

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN EL MODELO ISO 9001:2015

Guillermo Peña Guarín

ORGANIZACIÓN	IPS alto nivel de complejidad
FECHA	Marzo - Mayo 2019
ENTREVISTADO	Alejandra Calixto/Luz Adriana Castañeda
CARGO	Jefe Gestión de Calidad/ Profesional de Calidad
ANTIGÜEDAD	10 años/ 11 años
ACTIVIDAD	No aplica

1. No hay aproximación formal: Los resultados son impredecibles. Solo declaraciones informales
2. Aproximación reactiva: Basada en necesidades puntuales, problemas presentados o ejemplos
3. Sistema formal definido: Existe planificación pero poca aplicación o resultados; documentación
4. Sistema formal estable: Procesos sistemáticos; se cumplen los objetivos. Hay realimentación
5. Mejora continua: Hay datos válidos de mejora; tendencias conocidas. Dominio de los procesos

No.	Numeral	CUESTIONARIO	1	2	3	4	5	Observaciones	Soportes
1	4.1	La organización comprende su contexto externo en los aspectos: legal, tecnológico, de mercado, cultural, social y económico, así como en los ámbitos local, nacional o internacional?				X		Se cuenta con ejercicios de planeación estratégica el cual incluye el análisis del contexto internos y externos de la organización, a través de análisis DOFA.	PEM 2015-2020. M-DES-01 Planificación estratégica. P-DES-01 Elaboración y análisis del diagnóstico estratégico.
2	4.1	La organización comprende su contexto interno en los aspectos de: valores, cultura organizacional, conocimiento y desempeño organizacional?					X	Se cuenta con ejercicios de planeación estratégica el cual incluye el análisis del contexto internos y externos de la organización, a través de análisis DOFA.	PEM 2015-2020. M-DES-01 Planificación estratégica. P-DES-01 Elaboración y análisis del diagnóstico estratégico.
3	4.2	Se han determinado las partes interesadas del sistema de gestión de la calidad?					X	Las partes interesadas son: Paciente y familia, empleados, estudiantes, aseguradores, terceros y entes de control.	Las partes interesadas se encuentran identificadas a nivel de los 46 procesos institucionales en el CLIO y documentado en las caracterizaciones.
4	4.2	Se conocen las necesidades y expectativas de esas partes interesadas?			X			Pacientes: Se realiza encuesta de necesidades y expectativas por parte del proceso de Atención al Usuario. Estudiantes: Encuesta de estudiantes de pregrado y posgrado. Empleados: Encuesta clima laboral. Terceros -Proveedores: Encuesta de expectativas y percepción de proveedores. Para los demás terceros, aseguradores y entes de control no se cuenta con herramientas para evaluar las necesidades y expectativas.	Pacientes: F-AUT-27 Detección de necesidades y expectativas de pacientes y familia. Estudiantes: F-EMD-09 Encuesta estudiantes de pregrado. F-EMD-09 Encuesta estudiantes de posgrado. Empleados: F-TAH-79 Necesidades de capacitación. Proveedores: F-LOG-73 Encuesta de expectativas. F-LOG-74 Encuesta de percepción.
5	4.3	Se ha definido el alcance del SGC y su aplicabilidad?					X	Se encuentra documentado en el M-CAL-01 Manual Gestión de Calidad.	M-CAL-01 Manual Gestión de Calidad
6	4.4	La organización ha definido los procesos que constituyen su sistema de gestión de la calidad?					X	Se cuenta con el mapa de procesos institucional con 46 procesos en los diferentes niveles (Estratégico, Misionales, Apoyo asistencial, Apoyo administrativo y Evaluación). Cada proceso misional cuenta con el TUCIP (Tablero Único de Control de Indicadores por Procesos), el cual incluye indicadores según el nivel jerárquico, clase, atributo de calidad, ejes corporativos, ejes de acreditación y atributos del modelo de atención MOSS.	M-CAL-01 Manual Gestión de Calidad FO-CAL-01 Mapa de procesos Sistema de Gestión Integral Almera
7	4.4	La organización tiene una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad?			X			Se cuenta con la caracterización de los 46 procesos de la institución con sus respectivas entradas, actividades y salidas, sin embargo muchas de ellas se encuentran con fecha de 2015.	Caracterizaciones de cada uno de los procesos, se relacionan los códigos de las caracterizaciones de los procesos misionales: C-URG-01 Caracterización urgencias. C-CME-01 Caracterización Clínicas Médicas. C-CXQ-01 Caracterización Clínicas quirúrgicas. C-UCI-01 Caracterización Cuidado Crítico. C-SSR-01 Caracterización Salud Sexual y Reproductiva. C-ACC-01 Caracterización Atención Cardiocirculatoria. C-PES-01 Caracterización Programas Especiales. C-AMB-01 Caracterización Atención Ambulatoria. C-INV-01 Caracterización Investigaciones. C-EMD-01 Caracterización de Educación Médica.
