los criterios evaluados y en cambio un 25% de los registros presentan por lo menos una no conformidad.

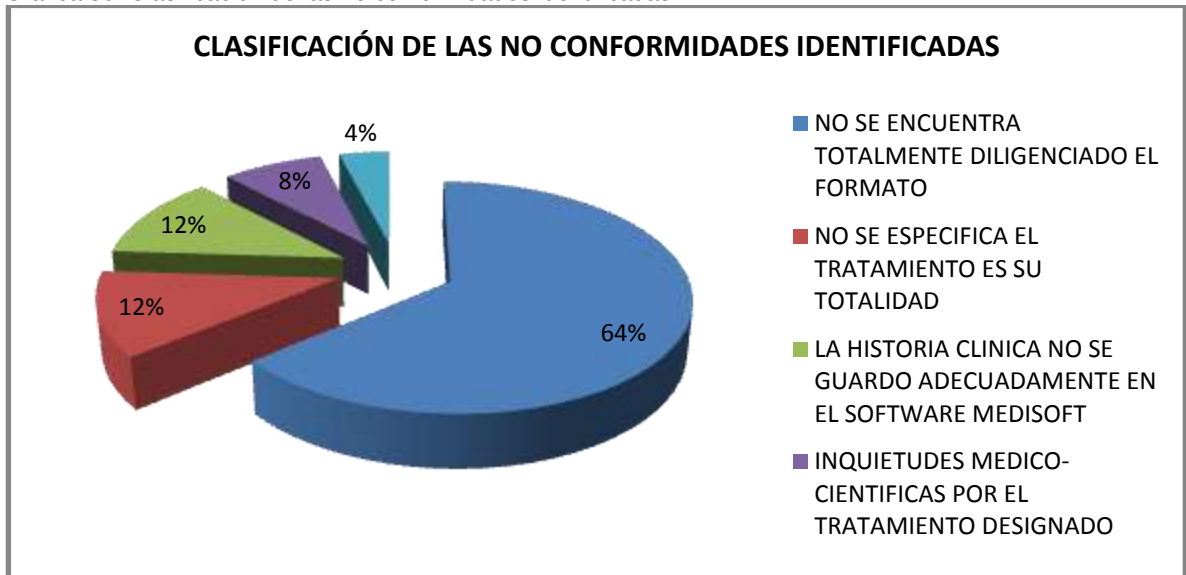
Gráfica 29. Resultado total en auditoría a historias clínicas



Fuente: Autor del proyecto

Para identificar posibilidades de mejora se clasificaron las no conformidades, según se presenta en la gráfica 30, encontrándose que un 64% de las no conformidades están relacionadas en que no se encuentra totalmente diligenciado el formato, seguido en igual porcentaje por las no conformidades que no se especificó el tratamiento en su totalidad y que la historia clínica no se guardó adecuadamente en el software MEDISOFT.

Gráfica 30. Clasificación de las no conformidades identificadas



Fuente: Autor del proyecto

Según los resultados expuestos anteriormente es válido mencionar que se deben realizar acciones correctivas para que los profesionales en salud mental, en el momento en que creen un formato de historia clínica lo completen en su totalidad. Para cumplir con esta oportunidad de mejora en la reunión semanal del departamento científico de la Clínica ISNOR se expusieron los resultados obtenidos de la revisión de las historias clínicas y se concientizó a los profesionales en salud mental de la importancia tanto médica como legal de contar con todos los formatos completos, además de la socialización de estos resultados se habló con los técnicos de soporte del software MEDISOFT la opción que cuando una historia clínica no se complete en su totalidad quede como un pendiente con alerta para el profesional de salud mental.

11. DIAGNÓSTICO FINAL

El diagnostico final es la medición del estado de cumplimiento de los numerales de la norma ISO 9001:2008 después de los ajustes realizados, una de las ventajas de realizar el diagnostico final es que permite identificar en que aspectos de la norma se aumentó su porcentaje de cumplimiento y en cuales no se presentó un mejoramiento significativo.

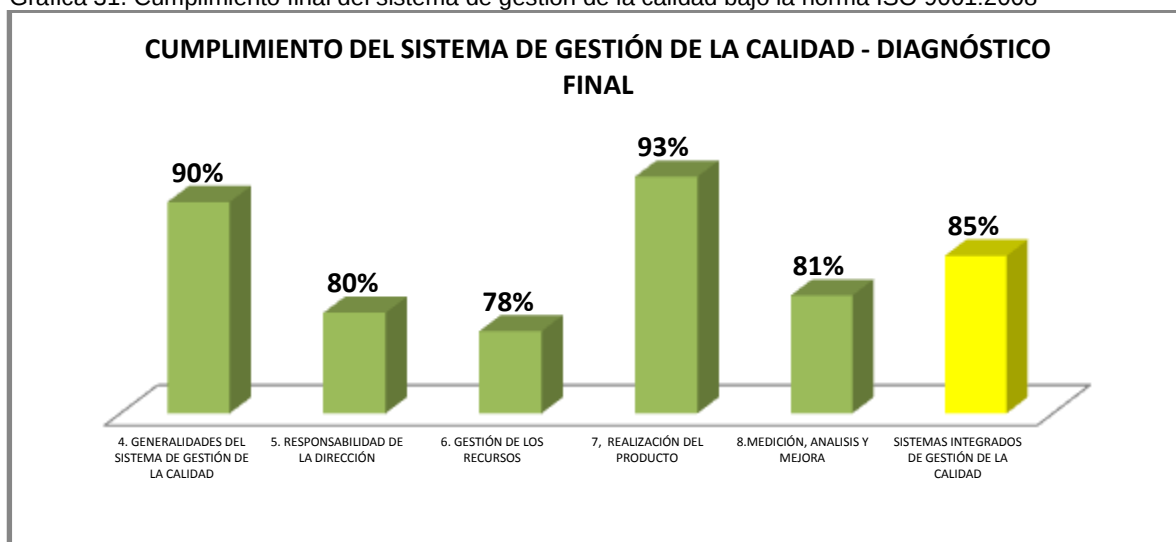
11.1 METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO FINAL

La metodología que se siguió para realizar el diagnóstico final es la misma que se implementó para realizar el diagnóstico inicial, la cual consistió en aplicar una lista de chequeo en la cual se busca evaluar cuál es el estado de cumplimiento de cada uno de los numerales, en el anexo 6 se presentan los resultados de la aplicación de la lista de chequeo para realizar el diagnostico final.

11.2 RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO FINAL

En la gráfica 31 se presentan los resultados de cada uno de los numerales, resaltando que cada uno registra un mejoramiento significativo respecto al diagnóstico inicial. El porcentaje de cumplimiento de todo el sistema de gestión paso de un 70% a un 85%, esto debido principalmente al mejoramiento del numeral de medición, análisis de mejora que registro un aumento del 41%, el numeral que menor porcentaje de cumplimiento registra en el diagnostico final es el de gestión de los recursos, esto debido a las restricciones en infraestructura y espacio que tiene actualmente la clínica.

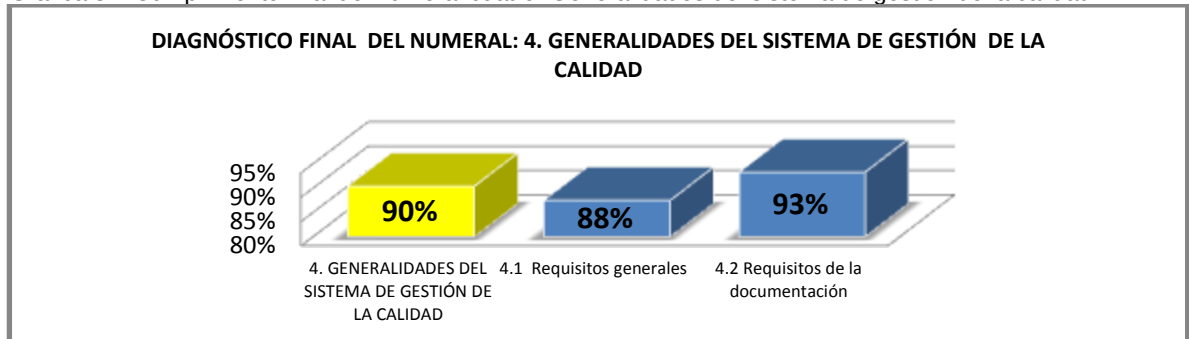
Gráfica 31. Cumplimiento final del sistema de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9001:2008



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 32 se presenta el porcentaje de cumplimiento del numeral generalidades del sistema de gestión de la calidad, en este numeral los aspectos a mejorar en los requisitos generales para aumentar en un mayor porcentaje de cumplimiento del sistema de gestión de la calidad, es la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados, por lo cual se requiere que la gerencia de la clínica identifique cuales son las medidas que debe tomar cuando se identifican bajos desempeño del sistema.

