

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás**

**PLAN DE ACCIÓN INTEGRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD Y EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD Y SUS
BENEFICIOS PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN**

**SANDRA MILENA OCHOA ABAUNZA
EDGAR FERNANDO PINZÓN LASPRILLA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE INGENIERÍAS, ARQUITECTURA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BUCARAMANGA
2015**

**PLAN DE ACCIÓN INTEGRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD Y EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD Y SUS
BENEFICIOS PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN**

**SANDRA MILENA OCHOA ABAUNZA
EDGAR FERNANDO PINZÓN LASPRILLA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Magister en Calidad y Gestión Integral**

**Directora
JACKELINE JAIMES TRESPALACIOS
Magister en Administración de empresas**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
DIVISIÓN DE INGENIERÍAS, ARQUITECTURA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BUCARAMANGA
2015**

DEDICATORIA

A nuestras familias que nos apoyaron durante el tiempo que estudiamos

Sandra Milena Ochoa Abaunza
Edgar Fernando Pinzón Lasprilla

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	13
1. TÍTULO DEL TRABAJO	15
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Formulación del problema	15
1.1.2 Descripción del problema	15
1.1.3 Antecedentes	17
1.1.4 Antecedentes en el contexto Mundial.	19
1.1.5 Antecedentes en el contexto Latinoamericano	21
1.1.6 Antecedentes en Colombia	22
1.2 JUSTIFICACIÓN	24
1.3 OBJETIVOS	25
1.3.1 Objetivo general	25
1.3.2 Objetivos específicos	25
2. MARCO REFERENCIAL	26
2.1 MARCO TEÓRICO	26
2.1.1 Generalidades del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS	26
2.1.1.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	27
2.1.1.2 Sistema de información para la calidad	28
2.1.2 Las normas NTCGP 1000:2009 y la ISO 9001:2008	28
2.1.3 Sistemas Integrados de Gestión	28
2.1.3.1 Coincidencias en los tres (3) sistemas	29
2.1.3.2 Beneficios de un sistema integrado	29
2.1.4 Gestión por procesos	31
2.1.5 Gestión del ciclo phva	33
2.2 MARCO CONCEPTUAL	33
2.3 MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL	34
2.4 MARCO NORMATIVO	36
3. METODOLOGÍA	37
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
3.2 DETERMINACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.3 TRABAJO DE CAMPO	38
3.4 ANÁLISIS	38
3.5 CRONOGRAMA	40
3.6 PRESUPUESTO	40
4. RESULTADOS	41
4.1 DIAGNÓSTICO LA NTC GP 1000 Y DEL SOGC	41

4.1.1 Diagnóstico nivel de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008.	41
4.1.2 Diagnóstico nivel de cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	51
4.2 MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	56
4.3 FASES Y ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008.	61
5. CONCLUSIONES	64
6. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	68

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Relación del enfoque basado en procesos y requisito 4.1 según NTC ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009	32
Cuadro 2. Fuentes de investigación cualitativa	39
Cuadro 3. Cronograma	40
Cuadro 4. Presupuesto	40
Cuadro 5. Escala de valoración del nivel de desarrollo del SGC del Hospital San Juan de Girón	42
Cuadro 6. Diagnóstico del sistema de gestión de la calidad en el Hospital San Juan de Girón	43
Cuadro 7. Conclusiones preliminares del diagnóstico	44
Cuadro 8. Escala de valoración del nivel de desarrollo del SOGC del Hospital San Juan de Girón	51
Cuadro 9. Consolidado del nivel de desarrollo inicial del sistema de gestión de la calidad en el Hospital San Juan de Girón	52

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo de Gestión por Procesos	31
Figura 2. ISO 9001- NTC GP 1000:2009	43
Figura 3. Resultados del diagnóstico al Sistema obligatorio de garantía de calidad	53
Figura 4. Primera Propuesta Mapa de procesos	59
Figura 5. Propuesta Mapa de procesos definitivo	59
Figura 6. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de Calidad según la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008	60
Figura 7. Modelo de Gestión por Procesos	60
Figura 8. Ciclo PHVA NORMAS GP 1000:2009 E ISO 9001:2008	62
Figura 9. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	63
Figura 10. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de Calidad según la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008	63

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Aspectos comunes de las Normas ISO 9001, NTC GP 1000 Y SOGC	68
Anexo B. Diagnóstico ISO 9001: 2008 Y NTC GP 1000: 2009	74
Anexo C. Diagnóstico del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	92
Anexo D. Fases y actividades para la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y Gestión de la Calidad	103
Anexo E. Instrumento Validación por Expertos	108

GLOSARIO

ACCIÓN CORRECTIVA: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

ACCIÓN PREVENTIVA: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

ACTUAR: tomar medidas preventivas que favorezcan el buen desarrollo de los procesos.