8	4.4	Se realiza control adecuado a los procesos: seguimiento, medición y análisis a los datos?					X	Cada proceso institucional cuenta con el TUCIP (Tablero Único de Control de Indicadores por Procesos), el cual incluye indicadores según el nivel jerárquico, clase, atributo de calidad, ejes corporativos, ejes de acreditación y atributos del modelo de atención MOSS.	Tablero Único de Control de Indicadores TUCI por procesos en el Sistema de Gestión Integral Almera.
9	4.4	Se mantiene información documentada para apoyar la operación de los procesos?					X	Se cuenta con información documentada de los criterios requeridos por la norma. Se cuenta con el sistema de gestión documental a través del cual se identifican las necesidades, se elabora y actualizan los documentos necesarios para la estandarización de los procesos de la organización.	M-CAL-05 Elaboración y control de documentos. P-CAL-03 Control de documentos.P-CAL-04 Control de registros. Información documentada en el Sistema de Gestión Integral Almera.
10	4.4	Se conserva información documentada para tener confianza de que los procesos se realizan según lo planificado?					X	Se cuenta con el Sistema de Gestión Integral Almera, el cual permite la disponibilidad, almacenamiento, control y conservación de la información documentada en medio digital. Con relación a los registros físicos se cuenta con lineamientos definidos desde el proceso de Gestión de la Calidad y el proceso de Archivo y Documentos relacionado con la conservación, retención documental y disposición final.	Sistema de Gestión Integral Almera. P-CAL-04 Control de registro. M-AYD-03 Manual de gestión documental. F-AYD-27 Tabla de retención documental.
11	5.1	La alta dirección rinde cuentas acerca de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?					X	Compromiso de la alta dirección con el mejoramiento continuo de la calidad, a través de la definición de la política y objetivos de calidad, así mismo promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgo. Garantizando el cumplimiento de los requisitos legales y normativos como: habilitación, acreditación, certificación de hospital universitario y otras certificaciones. Asignando recursos para la implementación de los criterios mencionados anteriormente.	Equipo de Gestión de la Calidad. Equipo de Gestión de riesgos. Certificación de habilitación. Soportes de autoevaluaciones de Acreditación. Programa Anual de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Presupuesto relacionado con el mejoramiento de la calidad.

12	5.1	Los requisitos del sistema de gestión de la calidad se han integrado a los procesos?				X	Los requisitos del sistema de Gestión de Calidad relacionado con el contexto, la gestión por procesos, el liderazgo, la gestión del riesgo, los recursos, la operación, la evaluación de desempeño y la mejora se encuentran integrados de forma transversal a todos los procesos institucionales.	Sistema de Gestión Integral Almera con sus respectivos módulos. Presentación de seguimiento trimestral al desempeño de los procesos. Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI).
13	5.2	La alta dirección de esta organización se asegura que la política de la calidad es comunicada y entendida?				X	Se cuenta con la política de calidad que incluye los criterios definidos por la norma y se encuentra disponible en el Sistema de Gestión Integral Almera para consulta de empleados, colaboradores y estudiantes, así mismo se divulga a través de estrategias de acreditación (Cartillas, folletos, álbum entre otros)	PO-CAL-02 Política de Calidad Sistema de Gestión Integral Almera. Folletos ¿Cómo vamos en mejoramiento continuo y calidad? Cartillas de acreditación. Álbum " Tú nos acreditas" Micrositio acreditación en intranet.
14	7.4	Se han determinado los procesos de comunicación interna?				X	Se tienen lineamientos establecidos para la comunicación interna la cual incluye temas, medios, responsables, población objeto y la periodicidad de la información.	M-COM-01 Manual de comunicaciones. P-COM-01 Solicitud, aprobación de necesidades de comunicación y estructuración del plan estratégico de comunicaciones. F-COM-09 Plan estratégico de comunicaciones (PECOS). F-COM-07 Solicitud y seguimiento de necesidades de comunicación. I-CAL-06 Gestión de comités normativos e institucionales. I-CAL-03 Grupos primarios de mejoramiento.
15	6.1	La organización gestiona los riesgos y oportunidades de los procesos?				X	Se cuenta con metodología para la identificación y control de riesgos y oportunidades de los procesos institucionales, así como las matrices de riesgos de los procesos del año 2015 -2017 y 2018-2019, y sus respectivos planes de mejora.	P-CGR-02 Gestión del riesgo. M-CGR-02 Manual de gestión del riesgo. F-CGR-26 Matriz de tratamiento de riesgos. Matrices de riesgos y oportunidades de mejora de los 46 procesos en el Sistema de Gestión Integral Almera.
16	6.2	Se han establecido los objetivos de la calidad en las funciones, niveles y procesos del sistema de gestión de la calidad?				X	calidad en el manual de Gestión de Calidad, sin embargo no todos son medibles, no son objeto de seguimiento, no se cuenta con estrategias para la comunicación y actualización de los mismos. Se identifica que los objetivos de calidad planteado no incluyen los recursos, responsables y metodologías para evaluar los resultados.	M-CAL-01 Gestión de Calidad.
17	6.3	Los cambios en el sistema de gestión de la calidad se realizan de manera planificada?		X			No se cuenta con procedimientos documentados ni implementados para la planificación de los cambios del SGC.	