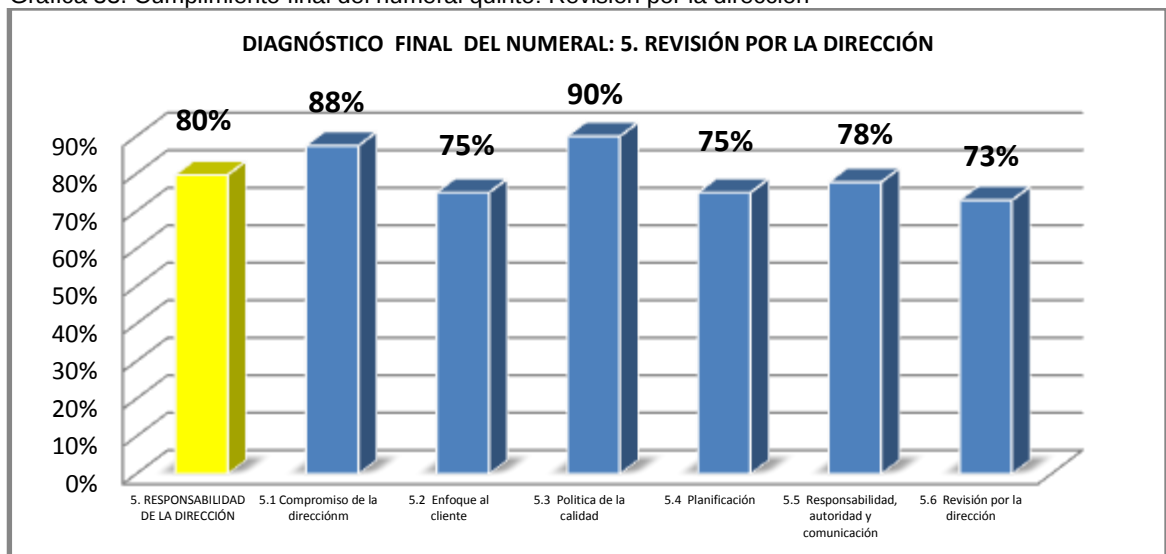
Gráfica 32. Cumplimiento final del numeral cuatro: Generalidades del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Autor del proyecto

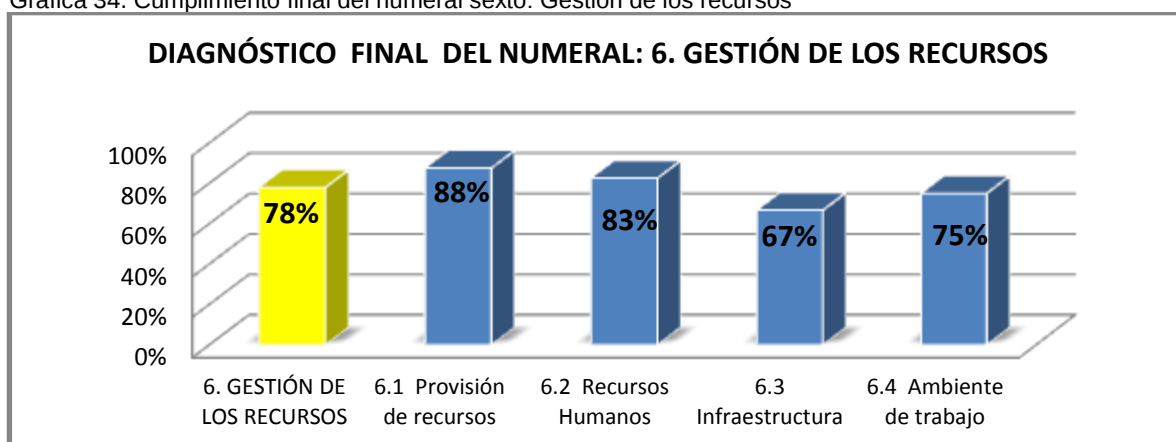
En la gráfica 33 se presenta el porcentaje de cumplimiento de los numerales de revisión por la dirección, a pesar que se aumentó significativamente el compromiso de la dirección en el sistema de gestión se requiere que la gerencia comunique constantemente al personal de la empresa que uno de los objetivos del sistema de gestión de la calidad es la satisfacción del cliente. En los otros numerales en los cuales se requiere que la gerencia participe es en el proceso de planificación, esto debido a que este proceso se continua realizando desde el área de gestión de la calidad sin un apoyo de la gerencia.

Gráfica 33. Cumplimiento final del numeral quinto: Revisión por la dirección



En la gráfica 34 se presenta el porcentaje de cumplimiento en el diagnostico final del sexto numeral de gestión de los recursos; este numeral es el que menor porcentaje de mejoramiento registra; en los ítem que mayor porcentaje aumento fue el en ambiente de trabajo, esto debido a las actividades que realizaron con todo el personal de la empresa, el ítem que sigue registrando menor porcentaje es el de infraestructura, esto debido a las restricciones de espacio con que cuenta y a que en el corto plazo no se identifica una posibilidad de expansión de las instalaciones de la empresa.

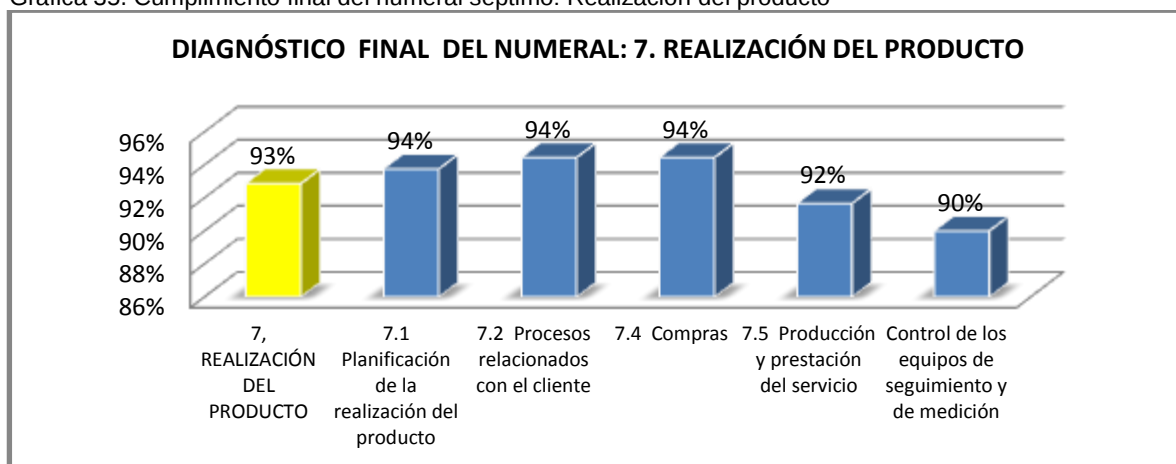
Gráfica 34. Cumplimiento final del numeral sexto: Gestión de los recursos



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 35 se presenta el porcentaje de cumplimiento del ítem de realización del producto, como se puede observar es el numeral que mayor porcentaje registra, esto debido a los protocolos con que se prestan los servicios de salud mental. El porcentaje de mejoramiento en este numeral es debido a la gestión documental que se realizó en los documentos y registros soportes de estos procesos.

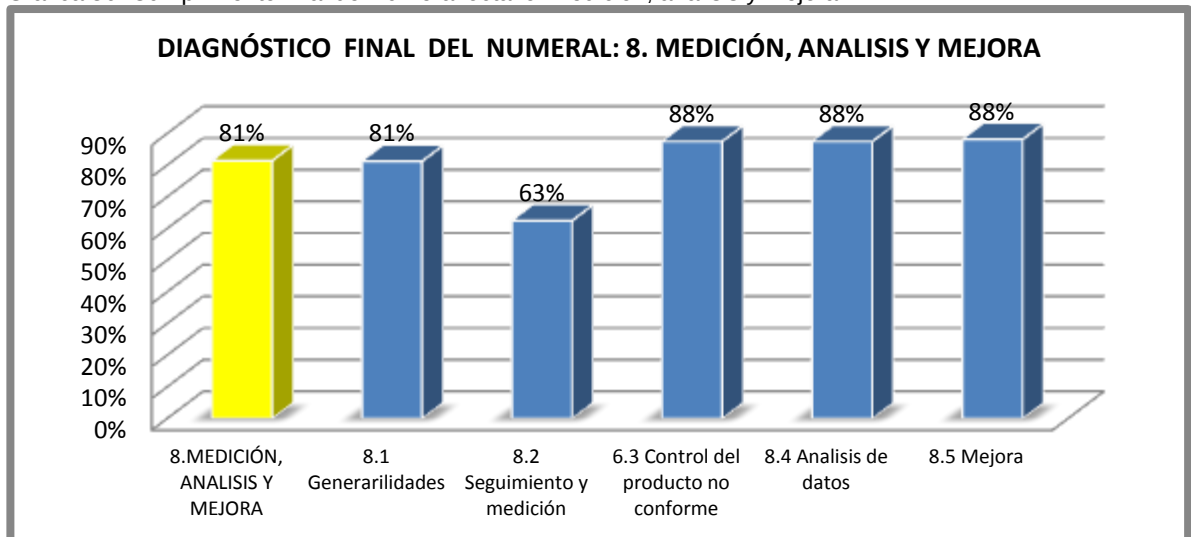
Gráfica 35. Cumplimiento final del numeral séptimo: Realización del producto



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 36 se presentan los resultados del numeral de medición, análisis y mejora; a pesar que todos los ítems presentaron un crecimiento muy significativo, el de seguimiento y medición sigue siendo el que menor porcentaje registra, esto debido a que se requiere que se establezcan los intervalos en los cuales se va a realizar seguimiento y medición al sistema de gestión de la calidad.

Gráfica 36. Cumplimiento final del numeral octavo: Medición, análisis y mejora



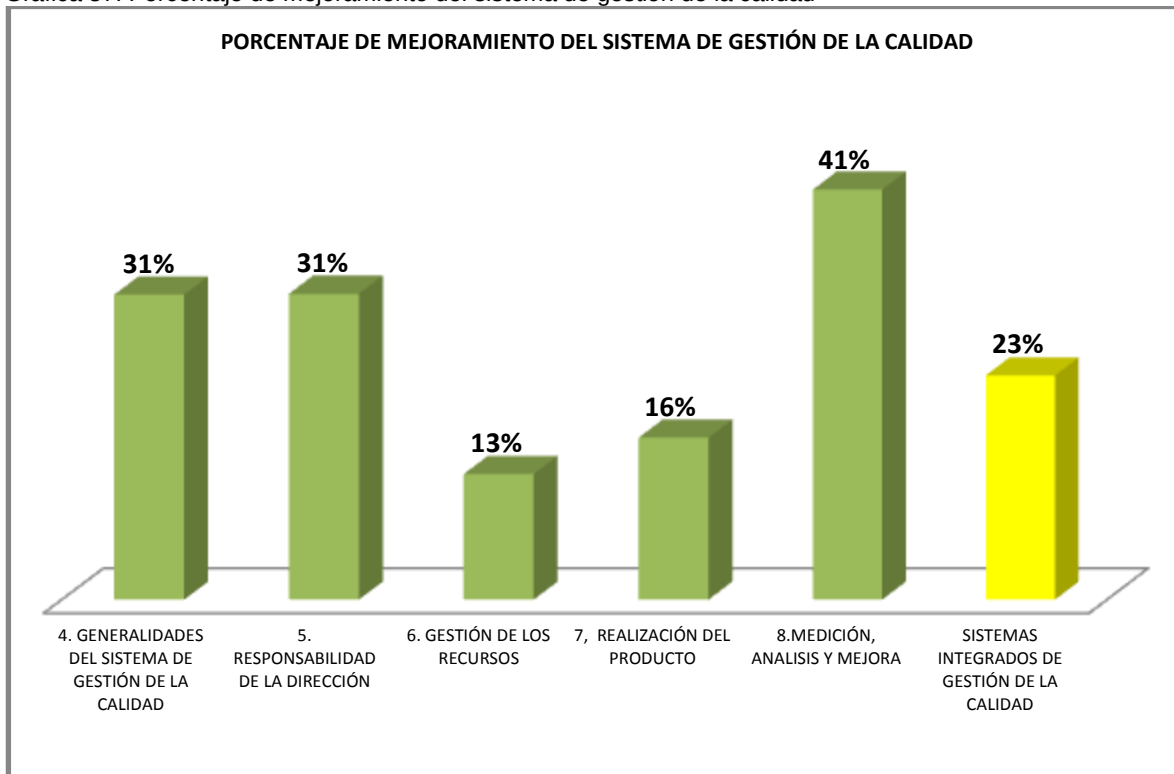
Fuente: Autor del proyecto

11.3 PORCENTAJE DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Uno de las formas para evaluar el impacto de las actividades desarrolladas para mejorar el desempeño del sistema de gestión de la calidad es evaluar cuál fue el porcentaje de mejoramiento de cada uno de los ítems. A continuación se presenta el porcentaje de mejoramiento de cada numeral y de sus ítems.