AUDITORÍA INTERNA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CICLO PHVA: herramienta utilizada para el desarrollo de un proceso continuo.

EFFECTIVIDAD: medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

EFICACIA: grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

EFICIENCIA: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

HABILITACIÓN: cumplimiento y verificación de los estándares de las condiciones y requisitos mínimos para la el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

HACER: ejecución de procesos.

MEJORA CONTINUA: acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

PLANEAR: diseñar rutas para el desarrollo de un proceso.

PROCEDIMIENTO: forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

PROCESO: conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

RIESGO: toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES: herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos, y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

VERIFICAR: realizar evaluación y control permanente en un proceso determinado.

RESUMEN

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD Y SUS BENEFICIOS PARA EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN

AUTORES: SANDRA MILENA OCHOA ABAUNZA, EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

DESCRIPCIÓN

El trabajo de grado se desarrolla como respuesta a la necesidad del Hospital San Juan de Dios del municipio de Girón, empresa social del estado que ofrece sus servicios de salud de baja y mediana complejidad; en mejorar la efectividad en sus procesos administrativos y misionales que les permita satisfacer y exceder las necesidades de los usuarios.

Aunque se ha implementado el Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con la cual inicia el proceso de certificación de la entidad; la carencia de un Sistema de gestión de calidad dada la exigencia legal y normativa para la gestión pública, que faciliten la planeación, organización, ejecución y control de cada uno de sus procesos; ha limitado la gestión, por la falta de dinamismo de los mismos, y de las diferentes áreas, que van enfocados las expectativas de los usuarios.

Este documento presenta la metodología del ciclo P-H-V-A (Planear-Hacer-Verificar-Actuar) a desarrollar para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital San Juan de Dios de Girón, tomando como base los requisitos de las normas NTC GP 1000:2009, la NTC ISO 9001:2008 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Por lo anterior, el objetivo general del proyecto, es el diseño de un plan de acción para la implementación del sistema de gestión de la calidad según los lineamientos del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, a partir del enfoque por procesos.

Las cuatro etapas fundamentales de la metodología son el planteamiento del problema, segundo la determinación del diseño metodológico mediante el estudio de diferentes teorías y revisiones bibliográficas. Tercero, el Trabajo de campo, aplicando la lista de chequeo a los funcionarios competentes como cuarto y última etapa, el análisis de la información donde se determinan conclusiones y recomendaciones de la investigación.

El principal propósito de la investigación es determinar los beneficios del sistema de gestión de calidad articulado con el sistema obligatorio de garantía de calidad, favoreciendo a los usuarios de los hospitales a través de una serie de actividades y programas enmarcados dentro del diseño de un plan de acción que genere directrices claras que aporten a la regulación de procesos relacionados con: la cultura organizacional, la reducción de costos por el desarrollo de actividades, la optimización de tiempos, el mejoramiento de la comunicación interna y la coherencia en la organización administrativa.

PALABRAS CLAVES: NTC GP 1000:2009, NTC ISO 9001:2008, SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD, SERVICIOS, MEJORA CONTINUA.

INTRODUCCIÓN

El Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud- SOGCS, con base en el decreto 1011 de 3 de abril del 2006, es aplicable a todas las instituciones independiente del nivel de complejidad. Teniendo conocimiento de esto, la gerencia de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Girón, cree en los beneficios de la implementación del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad para los procesos de la red del hospital, donde permitirá mejorar el desempeño, coordinación y productividad de sus empleados satisfaciendo las necesidades de los usuarios e impidiendo el cierre del mismo por falta de cumplimiento en los estándares mínimos.

El SOGCS, tiene dentro de sus principales objetivos servir como herramienta para mejorar la eficiencia en las organizaciones a través de la identificación e impacto de situaciones de no calidad al igual proporcionar información útil a los usuarios.