18	7.1.2	Se proporcionan las personas necesarias para la operación y control de los procesos?				X	Se cuenta con personal del proceso de Gestión de Calidad el cual incluye: 1 jefe, 10 profesionales y 1 asistente, por lo tanto cuenta con recursos asignados para el personal, actividades, metodologías, contratación de proveedores externos según necesidad. Por otro lado se cuenta con empleados y colaboradores para los diferentes procesos de la organización de acuerdo con la capacidad instalada y el número definido por la organización.	I-TAH-41 Estructura organizacional de la IPS. Presupuesto del proceso de Gestión de la Calidad. Matriz de talento humano.
19	7.1.3	Se proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de los procesos y para la conformidad de los productos y servicios?				X	Se cuenta con la infraestructura necesaria para la operación (Hospital Universitario Mayor, Hospital Universitario Barrios Unidos, Centro de Especialistas y Servicios de Apoyo), y herramientas para garantizar el cumplimiento de los requisitos de la infraestructura (Sistema Único de Habilitación). Así mismo se cuenta con 27 software y Hardware para gestión asistencial y administrativa que se requiere en la organización. Con relación a los recursos de transporte se cuenta con servicios tercerizados de ambulancias para el traslado de pacientes y vehículos para el transporte del equipo de salud para la atención de los pacientes de la unidad de extensión hospitalaria y el traslado entre sedes.	Planos de las sedes de la organización. Autoevaluaciones y certificaciones del Sistema Único de Habilitación. M-TIC-01 Ciclo de administración de los sistemas de información. Contratos de ambulancias y contratos vehículos unidad de extensión hospitalaria y traslado entre sedes.
20	7.1.4	Se determina, proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.				X	Social: se cuenta con encuesta de clima laboral e implementación de planes de desarrollo a nivel corporativo. Psicológicos: se cuenta con el área de psicología de la salud para brindar apoyo psicosocial para pacientes, familiares, empleados y colaboradores. Así mismo se tiene implementado el comité de convivencia para la solución de conflictos entre empleados o colaboradores. Se evidencia implementación del paquete instrucciones de seguridad del paciente " prevenir el cansancio en el personal de salud". Físicos: se cuenta con herramientas para la evaluación y seguimiento de aspectos físicos tales como temperatura, calor, iluminación, circulación de aire, entre otros (procedimiento de los procesos y Sistema Único de Habilitación).	Social: I-TAH-26 Clima laboral. Psicología: P-TAH-18 Psicología de la salud. Fichas de inscripción y actas del comité de convivencia. P-TAH-27 comité de convivencia laboral. Auditorías y plan de mejora paquete instruccional de seguridad del paciente " prevenir el cansancio en el personal de salud". Físicos: autoevaluaciones y certificaciones del sistema único de habilitación.
21	7.1.5	Se determinan y proporcionan los instrumentos y recursos de medición necesarios para el control de los procesos y para evaluar la conformidad de los productos?				X	Se realizan encuestas de satisfacción del paciente desde el proceso de Atención del Usuario y se miden indicadores de satisfacción del paciente por cada uno de los procesos. Se cuenta con la hoja de vida de cada uno de los equipos biomédicos e industriales, donde se incluye el seguimiento de los mantenimientos preventivos, correctivos y calibraciones (según requerimientos).	P-ATU-05 Evaluación y medición de satisfacción del usuario. F-ATU-02 Encuesta de satisfacción del usuario. Indicadores de satisfacción del paciente por procesos. P-MAN-02 Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, industriales e infraestructura. P-MAN-03 Mantenimiento correctivo de equipos médicos, industrial e infraestructura hospitalaria. F-MAN-01 Hoja de vida equipo biomédico. Hojas de vida de todos los equipos biomédicos e industriales de la organización. I-MAN-34 Calibración para instrumentos de medición. I-MAN-31 Gestión metrológica. F-MAN-32 Cronograma anual Mantenimiento preventivo calibraciones.

22	7.4	Se han determinado los procesos de comunicación externa?				X	Se tienen lineamientos establecidos para la comunicación externa la cual incluye temas, medios, responsables, población objeto y la periodicidad de la información.	M-COM-01 Manual de comunicaciones. P-COM-01 Solicitud, aprobación de necesidades de comunicación y estructuración del plan estratégico de comunicaciones. P-COM-02 Manejo de crisis. F-COM-09 Plan estratégico de comunicaciones (PECOS). F-COM-10 Comunicado de prensa de la IPS.
23	7.3	La organización se asegura de que su personal tiene conciencia de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad?				X	Se cuenta con diferentes estrategias para sensibilizar acerca de la importancia de las funciones de los empleados y colaboradores en el cumplimiento de los objetivos de la calidad y de la organización entre ellas: divulgación de la Planeación Estratégica, Modelos de Atención, Planes Operativos Anuales por procesos, Acreditación en salud, indicadores institucionales y por procesos, inducción, re inducción, entre otros.	PEM 2015-2020. POA por procesos. TUCIP. Soportes de inducción y re inducción presenciales y virtuales. Despliegues primarios y secundarios de acreditación.