En la gráfica 37 se presenta el porcentaje de mejoramiento que registro el sistema de gestión de la calidad a nivel general y en cada uno de sus ítems. Como se puede observar el sistema de gestión presenta un mejoramiento de un 23% en el porcentaje de cumplimiento general del sistema, de los ítems el mayor porcentaje cumplimiento registra es el de medición, análisis y mejora, esto debido a que en cada una de las caracterizaciones de los procesos se establecieron los indicadores bajo los cuales se iba a realizar seguimiento a los procesos.

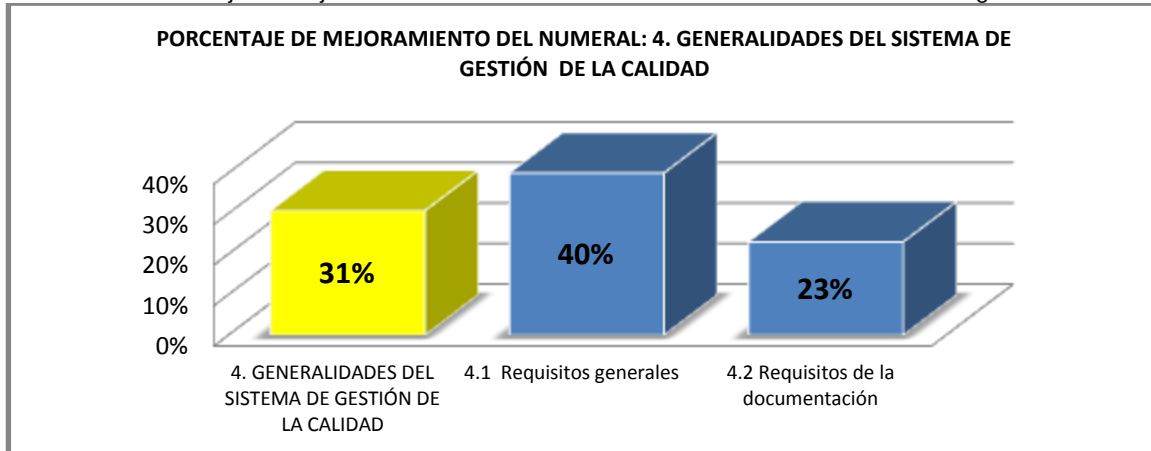
Gráfica 37. Porcentaje de mejoramiento del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 38 se presenta el porcentaje de mejoramiento de las generalidades del sistema de gestión de la calidad, resaltando que el ítem que mayor porcentaje de mejoramiento registra es el de requisitos generales, esto debido a que se actualizó el mapa de procesos, se determinaron los criterios bajo los cuales se asegura que tanto la operación como el control de estos procesos son eficaces.

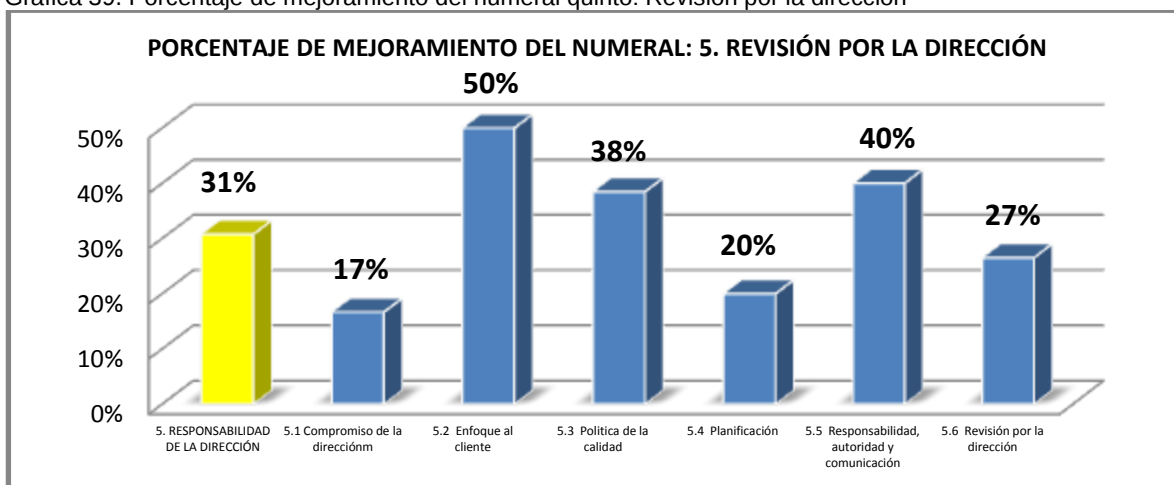
Gráfica 38. Porcentaje de mejoramiento del numeral cuarto: Generalidades del sistema de gestión de calidad



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 39 se presenta los porcentajes de mejoramiento de los procesos de revisión por la dirección, resaltando que todo los numerales que componen la norma este es el número que mayor porcentaje de mejoramiento registro, esto debido que se sensibilizó a la gerencia sobre la importancia de su papel en el adecuado desarrollo del sistema de gestión de la calidad.

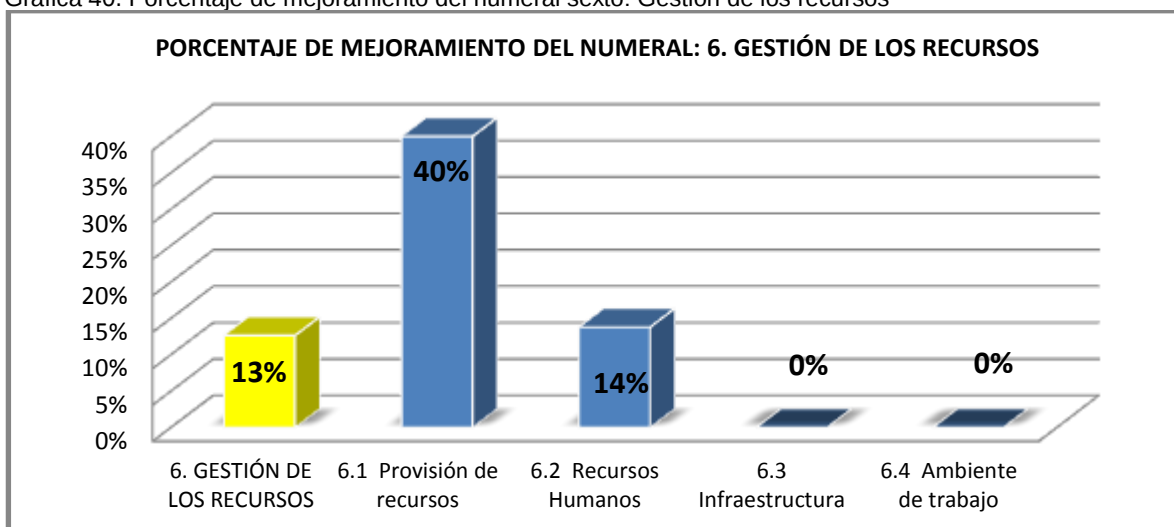
Gráfica 39. Porcentaje de mejoramiento del numeral quinto: Revisión por la dirección



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 40 se presenta los porcentaje de mejoramiento del numeral de gestión de los recursos, resaltando que el numeral que mayor porcentaje de mejoramiento registró es el de provisión de los recursos, esto debido a los ajustes que se realizaron al proceso de compras y suministros. El de infraestructura y ambiente de trabajo no presentaron mejoramiento debido a que las actividades que se desarrollaron en estos ítems no aumentaron el desempeño para el sistema de gestión de la calidad.

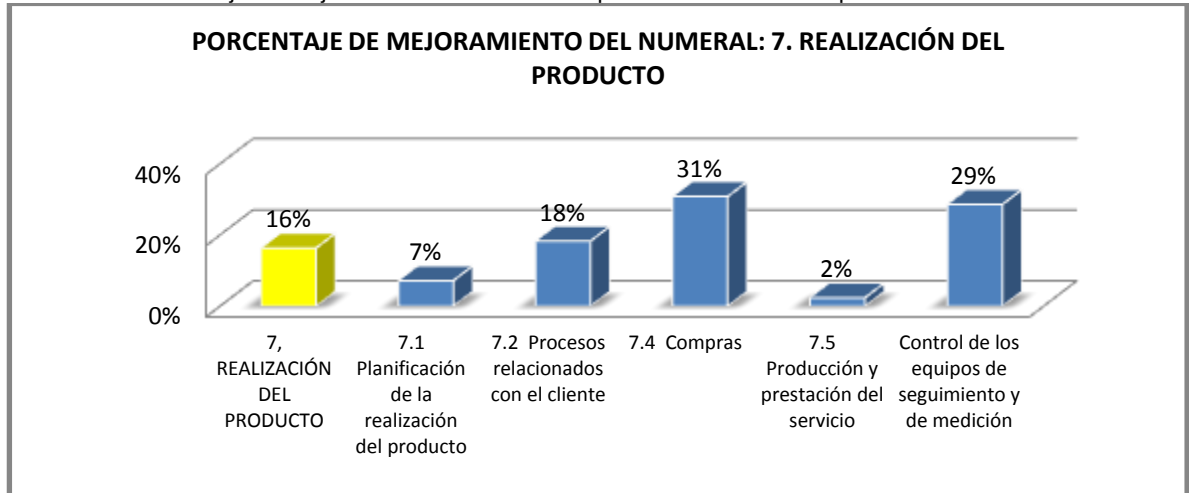
Gráfica 40. Porcentaje de mejoramiento del numeral sexto: Gestión de los recursos



Fuente: Autor del proyecto

En la siguiente gráfica 41 se presenta el porcentaje de mejoramiento del numeral de realización del producto, resaltando que los dos ítems que presentaron un mejoramiento fueron el de compras debido al mejoramiento realizado el procesos y el de control de los equipos de seguimiento y de medición, debido a que se cambió a un proveedor de estos servicios que contará con todas las certificaciones requeridas.