La implementación del Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad genera beneficios internos y externos dentro de los cuales incluyen: un enfoque mejorado hacia el usuario y orientación de los procesos dentro de la institución, compromiso de la gerencia, mejora la toma de decisiones, condiciones de trabajo óptimas para los empleados, costos de no calidad reducidos, entre otros. Pero lo más importante es lograr que los usuarios adquieran confianza al recibir los servicios conforme a sus necesidades lo que lleva a la satisfacción del usuario, por consiguiente mejorar en la imagen institucional.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad fue creado con el objetivo de proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Igualmente, la ley 872 de 2003 busca con la creación del Sistema de Gestión de la calidad (SGC) en las entidades del Estado, proporcionar una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, y promover la implementación conjunta con el modelo estándar de control interno (MECI)¹ la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICA Y CERTIFICACIÓN. Gestión de la calidad en el sector público. NTCGP 1000. Bogotá D.C.: el Instituto, 2011. p. 7.

Los retos en el sector salud colombiano para los próximos años serán de ampliar la cobertura en salud hasta ampliar la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios de salud para optimizar las condiciones de vida de los habitantes, por lo tanto se pregunta es qué acciones se deben tener en cuenta para implementarlo.

Si bien los resultados en la atención en salud están mediados por una compleja gama de variables, que no son fácilmente controlables. Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario, no es la deseada.

Es importante destacar que el conjunto de normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de la calidad en Colombia, evidencia el interés del estado por el mejoramiento continuo del servicio de salud.

Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes el sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

El sistema de garantía de la calidad esta dirigidos a garantizar estándares mínimos de la calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios mediante el desarrollo de procesos de auditoria, entendida como el mecanismo sistémico y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los definidos como básicos por el sistema único de habilitación y porque las instituciones de salud cumplan con estándares superiores de calidad como los establecidos en el Sistema Único de Acreditación.

El logro de la optimización en la prestación de los servicios de salud que genere una alta satisfacción por parte de los usuarios adquiere una importancia de primer orden para las IPS en Colombia, debido a que dichas instituciones poseen problemas en la percepción que los usuarios tienen de los servicios brindados. Problemas generados por falta de cobertura y acceso limitado a los servicios, la mala gestión de las entidades, la falta de recurso para incorporar tecnología que permitan ofrecer procedimientos especializados.

Por lo anterior, el objetivo general del proyecto, es el diseño de un plan de acción para la implementación del sistema de gestión de la calidad según los lineamientos del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios de Girón. Aplicando la metodología del ciclo P-H-V-A (Planear-Hacer-Verificar-Actuar).

1. TÍTULO DEL TRABAJO

Relación entre el sistema de gestión de la calidad y el sistema obligatorio de garantía de calidad y sus beneficios para el hospital San Juan de Dios de Girón

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La definición del problema, se realiza partiendo de una revisión de la literatura en el ámbito mundial, latinoamericano y del país, respecto al Sistema de gestión de la calidad, modelo de gestión y aplicación del ciclo PHVA en las organizaciones, en especial las del sector público, para describir el problema objeto de estudio.

1.1.1 Formulación del problema. El contexto descrito anteriormente, da origen al planteamiento de los siguientes interrogantes.

¿Hasta qué punto el sistema obligatorio de garantía de la calidad le aporta al sistema de gestión de la calidad del Hospital San Juan de Dios de Girón?

¿Cuál es la situación actual del Hospital San Juan de Dios de Girón, respecto a los requisitos del sistema obligatorio de calidad, las normas ISO 9001:2008 y la GP 1000:2009?

¿Hasta qué punto la gestión por procesos permite la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios?

¿Cómo lograr la puesta en marcha de la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios?

1.1.2 Descripción del problema. Las organizaciones están compuestas por diferentes tipos de sistemas, desde el sistema financiero hasta los sistemas físicos. Todos estos sistemas aportan al funcionamiento de la organización y son de vital importancia para el desarrollo de la misma. Pero las empresas y en especial las entidades del sector público deben buscar siempre el mejoramiento de sus procesos, observando que le pueden aportar a la comunidad para mejorar su nivel de vida. A partir de esta premisa requieren una gestión integrada en donde esté presente la Calidad, como parámetro fundamental.

Actualmente se denomina como gestión a las actividades que puedan repercutir en los resultados de la organización. En estos momentos los mercados competitivos se entiende como prioritario controlar e implantar sistemas de

Calidad, MECI, Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en salud, Medio Ambiente, Seguridad Laboral y Salud Ocupacional.