24	7.2	Se han determinado las competencias de todo el personal que realiza trabajos que afectan la calidad de los productos?				X	Desde el proceso de talento humano se cuenta con el Modelo de Gestión de Talento Humano, el cual incluye la gestión del empleo (selección del talento humano por competencias) y la gestión del desarrollo (modelo de competencias del tener, el hacer y el ser). Así mismo se realiza elevación del desempeño a todos los empleados con el fin de evaluar las competencias corporativas, cargo tipo y el cumplimiento de objetivos y metas laborales para implementar procesos de desarrollo.	P-TAH-01 Selección de personal por competencias. P-TAH-16 Formación y desarrollo del talento humano. P-TAH-19 Elevación del desempeño. Soporte de los procedimientos de selección, formación, desarrollo y elevación de desempeño de cada uno de los empleados. M-TAH-23 Lineamientos de talento humano y sistemas de gestión de SST para supervisión.
25	7.1.6	Se gestionan los conocimientos necesarios para la operación de los procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios?				X	Se cuenta con el centro de apoyo pedagógico (CAP), el cual incluye las líneas de operación de educación continua, desarrollo profesional, investigación en educación y asesoría pedagógica para la divulgación de información. Plan institucional de capacitación, se realizan cursos en base de acuerdo de las necesidades de los	P-TAH-16 Formación y desarrollo del talento humano. P-TAH-102 Plan institucional de capacitación.
26	5.3	Las personas conocen sus niveles de autoridad y las responsabilidades en relación con el sistema de gestión de la calidad?				X	Se cuenta con la definición de la estructura organizacional de la IPS, la cual incluye el organigrama de acuerdo a la tipología de cargos. Se cuenta con descriptivos y perfiles de cargos. Se cuenta con el proceso de Gestión de la Calidad conformado por un jefe y 10 profesionales de calidad quienes dentro de sus funciones se incluye el liderazgo del sistema de Gestión de Calidad, así mismo los líderes de los procesos conocen sus responsabilidades respecto al sistema de Gestión de Calidad.	I-TAH-41 Estructura organizacional de la IPS. F-TAH-72 Descriptivos y perfiles de cargo de los empleados.
27	7.5	Se controla la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por la norma ISO 9001?				X	Se cuenta con información documentada de los criterios requeridos por la norma. Se cuenta con el sistema de gestión documental a través del cual se identifican las necesidades, se elabora y se actualizan los documentos necesarios para la estandarización de los procesos de la organización. Se cuenta con los lineamientos para la elaboración, revisión y aprobación de la información documentada así como los lineamientos para la identificación de la información. Se cuenta con el Sistema de Gestión Integral Almera, el cual permite la disponibilidad, almacenamiento, control y conservación de la información documentada en medio digital. Con relación a los registros físicos se cuenta con lineamientos definidos desde el proceso de Gestión de Calidad y el proceso de Archivo y Documento relacionados con la conservación, retención documental y disposición final.	M-CAL-05 Elaboración y control de documentos. M-AYD-03 Manual de gestión documental. P-CAL-03 Control de documentos. P-CAL-04 Control de registros. Sistema de Gestión Integral Almera. F-AYD-27 Tabla de retención documental.
28	8.1	Se han planificado los procesos necesarios para la manufactura de los bienes y/o la prestación de los servicios?				X	Se cuenta con la Planeación Estratégica cada 5 años, a la cual se alinean los procesos para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos. De igual forma, anualmente se elaboran los POA por proceso, los cuales incluyen las metas específicas del proceso, alineados a los objetivos estratégicos. Se cuenta con la caracterización de los procesos misionales la cual incluye la matriz CLON (clientes, legales, organizacionales y normativos), sin embargo esta pendiente revisar el contenido de la matriz para determinar su aceptabilidad. No se identifica los recursos necesarios para cada proceso. Procedimientos, protocolos, instructivos y guías para los procesos asistenciales y administrativos.	PEM 2015-2020. POA por procesos. Caracterizaciones procesos misionales: C-URG-01 Caracterización urgencias. C-CME-01 Caracterización Clínicas Médicas. C-CXQ-01 Caracterización Clínicas Quirúrgicas. C-UCI-01 Caracterización Cuidado Crítico. C-SSR-01 Caracterización Salud Sexual y Reproductiva. C-ACC-01 Caracterización Atención Cardiocirculatoria. C-PES-01 Caracterización Programas Especiales. C-AMB-01 Caracterización Atención Ambulatoria. C-INV-01 Caracterización Investigaciones C-EMD-01 Caracterización de Educación Médica.
29	8.2.1	La organización determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes antes, durante y después de la venta, incluyendo las quejas?				X	Se cuenta con la divulgación del portafolio de servicios de la institución a través de la pagina web, se cuenta con estrategias de retroalimentación de los clientes entre ellos: gestión de PQRS, encuestas necesidades y expectativas, encuestas de satisfacción del paciente, cliente oculto para evaluar la atención humanizada, reunión de círculos de saberes y reunión con la asociación de usuarios.	Consolidados de resultados de encuestas de satisfacción, encuestas de necesidades y expectativa, clientes incógnito y PQRS. Indicadores de PQRS por procesos, actos de las reuniones de la asociación de usuarios.