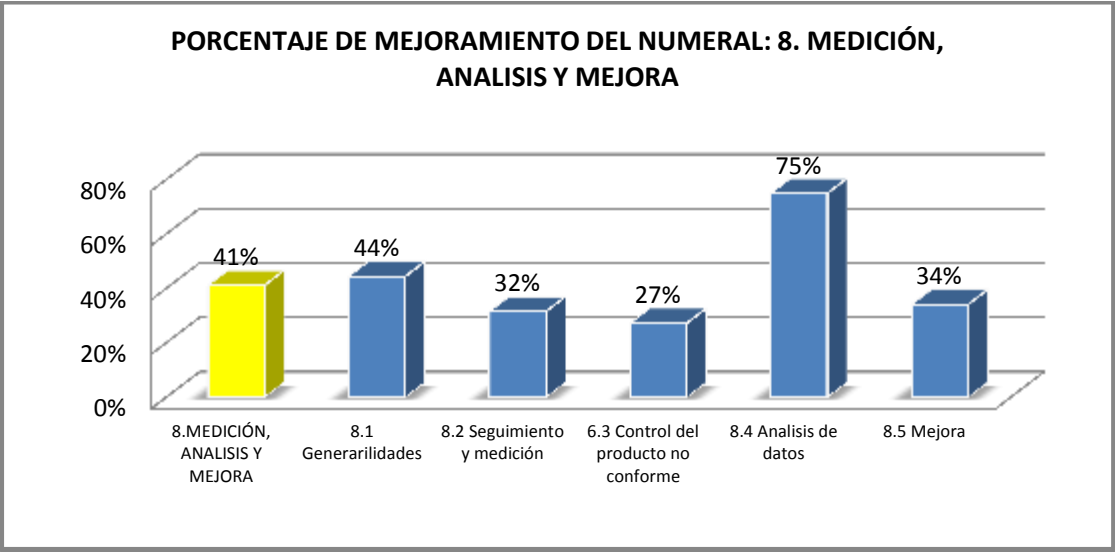
Gráfica 41. Porcentaje de mejoramiento del numeral séptimo: Realización del producto



Fuente: Autor del proyecto

En la gráfica 42 se presentan los porcentajes de mejoramiento para el numeral de medición, análisis y mejora; resaltando que el numeral que mayor porcentaje de crecimiento registro es el de análisis de datos, esto debido a los ajustes realizados en el procedimiento de control de registros y que se unificaron los formatos para la elaboración de registros, lo cual facilita la elaboración, ajustes e identificación de los registros.

Gráfica 42. Porcentaje de mejoramiento del numeral octavo: Medición, análisis y mejora



Fuente: Autor del proyecto

12.CONCLUSIONES

- Por medio del desarrollo del proyecto de grado se le da cumplimiento a todos los objetivos planteados, logrando aportar al mejoramiento del sistema de gestión de la calidad de la Clínica Psiquiátrica ISNOR por medio de la revisión de sus procesos y mejoramiento de la estructura documental.
- Se actualizó la estructura documental del sistema de gestión de la calidad, por medio de la actualización del mapa de procesos, caracterización de los procesos, registros y documentos. Además se socializó con el personal de la Clínica Psiquiátrica ISNOR los cambios realizados a cada uno de los registros y documentos.
- Por medio del diagnóstico de necesidades de capacitación, se diseñó un programa de capacitación tanto general para todo el personal de la clínica ISNOR, como un programa de capacitación específica para algunos cargos de la organización.
- En la revisión de las historias clínicas se identificó que la no conformidad que con más frecuencia se presenta en las historias clínicas, es que el equipo médico no diligencia en su totalidad los campos obligatorios, por lo cual se realizó una sensibilización al personal médico sobre la importancia técnica y legal de contar con estos registros completos y además se planteó al administrador del software MEDISOFT, diseñar una herramienta que informe al equipo médico que los registros están incompletos.
- Por medio de las actividades desarrolladas se logró aumentar el porcentaje de cumplimiento del sistema de gestión de la calidad en la Clínica Psiquiátrica ISNOR del 70% al 85%, lo cual representa un porcentaje de mejoramiento del 23% (Ver en gráfica 37).

13.RECOMENDACIONES

- Es necesario establecer a que intervalos periódicos se va a realizar la revisión del sistema de gestión de la calidad, para evitar que se presente desactualización por cambios presentados en los procesos misionales, de dirección o apoyo.
- Es recomendable seguir promoviendo la participación de la dirección en los procesos de planeación y evaluación del sistema de gestión de la calidad, esto con el fin de lograr un mayor soporte y respaldo a todos los procesos de implementación y mejorar del sistema de gestión de calidad.
- Se recomienda que la organización en un mediano plazo planee la compra o arriendo de nuevas instalaciones, porque la infraestructura actual genera un menor cumplimiento del sistema de gestión de la calidad, porque no permite que las actividades de algunos procesos misionales se realicen de la manera que se requiere.
- Debido a la importancia técnica y legal es necesario seguir socializando con el personal del equipo médico, lo relevante que es contar con historias clínicas que estén totalmente diligenciadas, para de esta forma evitar posibles inconvenientes que puedan generar detrimento económico o de la imagen de la organización.

14. BIBLIOGRAFÍA

- BUSTOS, Álvaro. Auditoria Médica. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 1999.
- DAGON ROMERO, Yuriko Rafael. Calidad y Auditoria en Salud. Bucaramanga, 2003.
- DECRETO 2309 de 2002, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá, Colombia.
- DONADEBIAN. El control de la calidad en los servicios de salud. Revista Cubana de enfermería. Mayo – Julio, 2005.
- GARCIA GALLO, Glily Tatiana. DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, DE LA CLINICA PSIQUIATRICA ISNOR, BASADO EN LA NORMA ISO:9001:2000. Universidad Pontificia Bolivariana, 2008.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. NTC – ISO 6001; 2008. Bogotá D.C:
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. NTC – ISO 6001; 2008. Bogotá D.C.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN [en línea] publicado 2009 [citado en 2010] disponible en la página de internet: [http:// www.icontec.org.co](http://www.icontec.org.co)
- LEY 100/93. DECRETO 2174 DE 1996. DECRETO 2309 DEL 202. “Por el cual se define el sistema obligatoria de garantía de calidad de la atención en salud del sistema de seguridad social en salud”.
- MEJIA GARCIA, Braulio. Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. ECOEDICIONES, cuarta edición, 2005.
- RIAÑO GAMBOA, Germán. Auditoria de calidad en salud. Legislación y estrategias de manejo. Grupo ECOMEDIOS, 2001
- RODRIGUEZ URIBE, William. Como garantizar la calidad de servicios de salud. ISS, 1997.

- RINCÓN LLAMOSA, Luis Enrique. EVALUACIÓN DE SISTEMA DE SALUD EN LO REFERENTE A SU CAPACIDAD TECNOLÓGICA, [en línea] publicado 2011 [citado en 2011] disponible en la página de internet: <http://www.utp.edu.co/investigacion/proyectos/detaññeProyectoHTML.php?cod=301>
- TESIS Y OTROS TRABAJO DE GRADO, Quinta Actualización 2002. ICONTEC NTC-1486. Documentación, presentación de tesis, trabajos de grados y otros trabajos de investigación.

ANEXOS

ANEXO 1. DIAGNÓSTICO INICIAL

Numeral de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APLICA / NO APLICA	VALORACIÓN	AVANCE %	EVIDENCIA		OBSERVACIÓN
					Verbal	Escrita	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	A	2,77	69,2%			
4,1	Requisitos generales	A	2,50	62,5%			
a	Esta establecidos los procesos para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización	A	2,00	50,0%		X	En el actual diseño del sistema de gestión están establecidos los procesos que componen el sistema de gestión de la calidad, pero los procesos establecidos no se encuentran implementados en la organización y además no se están desarrollando mediciones de eficacia.
b	Esta establecida la secuencia e interacción de los procesos	A	3,00	75,0%		X	Se establecida la secuencia e interacción de los procesos, pero no está divulgada en la organización.
c	Están determinados los criterios y los métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de estos procesos son eficaces	A	2,00	50,0%		X	Los indicadores que miden el desempeño de los procesos, no se están midiendo a intervalos claros, y además no se está realizando retroalimentación a los resultados obtenidos de la medición de estos indicadores.
d	Se asegura la disponibilidad de los recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos	A	3,00	75,0%		X	No se encuentra actualizada la información de los recursos e información necesaria para el seguimiento de los procesos.
e	Se realiza seguimiento y medición a los procesos y se analizan los resultados de estos procesos	A	2,00	50,0%		X	No todos los procesos cuentan con indicadores de desempeño, además no se realiza la medición con frecuencia periódica, y además no se analizan los resultados obtenidos.
f	Se implementan las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados	A	3,00	75,0%	X		Las acciones se realizan a percepción única del profesional de calidad, estas acciones no se documentan y además la definición de estas acciones no son resultado de otros procesos de revisión y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad.
4,2	Requisitos de la documentación	A	3,05	75,9%			
4,2,1	Generalidades	A	3,00	75,0%			
a	Está documentada la política y los objetivos de la calidad	A	4,00	100,0%		X	La política y los objetivos de calidad están documentados en el manual de calidad, pero se debe mejorar en la divulgación al personal.
b	Existen manual de la calidad	A	4,00	100,0%		X	La Clínica ISNOR cuenta con manual de calidad, pero se requiere que sea actualizado, y además se debe establecer intervalos de tiempo para su revisión.
c	Están establecidos procedimientos y registros requeridos por la norma ISO 9001	A	2,00	50,0%		X	En el manual de calidad se mencionan los procedimientos y registros requeridos por la norma ISO 9001:2008, pero debido a su proceso de desactualización, se requiere de una revisión de los procesos del sistema de gestión, para establecer que procedimientos y registros son los requeridos para el adecuado desempeño del sistema de gestión de

							calidad.
Numeral de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APLICA / NO APLICA	VALORACIÓN	AVANCE %	EVIDENCIA		OBSERVACIÓN
					Verbal	Escrita	
d	Los documentos y registros existente en la organización son los necesarios para asegurar la planificación, operación y control de sus procesos	A	2,00	50,0%		X	Se debe realizar revisión de los procesos, para determinar si los documentos y registros son los necesarios para asegurar la planificación, operación y control de los procesos.
4,2,2	Manual de calidad	A	3,33	83,3%			
a	En el manual de calidad está establecido el alcance del sistema de gestión	A	4,00	100,0%		X	En el manual de calidad actual, es claro y preciso el alcance del sistema de gestión.
b	En el manual de calidad están los procedimientos documentados	A	3,00	75,0%		X	En el manual de calidad están los procedimientos que requieren ser documentados, pero se requiere una revisión integral a los procesos si estas documentados todos procedimientos requeridos.
c	El manual de calidad esta la descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%		X	En el manual de calidad esta un mapa de procesos, en el cual se especifican las relaciones entre los procesos, pero se requiere de actualización de los procesos y por ende del mapa de procesos.
4,2,3	Control de los documentos	A	3,14	77,2%			
a	Existe un procedimiento documentado en el cual se especifican los controles para aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión	A	3,00	75,0%		X	Existe un procedimiento en el cual se especifican los controles previos para aprobar los documentos, pero este procedimiento requiere de revisión, debido a que los controles especificados no se están implementando, debido a la cantidad de controles burocráticos establecidos en el mismo.
b	Se revisan y actualizan los documentos cuando es necesarios y se procede a su aprobación	A	2,00	50,0%	X		En el procedimiento de control de documentos no se especifica el tiempo en el cual se deben revisar y actualizar los documentos, actualmente esta revisión se realiza cuando se presentan una no conformidad mayor del sistema.
c	En los documentos se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos	A	2,00	50,0%		X	En los documentos se especifican las versiones que se han realizado y que cambios se han realizado en cada una.
d	Se asegura que las versiones pertinentes de los documentos estén disponibles en los puntos de uso	A	4,00	100,0%		X	En el formato en el cual se desarrollan los documentos, se especifica el número de versión.
e	Se asegura que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables	A	4,00	100,0%		X	Todos los documentos tienen un código para facilitar su identificación, además se deben documentar en un formato proforma de la Clínica ISNOR, con el cual se verifica que los documentos sean legibles.
f	Se asegura que los documentos de origen externo tengan una adecuada distribución	A	3,00	75,0%	X		El personal encargado de la recepción de documentos externos, verifica que sean comunicados al personal competente, pero se esta realizando a criterio del personal quien los recibe y no bajo un proceso documentado.
g	Se previene el uso no intencionado de documentos obsoletos y se les aplica una identificación adecuada	A	4,00	100,0%		X	Debido a las restricciones y controles que debe contar la información de las empresas del sector salud, es una directriz de la alta gerencia que los documentos se clasifiquen según nivel de confidencialidad.
4,2,4	Control de los registros	A	2,71	67,9%			

a	Existe un procedimiento documentado en el cual se especifican los controles para aprobar los registros en cuanto a su adecuación antes de su emisión	A	3,00	75,0%		X	En el procedimiento de control de registros se especifica los controles existentes antes de la emisión de registros.
Numeral de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APLICA / NO APLICA	VALORACIÓN	AVANCE %	EVIDENCIA		OBSERVACIÓN
					Verbal	Escrita	
b	Se revisan y actualizan los registros cuando son necesarios y se procede a su aprobación	A	2,00	50,0%		X	En el procedimiento de control de registros se especifica las actividades necesarias para la aprobación de los registros, pero actualmente no están implementadas estas actividades.
c	En los registros se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los registros	A	2,00	50,0%		X	A pesar que esta documentado, lo registros no cuentan con un cuadro que identifica al registro, su versión o código.
d	Se asegura que las versiones pertinentes de los registros estén disponibles en los puntos de uso	A	3,00	75,0%		X	A pesar que está documentado el control de versiones, la falta de un cuadro identificador de los registros genera que no se pueda identificar fácilmente que los registros en uso sean los de versión pertinente.
e	Se asegura que los registros permanecen legibles y fácilmente identificables	A	3,00	75,0%		X	Las plantillas de los registros son legible y además se identifica fácilmente sobre que registro se está trabajando.
f	Se asegura que los registros de origen externo tengan una adecuada distribución	A	2,00	50,0%		X	A pesar que esta actividad está documentada, el proceso de distribución de los registros externos se realiza a criterio de la persona encargada de la mensajería de la empresa, por lo cual no se está implementando lo especificado en el procedimiento
g	Se previene el uso no intencionado de registros obsoletos y se les aplica una identificación adecuada	A	4,00	100,0%	X		
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	A	2,46	60,9%			
5,1	Compromiso de la dirección	A	3,00	75,0%			
	Se evidencia compromiso de la alta dirección en el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia	A	3,00	75,0%			
a	Existe comunicado de la dirección a la organización sobre la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales y reglamentarios	A	2,00	50,0%			
b	La alta dirección tiene establecido la política de calidad	A	4,00	100,0%			
c	La alta dirección se asegura que se establezcan los objetivos de calidad	A	4,00	100,0%			
d	La dirección desarrolla revisiones al sistema de gestión de calidad	A	2,00	50,0%			
e	La alta dirección vela por la disponibilidad de recursos para el adecuado desarrollo del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%			
5,2	Enfoque al cliente	A	2,00	50,0%			
	La alta dirección se asegura que los requisitos de los clientes estén determinados y se cumpla con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente	A	2,00	50,0%			
5,3	Política de la calidad	A	2,60	65,0%			

a	La alta dirección verifica que en la política de calidad es adecuada al propósito de la organización	A	3,00	75,0%			
b	La alta dirección verifica que en la política de calidad está incluido el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%			
c	La alta dirección se asegura que la política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad	A	2,00	50,0%			
d	La alta dirección verifica que la política de calidad es comunicada dentro de la organización	A	3,00	75,0%			
e	La alta dirección se asegura que la política de calidad es revisada para su continua adecuación	A	2,00	50,0%			
5,4	Planificación	A	2,50	62,5%			
5,4,1	Objetivo de la calidad	A	3,00	75,0%			
	La alta calidad dirección se asegura que los objetivos de calidad son los necesarios para cumplir con los requisitos para el producto	A	3,00	75,0%			
5,4,2	Planificación del sistema de gestión de la calidad	A	2,00	50,0%			
a	La alta dirección se asegura que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir con los requisitos del sistema	A	2,00	50,0%			
b	La alta dirección vela por la integridad del sistema de gestión	A	2,00	50,0%			
5,5	Responsabilidad, autoridad y comunicación	A	2,22	55,6%			
5,5,1	Responsabilidad y autoridad	A	2,00	50,0%			
	La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridad están definidas y comunicadas dentro de la organización	A	2,00	50,0%			
5,5,2	Representa de la dirección	A	2,67	66,7%			
a	La alta dirección tiene asignado un miembro de la dirección quien tiene las responsabilidades y autoridad para asegurarse que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios de cualquier necesidad de mejora.	A	3,00	75,0%			
b	El representante de la dirección informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de gestión y de cualquier necesidad de mejora	A	2,00	50,0%			
c	El representante de la dirección se asegura que se promueve la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización	A	3,00	75,0%			
5,5,3	Comunicación interna	A	2,00	50,0%			
	La alta dirección se asegura que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la	A	2,00	50,0%			

	calidad						
5,6	Revisión por la dirección	A	2,41	57,6%			
5,6,1	Generalidades	A	2,00	50,0%			
	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua	A	2,00	50,0%			
5,6,2	Información de entrada para la revisión	A	2,57	56,3%			
	En la información de entrada para la revisión por parte de la dirección se incluye:	A		0,0%			
a	Resultados de auditorias	A	2,00	50,0%			
b	Retroalimentación con el cliente	A	2,00	50,0%			
c	El desempeño de los procesos y la conformidad del producto	A	2,00	50,0%			
d	El estado de las acciones correctivas y preventivas	A	4,00	100,0%			
e	Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas	A	2,00	50,0%			
f	Los cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad	A	2,00	50,0%			
g	Las recomendaciones para la mejora	A	4,00	100,0%			
5,6,3	Resultados de la revisión	A	2,67	66,7%			
a	Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con	A	3,00	75,0%			
b	La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente	A	3,00	75,0%			
c	Las necesidades de recursos	A	2,00	50,0%			
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	A	2,77	69,2%			
6,1	Provisión de recursos	A	2,50	62,5%			
a	En la organización están determinados y se proporcionan los recursos para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia	A	3,00	75,0%			
b	En la organización se proporcionan los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos	A	2,00	50,0%			
6,2	Recursos Humanos	A	2,90	72,5%			
6,2,1	Generalidades	A	3,00	75,0%			