30	8.2.2	La organización determina los requisitos para los productos y servicios que ofrece a los clientes y se asegura que puede cumplir con lo que ofrece?				X	Se cuenta con la caracterización de los procesos misionales la cual incluye la matriz CLON (clientes, legales, organizacionales y normativos), sin embargo esta pendiente revisar el contenido de la matriz para determinar su aceptabilidad.	Caracterizaciones procesos misionales: C-URG-01 Caracterización urgencias. C-CME-01 Caracterización Clínicas Médicas. C-CXQ-01 Caracterización Clínicas Quirúrgicas. C-UCI-01 Caracterización Cuidado Crítico. C-SSR-01 Caracterización Salud Sexual y Reproductiva. C-ACC-01 Caracterización Atención Cardiocirculatoria. C-PES-01 Caracterización Programas Especiales. C-AMB-01 Caracterización Atención Ambulatoria. C-INV-01 Caracterización Investigaciones C-EMD-01 Caracterización de Educación Médica.
31	8.2.3	La organización revisa los requisitos del cliente, los legales, los implícitos y los de la organización, antes de comprometerse a proporcionar un producto o servicio?				X	Se cuenta con la caracterización de los procesos misionales la cual incluye la matriz CLON (clientes, legales, organizacionales y normativos), sin embargo esta pendiente revisar el contenido de la matriz para determinar su aceptabilidad. Para la oferta de servicios nuevos se realizan por medio de proyectos y nuevas contrataciones a través de los cuales se garantiza la revisión de requisitos del clientes legales, implícitos y los de la organización.	Caracterizaciones procesos misionales: C-URG-01 Caracterización urgencias. C-CME-01 Caracterización Clínicas Médicas. C-CXQ-01 Caracterización Clínicas Quirúrgicas. C-UCI-01 Caracterización Cuidado Crítico. C-SSR-01 Caracterización Salud Sexual y Reproductiva. C-ACC-01 Caracterización Atención Cardiocirculatoria. C-PES-01 Caracterización Programas Especiales. C-AMB-01 Caracterización Atención Ambulatoria. C-INV-01 Caracterización Investigaciones C-EMD-01 Caracterización de Educación Médica. P-PEP-02 Formulación de proyectos. P-PEP-08 Planeación de proyectos. M-JUR-01 Elaboración de contratos.
32	8.3	La organización identifica, revisa y controla los cambios al diseño y desarrollo de sus productos y servicios para asegurar que no haya un impacto adverso sobre la conformidad de estos?				X	Ausencia de lineamientos para identificar, revisar y controlar los cambios al diseño y desarrollo de servicios. Sin embargo se cuenta con el proceso de Proyecto Estratégicos y presupuesto a través del cual se hace la solicitud, aprobación y seguimiento de nuevas iniciativas o proyectos.	P-PEP-01 Identificación y clasificación de iniciativas. P-PEP-02 Formulación de proyectos. P-PEP-03 Ejecución y seguimiento de proyecto. P-PEP-08 Planeación de proyectos. P-PEP-12 Control de cambios a proyectos. P-PEP-04 Cierre y expost de proyectos.
33	8.4	Se determinan los controles que se deben aplicar a los procesos, productos y servicios contratados externamente?				X	Se tiene definidos los terceros de la organización los cuales están clasificados como terceros misionales, terceros de apoyo asistencial, terceros de apoyo administrativo, proveedores y contratistas. Se cuenta con lineamientos para la contratación y supervisión de terceros, sin embargo se evidencia baja adherencia a las actividades y soportes de supervisión. Para los proveedores de procesos administrativos. En la organización se tiene establecido el seguimiento de los terceros a través del seguimiento de indicadores de desempeño, seguimiento de PQRS. Algunos de los terceros se incluyen en las auditorías de Autoevaluación de Estándares de Habilitación y otras auditorías internas de la organización.	M-JUR-02 Supervisión de contratos. P-JUR-05 Gestión precontractual. P-JUR-03 Gestión contractual. P-JUR-06 Gestión pos contractual. Contratos con terceros. Indicadores de desempeño de terceros. PQRS de terceros. Resultados de Autoevaluación de Estándares de Habilitación y otras auditorías internas a terceros. Actas de reunión de seguimiento a terceros. Auditorías a terceros por parte del proceso de jurídica y planes de mejoramiento derivados de las mismas.
34	8.4	Se aplican criterios para la evaluación, la selección, el desempeño y la reevaluación de los proveedores externos?				X	Se cuenta con el instructivo y formato para la evaluación y reevaluación de proveedores el cual no incluye el seguimiento. Sin embargo no se encuentra documentado el procedimiento de selección de proveedores el cual según refiere el jefe de Logística y Suministros es realizado de forma centralizada desde la orden Hospitalaria San Juan de Dios. Este requisito se encuentra desarticulado del sistema de Gestión de Calidad.	F-LOG-49 Reevaluación de proveedores. I-LOG-21 Reevaluación de proveedores.