	El personal de la empresa es competente para que las actividades que realice afecten la conformidad de los requisitos del producto	A	3,00	75,0%			
6,2,2	Competencia, formación y toma de conciencia	A	2,80	70,0%			
a	Se tiene establecido las competencias necesarias para el personal que realiza actividades que afectan la conformidad con los requisitos del producto	A	4,00	100,0%			
b	Cuando es necesario se realizan las actividades requeridas para que el personal cuente con las competencias necesarias	A	2,00	50,0%			
c	Se evalúa la eficacia de las acciones tomadas	A	2,00	50,0%			
d	En la empresa se asegura que el personal es consciente de la pertinencia e importancia del desarrollo de sus actividades y de cómo estas contribuyen al logro de los objetivos de calidad	A	4,00	100,0%			
e	En la organización se mantienen los registros adecuados de la adecuación, formación, habilidades y experiencia del personal	A	2,00	50,0%			
6,3	Infraestructura	A	2,67	66,7%			
a	En la empresa se cuenta con las edificaciones, espacios de trabajo y servicios asociados requeridos	A	2,00	50,0%			
b	En la empresa se cuenta con el equipo para los procesos	A	3,00	75,0%			
c	En la empresa esta a disposición de los servicios de apoyo	A	3,00	75,0%			
6,4	Ambiente de trabajo	A	3,00	75,0%			
	En la organización se cuenta con el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto	A	3,00	75,0%			
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	A	3,19	79,8%			
7,1	Planificación de la realización del producto	A	3,50	87,5%			
a	Para la planificación de la realización del producto se tiene establecido los objetivos de calidad y los requisitos de calidad para los productos	A	4,00	100,0%			
b	Se tienen establecidos los procesos, documentos y recursos para la realización del producto	A	3,00	75,0%			
c	Se tiene establecidas las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo para el producto, así como los criterios para su aceptación	A	3,00	75,0%			
d	Se cuentan con los registros necesarios que proporcionan evidencia que los procesos de realización del producto cumplen con los requisitos	A	4,00	100,0%			
7,2	Procesos relacionados con el cliente	A	3,19	79,9%			

7,2,1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto	A	3,25	81,3%			
a	Están determinados los requisitos especificados por el cliente	A	4,00	100,0%			
b	Los requisitos no establecidos por el cliente pero que son necesarios para el uso especificado o para el uso previsto	A	3,00	75,0%			
c	Están establecidos los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto	A	4,00	100,0%			
d	Están establecidos requisitos adicionales que la empresa los considera como necesarios	A	2,00	50,0%			
7,2,2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto	A	3,33	83,3%			
a	Se revisa que los requisitos relacionados con los servicios y se asegura que estén definidos los requisitos del producto	A	4,00	100,0%			
b	Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos de contrato y los expresados previamente	A	3,00	75,0%			
c	Se asegura que la empresa tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos	A	3,00	75,0%			
7,2,3	Comunicación con el cliente	A	3,00	75,0%			
a	Se cuenta con comunicación con el cliente para determinar e implementar disposiciones eficaces para la información sobre el producto	A	4,00	100,0%			
b	Se cuenta con comunicación con el cliente para consultar, atención de pedidos y cambio en el servicio	A	3,00	75,0%			
c	Se realiza retroalimentación con el cliente sobre sus quejas	A	2,00	50,0%			
7,3	Diseño y desarrollo	NO APLICA					
7,4	Compras	A	2,89	72,2%			
7,4,1	Proceso de compras	A	3,00	75,0%			
a	Se asegura que los productos adquiridos a proveedores cumple con los requisitos especificados para su compra	A	4,00	100,0%			
b	Se asegura que los proveedores son seleccionados de acuerdo a su capacidad para suministrar productos de acuerdo a los requisitos de la organización	A	2,00	50,0%			
7,4,2	Información de las compras	A	2,67	66,7%			
a	Se tiene establecido los requisitos para la aprobación de los productos a comprar	A	3,00	75,0%			
b	La información de compras sirve como requisito para la calificación del personal	A	2,00	50,0%			

c	la información de comprar sirve como requisitos del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%			
7,4,3	Verificación de los productos comprados	A	3,00	75,0%			
	Se tiene establecido las inspecciones a realizar u otras actividades a realizar para asegurarse que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados	A	3,00	75,0%			
7,5	Producción y prestación del servicio	A	3,58	89,6%			
7,5,1	Control de la producción y de la prestación del servicio	A	3,33	83,3%			
a	Para la prestación del servicio la empresa la empresa cuenta con la disponibilidad de información que describa las características del servicio.	A	3,00	75,0%			
b	Están disponibles las instrucciones para el desarrollo del servicio.	A	3,00	75,0%			
c	Para la prestación del servicio se usa el equipo apropiado,+	A	4,00	100,0%			
d	Para la prestación del servicio están disponibles equipos de seguimiento y medición.	A	4,00	100,0%			
e	Para la prestación del servicio se implementan técnicas de seguimiento y de la medición.	A	3,00	75,0%			
f	Para la prestación del servicio se implementan actividades de liberación, entrega y posterior a la entrega del servicio	A	3,00	75,0%			
7,5,2	Validación de los procesos de prestación del servicio	No Aplica					
7,5,3	Identificación y trazabilidad	A	3,00	75,0%			
	La empresa identifica el estado del servicio respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la prestación de todo el servicio	A	3,00	75,0%			
7,5,4	Propiedad del cliente	A	4,00	100,0%			
	La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma.	A	4,00	100,0%			
7,5,5	Preservación del producto	A	4,00	100,0%			
	La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino para mantener la conformidad con los requisitos.	0	4,00	100,0%			
7,6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	A	2,80	70,0%			
a	La empresa calibra o verifica que los equipos de seguimiento y medición se calibran o verifican, o ambos a intervalos especificados, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacional o nacional	A	4,00	100,0%			

b	Los equipos de seguimiento y medición deben ajustarse o reajustarse cuando sea necesario	A	2,00	50,0%			
c	Los equipos de seguimiento y medición deben estar identificados para determinar su estado de calibración	A	2,00	50,0%			
d	Los equipos de seguimiento y medición deben protegerse contra ajustes que puedan invalidar el resultado de la medición	A	2,00	50,0%			
e	Los equipos de seguimiento y medición se protegen contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento	A	4,00	100,0%			
8	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA	A	2,23	44,5%			
8,1	Generalidades	A	2,25	56,3%			
	La empresa planifica e implementa procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora	A	3,00	75,0%			
a	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se demuestra la conformidad con los requisitos del servicio	A	2,00	50,0%			
b	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se asegura la conformidad del sistema de gestión de la calidad	A	2,00	50,0%			
c	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	A	2,00	50,0%			
8,2	Seguimiento y medición	A	1,90	47,5%			
8,2,1	Satisfacción del cliente	A	2,00	50,0%			
	Se realiza seguimiento a la percepción del cliente del cumplimiento de los requisitos por parte de la organización.	A	2,00	50,0%			
8,2,2	Auditoría Interna	A	2,50	62,5%			
a	Se realizan auditorías internas con intervalos planificados que permiten determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización y los requisitos de la norma ISO 9001:2009	A	2,00	50,0%			
b	Por medio de las auditorías internas se verifica que el sistema de gestión de calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	A	3,00	75,0%			
8,2,3	Seguimiento y medición de los procesos	A	2,00	50,0%			
	Se cuentan con métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad	A	2,00	50,0%			

8,2,4	Seguimiento y medición del servicio	A	3,00	75,0%			
	Se realiza seguimiento y medición a las características del servicio para verificar que se cumple con los requisitos del mismo	A	3,00	75,0%			
8,3	Control del producto no conforme	A	2,75	68,8%			
a	Se toman acciones para eliminar la no conformidad detectada.	A	3,00	75,0%			
b	Cuando el servicio no es conforme se autoriza su estado.	A	2,00	50,0%			
c	Se toman las acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente	A	3,00	75,0%			
d	Se toman las acciones apropiadas para los efectos reales o potenciales de la no conformidad cuando se detecta el servicio no conforme.	A	3,00	75,0%			
8,4	Análisis de datos	A	2,00	50,0%			
a	Por medio del análisis de datos se establece la satisfacción del cliente	A	2,00	50,0%			
b	El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad de los requisitos del servicio.	A	2,00	50,0%			
c	El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.	A	2,00	50,0%			
d	El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores	A	2,00	50,0%			
8,5	Mejora	A		0,0%			
8,5,1	Mejora continua	A	2,00	50,0%			
	La organización mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política y objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	A	2,00	50,0%			
8,5,2	Acción correctiva	A	2,83	70,8%			
a	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la revisión de no conformidades.	A	4,00	100,0%			
b	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la determinación de las causas de las no conformidades.	A	4,00	100,0%			
c	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la evaluación de la necesidad de adoptar acciones para asegurarse que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.	A	2,00	50,0%			
d	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la determinación e implementación de las acciones necesarias.	A	2,00	50,0%			

e	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye el registro de los resultados de las acciones tomadas.	A	2,00	50,0%			
f	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.	A	3,00	75,0%			
8,5,3	Acción preventiva	A	2,60	65,0%			
a	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas.	A	3,00	75,0%			
b	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.	A	3,00	75,0%			
c	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para determinar e implementar las acciones necesarias.	A	2,00	50,0%			
d	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para registrar los resultados de las acciones tomadas.	A	2,00	50,0%			
e	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.	A	3,00	75,0%			

ANEXO 2. FORMATO PARA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO				CÓDIGO: VERSIÓN: 2 Página 1 de 1
	LIDER DEL PROCESO		PARTICIPAN		
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	Agosto 13 del 2011	TIPO DE PROCESO		

OBJETIVO DEL PROCESO	
OBJETIVO DE CALIDAD	
ALCANCE DEL PROCESO	

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES

INDICADOR	RECURSOS	DOCUMENTOS Y REGISTRO ASOCIADOS

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Cargo:			
Nombre:			
Firma:			

ANEXO 3. FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		
	PROCESO AL QUE PERTENECE		
	AREA DE LA EMPRESA LIDER DEL PROCEDIMIENTO		
	CODIGO	Elaborado	Versión:

1. OBJETIVO

2. GLOSARIO

3. CONDICIONES GENERALES

4. DESARROLLO

	Actividad	Responsable	Descripción
1.			
2.			
3.			

5. CONTINGENCIAS

RELACIÓN DE VERSIONES

Versión	Fecha	Cambios

Para mayor información sobre este documento dirigirse a quien lo elaboró, en nombre de la dependencia responsable:

Elaboró:
Teléfono:
Buzón:
Dependencia:

Revisó	Aprobó

ANEXO 4. FORMATO PROFORMA PARA LOS REGISTROS

	NOMBRE DEL FORMATO		
	PROCESO AL QUE PERTENCE EL FORMATO		
	AREA DE LA EMPRESA ENCARGADA DE LA CREACIÓN Y USO DEL REGISTRO		
	CODIGO	Elaborado	Versión:

--

ANEXO 5. INFORME DE AUDITORÍA A REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

	FORMATO PARA REGISTRO DE HALLAZGOS DE AUDITORIA AUDITORA		
	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	CODIGO DLA-F-016	Elaborado 10/07/2011	Versión: 2

Proceso	Auditoria de Historias Clínicas	Fecha	12 de Julio de 2011
---------	---------------------------------	-------	---------------------

Responsable del proceso	Dirección Científica
-------------------------	----------------------

Elaborado por	Dr. German Rueda - Psiquiatra. Dra. Silvia Ruiz Cala - Psiquiatra. Ing. Cristian Camilo Bayona Carrascal.
---------------	---

OBJETIVO
Identificar los elementos no conformes hallados en las variables de la Historia Clínica para así proponer las acciones de mejora para cada ítem.