35	8.5.1	La producción y la prestación del servicio se realizan bajo condiciones controladas?				X	a. Disponibilidad de Información documentada: Se cuenta con lineamiento relacionado con el sistema de gestión documental (elaboración y actualización). Cada uno de los procesos misionales cuenta con manuales, protocolos, guías instructivos y formatos que describen los procedimiento y actividades realizadas al interior del proceso. b. Disponibilidad y uso de recursos de seguimiento y medición: En atención ambulatoria se realiza un seguimiento a las llamadas contestadas en el call center. En todos los procesos misionales se realizan auditorías concurrentes, auditorías retrospectivas del diligenciamiento de la historia clínica y evaluación retrospectiva de la adherencia a guías de practicas clínicas. Así mismo se cuenta con procedimientos para interponer PQRS a cualquiera de los procesos misionales. c. Se cuenta con indicadores en el TUCIP de cada uno de los procesos, los cuales incluyen puntos críticos del seguimiento de la prestación del servicio. d. Infraestructura y entornos adecuados: Se tienen dos sedes hospitalarias que cuentan con la infraestructura y equipos biomédicos requeridos para la prestación de los servicios ofertados de acuerdo al Certificado de Habilitación. Así mismo se	a. M-CAL-05 Elaboración y control de documentos. Documentación de cada uno de los procesos misionales. Sistema de Gestión Integral Almera. b. F-ATU-29 Matriz de calificación monitoreo individual para asesores de call center. P-AUD-01 Auditoria concurrente. P-AUD-03 Evaluación de la calidad de historias clínicas. P-AUD-04 Evaluación de adherencia guías de practica clínica. P-ATU-01 Recepción y tramite de PQRSF. Indicadores de PQRS por procesos misionales. c. TUCIP de cada proceso. Sistema de Gestión Integral Almera. d. Planos de las sedes hospitalarias. Autoevaluación de Estándares de Habilitación y Certificados de Habilitación por el ente de control. Inventarios y hojas de vida de los equipos biomédicos. 27 software. Contratos con los servicios tercerizados.

36	8.5.2	Se identifican los productos y servicios y su estado de conformidad con respecto a los requisitos?				X	Se cuenta con indicadores para cada uno de los procesos relacionados directamente con los requisitos del cliente. Se realiza encuestas de satisfacción del paciente desde el proceso de atención del usuario y se mide indicadores de satisfacción del paciente por cada uno de los procesos. Se realiza seguimiento a los eventos en salud (complicaciones, incidentes, eventos adversos prevenibles y eventos adversos no prevenibles) desde el proceso de Paciente Seguro.	TUCIP por Proceso Sistema de Gestión Integral Almería P-ATU-05 Evaluación y medición de satisfacción del usuario. P-ATU-07 Seguimiento al paciente egresado. F-ATU-02 Encuesta de satisfacción del usuario. F-ATU-26 Seguimiento al paciente egresado. Indicadores de satisfacción del paciente por procesos. Informes trimestral de seguimiento al paciente egresado. I-PSE-05 Gestión del evento en el aplicativo RES. Indicadores de eventos en salud por cada uno de los procesos.
37	8.5.3	Se cuida la propiedad de los clientes o de proveedores externos mientras está bajo el control de la organización?				X	Propiedad de clientes (historia clínica y datos personales), se tiene definida la política de Manejo de la información, así como los lineamientos y procedimientos relacionados con la seguridad de la información, la protección de datos personales, planes de contingencia y de recuperación de la información. Así como los procedimientos de custodia de historia clínica física. Propiedad de los proveedores (información y equipos biomédicos), se cuenta con lineamientos para el control del ciclo de la tecnología desde la planeación hasta las bajas y disposición final de los equipos biomédicos los cuales aplica para los terceros. Así mismo se cuenta con inventarios de equipos biomédicos con su respectiva placa de identificación.	Cliente: PO-TIC-01 Política de Manejo de la información. M-TIC-04 Seguridad de la información. M-TIC-06 Declaración de protección de datos personales. M-TIC-07 Procedimientos de protección de datos personales. M-TIC-03 Plan de contingencia. M-TIC-08 Plan de recuperación. M-AYD-01 Manejo y archivo de historia clínica. P-AYD-08 Manejo y archivo de la historia clínica. Proveedores: Inventarios de equipos. M-MAN-04 Gestión de la tecnología.