ALCANCE
Desde la revisión de los registros clínicos hasta la propuesta del plan de mejoramiento.

DOCUMENTOS ANALIZADOS (CRITERIOS)
DOCUMENTOS ANALIZADOS ■ Programa Medisoft. ■ 100 Historias Clínicas seleccionadas aleatoriamente que corresponden al primer semestre de 2011. ■ Documentos institucionales. CRITERIO ■ Estructura y Contenido de las Historias Clínicas.

ASPECTOS FAVORABLES
• Existe personal capacitado y formado para ejecución de función. • Existe programa denominado Medisoft del cual se evaluó el módulo de: Historias Clínicas el cual es de fácil manejo y apto para el proceso. • Apoyo por parte de la alta dirección para realizar el trabajo de forma libre y objetiva. • Es un documento privado al cual solo tiene acceso el médico tratante y el paciente. • Se han realizado auditorias cada semestre.

ASPECTOS DEBILES.

	FORMATO PARA REGISTRO DE HALLAZGOS DE AUDITORIA AUDITORA		
	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	CODIGO DLA-F-016	Elaborado 00/07/2011	Versión: 2

- La Auditoría arroja un 77.7% de cumplimiento en el manejo de las Historias Clínicas.
- Se evidencian fallas en la elaboración de los antecedentes en las casillas obligatorias.
- No se describe el tratamiento, por el contrario se utiliza la frase "igual manejo".
- Al hacer la descripción de las variables no se escriben de forma individual.
- No se encuentran definidas el mínimo de abreviaturas para el diligenciamiento de cada Historia Clínica.
- Son aspectos de mayor impacto la deficiencia al escribir el análisis, dentro del plan pocas veces se cumple con escribir los tratamientos no farmacológicos y la psicoeducación.
- Se percibe inconsistencias en el sistema – Medisoft.

ACCIONES A SEGUIR

- Sensibilización por parte del Director Científico hacia los médicos para que la HC cumpla con los requisitos mínimos.
- Hacer ajustes al sistema – Medisoft.
- Disposición por parte del grupo medico al cambio.
- Apoyo de la alta dirección proporcionando los recursos requeridos para la ejecución de las mejoras.

CONCLUSIONES GENERALES.

Desarrollo de la auditoria

METODOLOGIA

- Observación directa.
- Revisión de documentos.

PAPEL DE TRABAJO

- Formatos Institucionales.

FUENTES DE INFORMACION

- Documentos auditados: Sistema de información Medisoft, Historias Clínicas.
- Equipo Médico ISNOR S.A.

	FORMATO PARA REGISTRO DE HALLAZGOS DE AUDITORIA AUDITORA		
	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DIRECCION DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	CODIGO DLA-F-016	Elaborado 10/07/2011	Versión: 2

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS Y METODOS DE ANALISIS.

Identificación de las Acciones Débiles

De los criterios establecidos para lograr hacer mejora continua en el diligenciamiento de Historias Clínicas cumpliendo con los requisitos mínimos de la reglamentación vigente a la fecha, permite evidenciar que:

Item	N° HCs	C	NC	NA
Epicrisis	20	63.0%	37.0%	0.0%
Evolución Diaria	20	69.0%	16.0%	15.0%
Consulta Externa Control	20	76.0%	23.5%	0.5%
Consulta Externa 1 Vez	20	77.3%	19.6%	3.1%
Urgencia	20	84.3%	15.4%	0.4%
% Total	100	73.9%	22.3%	3.8%

- ✓ Se evidencia que a la fecha no se cumple con el 22.3%, los ítems de menor conformidad son Epicrisis y Consulta Externa Control.
- ✓ Se evidencia que el ítem de mayor conformidad es Urgencia con el 84.3% en el primer semestre de 2011.
- ✓ Se halla la necesidad de insistir al grupo médico del ISNOR S.A en el diligenciar la Historia Clínica en forma completa y correcta.

RECOMENDACIONES

- A la fecha se recomienda se plantee una meta por lo menos del 95% de conformidad.
- Socialización de la auditoria.
- Se deben verificar los antecedentes del paciente en las casillas obligatorias cada vez que el médico tratante acceda a la Historia clínica.
- Planeación de actividades de actualización documental.
- Ejecución del proceso HC completo y correctamente.

 <i>Te devuelve Tu Vida</i>	FORMATO PARA REGISTRO DE HALLAZGOS DE AUDITORIA AUDITORIA		
	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	CODIGO DLA-F-016	Elaborado 99/07/2011	Versión: 2

- Seguimiento para mejoras.
- Crear nuevas casillas en el sistema Medisoft para colocar las variables de forma individual.
- Retroalimentación.
- Continuar de manera periódica las auditorias para lograr el mejoramiento continuo.

Nombre	Ing. Cristian Camilo Bayona C	Nombre	
Cargo	Profesional en Practica Asistente de Calidad	Cargo	

ANEXO 6. DIAGNÓSTICO FINAL

Nu mer al de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APLIC A / NO APLIC A	VALOR ACI ÓN	AVAN CE %	Nu mer al de la norma	DESCRIPCIÓN DE NUMERAL	APL ICA / NO APL ICA	VALORAC IÓN	AVAN CE %
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	A	3,62	90,4%	c	El manual de calidad esta la descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de gestión de la calidad	A	4,00	100,0%
4,1	Requisitos generales	A	3,50	87,5%	4,2,3	Control de los documentos	A	3,71	92,9%
a	Esta establecidos los procesos para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización	A	3,00	75,0%	a	Existe un procedimiento documentado en el cual se especifican los controles para aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión	A	4,00	100,0%
b	Esta establecida la secuencia e interacción de los procesos	A	4,00	100,0 %	b	Se revisan y actualizan los documentos cuando es necesarios y se procede a su aprobación	A	3,00	75,0%
c	Están determinados los criterios y los métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de estos procesos son eficaces	A	3,00	75,0%	c	En los documentos se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos	A	4,00	100,0%
d	Se asegura la disponibilidad de los recursos e información necesaria para apoya la operación y el seguimiento de estos procesos	A	3,00	75,0%	d	Se asegura que las versiones pertinentes de los documentos estén disponibles en los puntos de uso	A	4,00	100,0%
e	Se realiza seguimiento y medición a los procesos y se analizan los resultados de estos procesos	A	4,00	100,0 %	e	Se asegura que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables	A	4,00	100,0%
f	Se implementan las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados	A	4,00	100,0 %	f	Se asegura que los documentos de origen externo tengan una adecuada distribución	A	3,00	75,0%
4,2	Requisitos de la documentación	A	3,73	93,3%	g	Se previene el uso no intencionado de documentos obsoletos y se les aplica una identificación adecuada	A	4,00	100,0%
4,2,1	Generalidades	A	3,50	87,5%	4,2,4	Control de los registros	A	3,71	92,9%
a	Está documentada la política y los objetivos de la calidad	A	4,00	100,0 %	a	Existe un procedimiento documentado en el cual se especifican los controles para aprobar los registros en cuanto a su adecuación antes de su emisión	A	4,00	100,0%
b	Existen manual de la calidad	A	4,00	100,0 %	b	Se revisan y actualizan los documento cuando es necesarios y se procede a su aprobación	A	3,00	75,0%
c	Están establecidos procedimientos y registros requeridos por la norma ISO 9001	A	3,00	75,0%	c	En los registros se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los registros	A	4,00	100,0%
d	Los documentos y registros existente en la organización son los necesarios para asegurar la planificación, operación y control de sus procesos	A	3,00	75,0%	d	Se asegura que las versiones pertinentes de los registros estén disponibles en los puntos de uso	A	4,00	100,0%
4,2,2	Manual de calidad	A	4,00	100,0 %	e	Se asegura que los registros permanecen legibles y fácilmente identificables	A	4,00	100,0%
a	En el manual de calidad está establecido el alcance del sistema de gestión	A	4,00	100,0 %	f	Se asegura que los registros de origen externo tengan una adecuada distribución	A	3,00	75,0%
b	En el manual de calidad están los procedimientos documentados	A	4,00	100,0 %	g	Se previene el uso no intencionado de registros obsoletos y se les aplica una identificación adecuada	A	4,00	100,0%