38	8.5.4	Se preservan los productos durante su producción o en la prestación del servicio para asegurar su conformidad con los requisitos?				X	Se cuentan con procedimientos documentados e implementados de preservación de muestras en los servicios donde aplica tales como Laboratorio clínico, Patología.	M-LAB-02 Toma de muestras M-LAB-07 Manual de microbiología P-LAB-01 Ingreso de pacientes, procesamientos de muestras y entrega de resultados de laboratorio clínico en ámbito hospitalario y urgencias Ingreso de pacientes, procesamientos de muestras y entrega de resultados de laboratorio clínico en ámbito ambulatorio P-LAB-02 Ingreso de pacientes, procesamientos de muestras y entrega de resultados de laboratorio clínico en ámbito ambulatorio. PR-LAB-01 Transporte y conservación de muestras intra y extra hospitalario. PR-LAB-08 Remisión de muestras de laboratorio clínico. M-PAT-01 Procesamiento de muestras. DE-PAT-12 Ruta de atención del servicio
39	8.5.5	Se cumplen los requisitos para las actividades de posventa o posteriores a la entrega o la prestación del servicio?				X	Se realiza encuestas de satisfacción del paciente desde el proceso de atención del usuario y se mide indicadores de satisfacción del paciente por cada uno de los procesos. Se cuenta con procedimientos de seguimiento al egreso el cual incluye la evaluación de la satisfacción del paciente con el proceso de atención.	P-ATU-05 Evaluación y medición de satisfacción del usuario. P-ATU-07 Seguimiento al paciente egresado. F-ATU-02 Encuesta de satisfacción del usuario. F-ATU-26 Seguimiento al paciente egresado. Indicadores de satisfacción del paciente por procesos. Informes trimestral de seguimiento al paciente egresado.
40	8.5.6	Cuando se presentan cambios en la producción o en la prestación del servicio éstos se revisan para asegurar la conformidad con los requisitos?				X		
41	8.6	Hay disposiciones para que la liberación de productos y servicios al cliente solo se efectúe hasta que se haya verificado el cumplimiento de todos los requisitos?				X		
42	8.7	Se identifican y controlan las salidas no conformes para prevenir su uso o entrega al cliente?				X	Se cuenta con el proceso y el programa de Paciente Seguro que incluye el procedimiento de identificación y reporte, análisis y plan de mejora derivado de los incidentes o eventos adversos los cuales pueden entenderse como productos y servicios no conformes. Así mismo se cuenta con el procedimiento de recepción y tramites de PQRSF por medio del cual se identifican las salidas no conformes del proceso de atención.	Proceso de Paciente Seguro. M-PSE-01 Programa de paciente seguro. P-PSE-01 Gestión del evento en salud. I-PSE-10 Medios de reporte de eventos en salud. P-ATU-01 Recepción y tramite de PQRSF. I-PSE-03 Metodología de análisis de eventos en salud. I-PSE-05 Gestión del evento en el aplicativo RES. Aplicativo RES en el Sistema de Gestión Integral Almería. Indicadores de eventos en salud por proceso (incidentes y eventos adversos). Planes de mejora de los eventos en salud trazadores.
43	9.1.1	La organización evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad a partir de los resultados del seguimiento y la medición de los procesos, productos y servicios?				X	La organización cuenta con diferentes tableros de control de indicadores a través de los cuales realiza seguimiento y medición a los aspectos relacionados con la seguridad, sostenibilidad, eficacia, eficiencia de los diferentes procesos institucionales. Cada uno de los indicadores cuenta con una ficha técnica donde se especifica la jerarquía (estratégico, táctico u operativo), el eje corporativo, si es normativo, atributo de calidad a que le apunta y atributo del modelo de atención. Cada uno de estos indicadores es medido de acuerdo a la frecuencia establecida y analizados según el resultado. Esta trazabilidad se lleva en el Sistema de Gestión Integral Almería. Los indicadores de cada proceso son presentados a la alta dirección en las reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos de forma trimestral. Se realiza seguimiento a los resultados de los indicadores a través de las siguientes estrategias: Análisis de indicadores con bajo desempeño por parte del jefe del proceso. Análisis de indicadores en los comités normativos e institucionales. Análisis en reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos. Análisis de los tableros de control de indicadores por parte de los directores y jefes responsables.	M-INE-01 Manejo de indicadores en la IPS. M-INE-03 Reporte y seguimiento de indicadores. Sistema de Gestión Integral Almería. Tableros de control de indicadores (TUCIP). Ficha técnica de indicadores. Análisis de indicadores en el Sistema de Gestión Integral Almería. P-CAL-12 Seguimiento al desempeño de los procesos. I-CAL-06 Gestión de comités normativos e institucionales. Actas de reuniones de comités normativos e institucionales. Actas de reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos.

44	9.1.2	Se realiza seguimiento a la percepción de los clientes?					X	En la institución objeto de estudio se realiza monitoreo de las PQRS, se cuenta con indicadores por proceso y se establecen planes de mejora a partir de los resultados. Se realiza encuesta de satisfacción del paciente (interna y externa), y se cuenta con indicadores de satisfacción por proceso. Se realiza encuesta de necesidades y expectativas del paciente y se establece planes de mejora a partir de los resultados. Se realiza desde el proceso de Atención al Usuario la estrategia de paciente trazador para evaluar la satisfacción del paciente durante el proceso de atención.	P-ATU-01 Recepción y tramites de PQRSF. P-ATU-05 Evaluación y medición satisfacción del usuario. I-ATU-16 Identificación de necesidades del paciente y su familia. F-ATU-02 Encuesta de satisfacción del usuario. F-ATU-03 Quejas y sugerencias de la IPS. F-ATU-09 Encuesta de satisfacción del usuario. F-ATU-27 Detección de necesidades y expectativas del paciente y su familia. Consolidados de resultados de encuestas de satisfacción, encuestas de necesidades y expectativa, paciente trazador y PQRS. Indicadores de PQRS por procesos satisfacción. Oportunidades de mejora derivadas del análisis de las estrategias de comunicación con el paciente.