5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	A	3,21	79,7%	5,4, 2	Planificación del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%
5,1	Compromiso de la dirección	A	3,50	87,5%	a	La alta dirección se asegura que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir con los requisitos del sistema	A	3,00	75,0%
	Se evidencia compromiso de la alta dirección en el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia	A	3,00	75,0%	a	Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con	A	3,00	75,0%
a	Existe comunicado de la dirección a la organización sobre la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales y reglamentarios	A	4,00	100,0 %	b	La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente	A	3,00	75,0%
b	La alta dirección tiene establecido la política de calidad	A	4,00	100,0 %	c	Las necesidades de recursos	A	3,00	75,0%
c	La alta dirección se asegura que se establezcan los objetivos de calidad	A	4,00	100,0 %	6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	A	3,12	77,9%
d	La dirección desarrolla revisiones al sistema de gestión de calidad	A	3,00	75,0%	6,1	Provisión de recursos	A	3,50	87,5%
e	La alta dirección vela por la disponibilidad de recursos para el adecuado desarrollo del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%	a	En la organización están determinados y se proporcionan los recursos para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia	A	4,00	100,0%
5,2	Enfoque al cliente	A	3,00	75,0%	b	En la organización se proporcionan los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos	A	3,00	75,0%
	La alta dirección se asegura que los requisitos de los clientes estén determinados y se cumpla con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente	A	3,00	75,0%	6,2	Recursos Humanos	A	3,30	82,5%
5,3	Política de la calidad	A	3,60	90,0%	6,2, 1	Generalidades	A	3,00	75,0%
a	La alta dirección verifica que en la política de calidad es adecuada al propósito de la organización	A	4,00	100,0 %		El personal de la empresa es competente para que las actividades que realice afecten la conformidad de los requisitos del producto	A	3,00	75,0%
b	La alta dirección verifica que en la política de calidad está incluido el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	A	4,00	100,0 %	6,2, 2	Competencia, formación y toma de conciencia	A	3,60	90,0%
c	La alta dirección se asegura que la política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad	A	3,00	75,0%	a	Se tiene establecido las competencias necesarias para el personal que realiza actividades que afectan la conformidad con los requisitos del producto	A	4,00	100,0%
d	La alta dirección verifica que la política de calidad es comunicada dentro de la organización	A	4,00	100,0 %	b	Cuando es necesario se realizan las actividades requeridas para que el personal cuente con las competencias necesarias	A	3,00	75,0%
e	La alta dirección se asegura que la política de calidad es revisada para su continua adecuación	A	3,00	75,0%	c	Se evalúa la eficacia de las acciones tomadas	A	3,00	75,0%
5,4	Planificación	A	3,00	75,0%	d	En la empresa se asegura que el personal es consciente de la pertinencia e importancia del desarrollo de sus actividades y de cómo estas contribuyen al logro de los objetivos de calidad	A	4,00	100,0%
5,4,1	Objetivo de la calidad	A	3,00	75,0%	e	En la organización se mantienen los registros adecuados de la adecuación, formación, habilidades y experiencia del personal	A	4,00	100,0%

	La alta calidad dirección se asegura que los objetivos de calidad son los necesarios para cumplir con los requisitos para el producto	A	3,00	75,0%	6,3	Infraestructura	A	2,67	66,7%
a	En la empresa se cuenta con las edificaciones, espacios de trabajo y servicios asociados requeridos	A	2,00	50,0%	c	Se asegura que la empresa tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos	A	3,00	75,0%
b	En la empresa se cuenta con el equipo para los procesos	A	3,00	75,0%	7,2, 3	Comunicación con el cliente	A	3,67	91,7%
c	En la empresa esta a disposición de los servicios de apoyo	A	3,00	75,0%	a	Se cuenta con comunicación con el cliente para determinar e implementar disposiciones eficaces para la información sobre el producto	A	4,00	100,0%
6,4	Ambiente de trabajo	A	3,00	75,0%	b	Se cuenta con comunicación con el cliente para consultar, atención de pedidos y cambio en el servicio	A	4,00	100,0%
	En la organización se cuenta con el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto	A	3,00	75,0%	c	Se realiza retroalimentación con el cliente sobre sus quejas	A	3,00	75,0%
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	A	3,71	92,9%	7,3	Diseño y desarrollo	NO APL ICA		
7,1	Planificación de la realización del producto	A	3,75	93,8%	7,4	Compras	A	3,78	94,4%
a	Para la planificación de la realización del producto se tiene establecido los objetivos de calidad y los requisitos de calidad para los productos	A	4,00	100,0 %	7,4, 1	Proceso de compras	A	4,00	100,0%
b	Se tienen establecidos los procesos, documentos y recursos para la realización del producto	A	4,00	100,0 %	a	Se asegura que los productos adquiridos a proveedores cumple con los requisitos especificados para su compra	A	4,00	100,0%
c	Se tiene establecidas las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo para el producto, así como los criterios para su aceptación	A	3,00	75,0%	b	Se asegura que los proveedores son seleccionados de acuerdo a su capacidad para suministrar productos de acuerdo a los requisitos de la organización	A	4,00	100,0%
d	Se cuentan con los registros necesarios que proporcionan evidencia que los procesos de realización del producto cumplen con los requisitos	A	4,00	100,0 %	7,4, 2	Información de las compras	A	3,33	83,3%
7,2	Procesos relacionados con el cliente	A	3,78	94,4%	a	Se tiene establecido los requisitos para la aprobación de los productos a comprar	A	3,00	75,0%
7,2,1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto	A	4,00	100,0 %	b	La información de compras sirve como requisito para la calificación del personal	A	3,00	75,0%
a	Están determinados los requisitos especificados por el cliente	A	4,00	100,0 %	c	la información de comprar sirve como requisitos del sistema de gestión de la calidad	A	4,00	100,0%
b	Los requisitos no establecidos por el cliente pero que son necesarios para el uso especificado o para el uso previsto	A	4,00	100,0 %	7,4, 3	Verificación de los productos comprados	A	4,00	100,0%
c	Están establecidos los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto	A	4,00	100,0 %		Se tiene establecido las inspecciones a realizar u otras actividades a realizar para asegurarse que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados	A	4,00	100,0%
d	Están establecidos requisitos adicionales que la empresa los considera como necesarios	A	4,00	100,0 %	7,5	Producción y prestación del servicio	A	3,67	91,7%
7,2,2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto	A	3,67	91,7%	7,5, 1	Control de la producción y de la prestación del servicio	A	3,67	91,7%
a	Se revisa que los requisitos relacionados con los servicios y se asegura que estén definidos los requisitos del producto	A	4,00	100,0 %	a	Para la prestación del servicio la empresa la empresa cuenta con la disponibilidad de información que describa las características del servicio.	A	3,00	75,0%

b	Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos de contrato y los expresados previamente	A	4,00	100,0 %	b	Están disponibles las instrucciones para el desarrollo del servicio.	A	3,00	75,0%
c	Para la prestación del servicio se usa el equipo apropiado,+	A	4,00	100,0 %	8,1	Generalidades	A	3,25	81,3%
d	Para la prestación del servicio están disponibles equipos de seguimiento y medición.	A	4,00	100,0 %		La empresa planifica e implementa procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora	A	4,00	100,0%
e	Para la prestación del servicio se implementan técnicas de seguimiento y de la medición.	A	4,00	100,0 %	a	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se demuestra la conformidad con los requisitos del servicio	A	3,00	75,0%
f	Para la prestación del servicio se implementan actividades de liberación, entrega y posterior a la entrega del servicio	A	4,00	100,0 %	b	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se asegura la conformidad del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%
7,5,2	Validación de los procesos de prestación del servicio	No Aplica			c	Por medio de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora se mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	A	3,00	75,0%
7,5,3	Identificación y trazabilidad	A	3,00	75,0%	8,2	Seguimiento y medición	A	2,50	62,5%
	La empresa identifica el estado del servicio respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la prestación de todo el servicio	A	3,00	75,0%	8,2, 1	Satisfacción del cliente	A	2,00	50,0%
7,5,4	Propiedad del cliente	A	4,00	100,0 %		Se realiza seguimiento a la percepción del cliente del cumplimiento de los requisitos por parte de la organización.	A	2,00	50,0%
	La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma.	A	4,00	100,0 %	8,2, 2	Auditoría Interna	A	3,50	87,5%
7,5,5	Preservación del producto	A	4,00	100,0 %	a	Se realizan auditorías internas con intervalos planificados que permiten determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización y los requisitos de la norma ISO 9001:2009	A	3,00	75,0%
	La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino para mantener la conformidad con los requisitos.	O	4,00	100,0 %	b	Por medio de las auditorías internas se verifica que el sistema de gestión de calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	A	4,00	100,0%
7,6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	A	3,60	90,0%	8,2, 3	Seguimiento y medición de los procesos	A	4,00	100,0%
a	La empresa calibra o verifica que los equipos de seguimiento y medición se calibran o verifican, o ambos a intervalos especificados, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacional o nacional	A	4,00	100,0 %		Se cuentan con métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad	A	4,00	100,0%
b	Los equipos de seguimiento y medición deben ajustarse o reajustarse cuando sea necesario	A	3,00	75,0%	8,2, 4	Seguimiento y medición del servicio	A	3,00	75,0%
c	Los equipos de seguimiento y medición deben estar identificados para determinar su estado de calibración	A	4,00	100,0 %		Se realiza seguimiento y medición a las características del servicio para verificar que se cumple con los requisitos del mismo	A	3,00	75,0%
d	Los equipos de seguimiento y medición deben protegerse contra ajustes que puedan invalidar el resultado de la medición	A	3,00	75,0%	8,3	Control del producto no conforme	A	3,50	87,5%

e	Los equipos de seguimiento y medición se protegen contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento	A	4,00	100,0 %	a	Se toman acciones para eliminar la no conformidad detectada.	A	4,00	100,0%
8	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA	A	3,26	81,4%	b	Cuando el servicio no es conforme se autoriza su estado.	A	3,00	75,0%
c	Se toman las acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente	A	4,00	100,0 %	b	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la determinación de las causas de las no conformidades.	A	4,00	100,0%
d	Se toman las acciones apropiadas para los efectos reales o potenciales de la no conformidad cuando se detecta el servicio no conforme.	A	3,00	75,0%	c	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la evaluación de la necesidad de adoptar acciones para asegurarse que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.	A	3,00	75,0%
8,4	Análisis de datos	A	3,50	87,5%	d	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la determinación e implementación de las acciones necesarias.	A	3,00	75,0%
a	Por medio del análisis de datos se establece la satisfacción del cliente	A	4,00	100,0 %	e	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye el registro de los resultados de las acciones tomadas.	A	4,00	100,0%
b	El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad de los requisitos del servicio.	A	3,00	75,0%	f	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.	A	3,00	75,0%
c	El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.	A	3,00	75,0%	8,5,3	Acción preventiva	A	3,40	85,0%
d	El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores	A	4,00	100,0 %	a	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas.	A	3,00	75,0%
8,5	Mejora	A	3,53	88,2%	b	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.	A	3,00	75,0%
8,5,1	Mejora continua	A	4,00	100,0 %	c	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para determinar e implementar las acciones necesarias.	A	4,00	100,0%
	La organización mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política y objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	A	4,00	100,0 %	d	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para registrar los resultados de las acciones tomadas.	A	4,00	100,0%
8,5,2	Acción correctiva	A	3,50	87,5%	e	En el procedimiento para el desarrollo de las acciones preventivas están definidos los requisitos para revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.	A	3,00	75,0%
a	El procedimiento para el desarrollo de las acciones correctivas incluye la revisión de no conformidades.	A	4,00	100,0 %					