45	9.2	Se llevan a cabo auditorías internas al sistema de gestión de la calidad?					X	Los procesos de Gestión del Riesgo y Gestión de la Calidad como procesos de evaluación de la organización cuentan con programas de auditorías internas anuales, teniendo un enfoque a la gestión del riesgo y al cumplimiento normativo, estos programas de auditorías son aprobados por la alta dirección, se realiza seguimiento periódico al cumplimiento del programa y presentación de resultados en el Comité Directivo y en el Comité de Calidad. Se cuenta con el plan de auditoría para cada una de las auditorías del proceso de Gestión de Calidad y Gestión del Riesgo que incluye criterios de auditorías, alcance, equipo auditor, entre otros aspectos. Para cada una de las auditorías se realiza reunión de apertura y cierre con el fin de dar a conocer los resultados a los procesos involucrados. Se realiza divulgación de los resultados de auditorías de impacto a la alta dirección. Todas las auditorías cuentan con planes de mejoramiento a partir de los hallazgos identificados.	M-CAL-02 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC. M-CGR-01 Manual de auditoría interna y gestión del riesgo. P-CAL-01 Auditoría interna de calidad. P-CGR-01 Auditoría interna. F-CAL-18 Programa anual de auditoría interna integral. F-CAL- 19 Plan de auditoría. F-CAL-17 Informe de auditoría. F-CGR- 03 Programación específica de auditoría interna. F-CGR-07 Informe de auditoría interna. F-CGR-29 Plan estratégico de auditoría interna. F-CGR-30 Priorización de auditoría interna. F-CGR-33 Plan anual de auditoría interna. Presentación de resultados del programa de auditoría en los comités institucionales. Plan de mejoramiento por cada una de las auditorías. Soportes de reunión de apertura y cierre de las auditorías. Actas de reunión con la alta dirección y planes mejora de auditorías en el Sistema de Gestión Integral Almera.
46	9.3	La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la planificación estratégica?					X	La alta dirección realiza revisión de los aspectos relacionados con el SGC en diferentes escenarios y frecuencias (Comité Directivo, Comité de Dirección Hospitalaria, reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos y Equipo de Mejoramiento Institucional). Actualmente no se realiza seguimiento al desempeño a los proveedores por parte de la alta dirección. A partir de las reuniones de Comité Directivo, Comité de Dirección Hospitalaria, reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos y Equipo de Mejoramiento Institucional se establecen oportunidades de mejora, ajuste y se brinda un aval para la solicitud de los recursos requeridos.	I-CAL-06 Gestión de comités normativos e institucionales. P-CAL-12 Seguimiento al desempeño de procesos. Actas de Comité Directivo y Comité de Dirección Hospitalaria. Actas de reuniones de seguimiento al desempeño de los procesos y Equipo de Mejoramiento Institucional.
47	10.1	Existen mecanismos para seleccionar oportunidades de mejora que contribuyan a aumentar la satisfacción de los clientes?					X	Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo que incluye la identificación de oportunidades de mejora por las diferentes fuentes de mejora establecidas por la institución a partir de ella se establecen acciones correctivas o preventivas. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora por parte de los procesos fuentes generadoras de acuerdo al cronograma establecido por cada fuente y seguimiento desde el proceso de gestión de la calidad trimestralmente. Se cuenta con indicadores de mejoramiento a nivel institucional por proceso y por fuente generadora.	P-CAL-02 Mejoramiento continuo. I-CAL- 30 Manejo del módulo de mejoramiento en el software Almera. Módulo PUMP en el Sistema de Gestión Integral Almera. Informes trimestrales de mejoramiento continuo. Indicadores de mejoramiento continuo institucional y por proceso en Almera.
48	10.2	Se revisa la eficacia de las acciones correctivas que se toman?					X	Se cuenta con un procedimiento de mejoramiento continuo que incluye el análisis causal a través de diferentes herramientas (lluvia de ideas, 5 porqués y espina de pescado), la definición de acciones correctivas, seguimiento a la eficacia. Todo el procedimiento de mejoramiento continuo queda consignado en el módulo PUMP en el Sistema de Gestión Integral Almera.	P-CAL-02 Mejoramiento continuo. I-CAL- 30 Manejo del módulo de mejoramiento en el software Almera. Módulo PUMP en el Sistema de Gestión Integral Almera. Informes trimestrales de mejoramiento continuo. Indicadores de mejoramiento continuo institucional y por proceso.
49	10.3	Hay evidencias de mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad - SGC?					X	Se cuenta con indicadores que evidencia la mejora del servicio a nivel de todos los procesos, se realiza seguimiento a estos indicadores mensualmente por parte de los líderes del proceso y trimestralmente por parte de la alta dirección	M-INE-01 Manejo de indicadores en la IPS. M-INE-03 Reporte y seguimiento de indicadores. P-CAL 12 Seguimiento al desempeño de los procesos. I-CAL-06 Gestión de comités normativos e institucionales. Sistema de Gestión Integral Almera. Tableros de control.