El objetivo de las entidades y en especial las del sector salud se direcciona a la implementación de Sistemas de Gestión certificables, esto porque surge la necesidad de racionalizar los esfuerzos, costes y recursos destinados a los mismos. Sobre todo cuando las normas de referencia en las que se basan, comparten requisitos en un porcentaje importante, y la metodología de gestión es la misma.

La propuesta es maximizar los recursos de la organización a través de la integración de todos los procesos que tienen elementos comunes. Esto ayudara a que los procesos se desarrollen eficaz y eficientemente, evitando la presencia de tareas y/o funciones realizadas dos veces, encaminando los procesos de la empresa hacia la efectividad.

Los principales sistemas de gestión certificables que se valoran actualmente en el ámbito del sector de la salud son los siguientes: En primer lugar el Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en salud, que define la política de calidad en salud, y que incluye la estructura organizativa, las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos para llevar a cabo dicha política.

En segundo lugar el Sistema de Gestión de Calidad entendido este como el conjunto de actividades y funciones encaminadas a conseguir la calidad, donde se podría definir como el conjunto de características de un producto o servicio que tiene la habilidad de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente y partes interesadas, es la parte del sistema de gestión que incluye la estructura organizativa, la planificación de las actividades, las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos para desarrollar, implantar, llevar a efecto, revisar y mantener al día la política de calidad

Es necesario realizar un diagnóstico de la situación actual del Hospital San Juan de Dios de Girón en relación al sistema de gestión de la calidad, NTC GP1000, la norma ISO 9001 y el Sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud y con base en esos resultados y proponer un diseño de un Sistema de Gestión Integral.

Este trabajo es de suma importancia ya que permite evaluar los sistemas con los que actualmente cuenta el Hospital, en relación con la calidad de la atención en salud. Por medio de esta evaluación se puede mejorar y actualizar cada uno de ellos, y posteriormente trabajarlos de manera integral, lo cual da una intervención

sistemática al momento de darse el mejoramiento continuo de los procesos restantes, tomando en cuenta todas sus variables, con la finalidad de producir el cambio de cultura, el cual es el sello de presentación de las organizaciones de clase mundial.

Para el desarrollo de este estudio se utilizó como herramienta principal la serie de normas como la NTC ISO 9001, NTC GP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud de la siguiente forma: a.) Para la evaluación del factor de Calidad se utilizó la Norma Internacional ISO 9001, NTC GP1000:2009, Mecí b.) Para la evaluación del factor de salud se aplicó el Sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, las cuales permiten realizar una comparación de lo que exige cada una de ellas y lo que actualmente tiene el Hospital.

El Hospital San Juan de Dios de Girón, ha evidenciado la evolución constante en la prestación de los servicio de Salud en la región, aunque refleja la necesidad de establecer herramientas de mejoramiento continuo que permitan la satisfacción de los usuarios y partes interesadas.

El Sistema de Gestión de Calidad y el sistema obligatorio de garantía de Calidad son componentes necesarios para impulsar en las entidades de salud, procesos de calidad enfocados a la obtención de resultados centrados en el usuario. Y que los profesionales de la salud y área administrativa se apropien de un lenguaje organizativo como es la cultura de mejoramiento continuo, que permita garantizar la calidad y la seguridad en la atención a sus pacientes.

Es por ello que el fortalecimiento de la calidad en el sector salud, es una premisa importante a desarrollar por el Hospital, ya que los usuarios requieren un sistema de calidad centrado en la identificación, prevención, intervención, reducción e impacto en los procesos desarrollados por la entidad. Es así como se plantea la necesidad de implementar el sistema de gestión de Calidad y el sistema obligatorio de garantía de calidad en el hospital para satisfacer las necesidades de los usuarios.

1.1.3 Antecedentes. Las medidas neoliberales que se han adoptado a nivel mundial han traído consecuencias económicas, sociales, ambientales en los países que las han implementado, tal como se expresa en la carta iberoamericana.

Al final de los años setenta del Siglo XX, la crisis económica mundial dificultó la viabilidad del modelo de Estado de bienestar construida por los países industrializados y post-industrializados después de la segunda guerra mundial. Frente a dicha crisis, surgió una propuesta de corte neoliberal-conservador que

perseguía restablecer el equilibrio fiscal y de la balanza de pagos de los países en crisis. Para ello se promovió la reducción del tamaño del Estado y su sustitución por el mercado como instrumento predominante del desarrollo. Contrario a lo que se afirmó, años después de la aplicación de las medidas neoliberales, los problemas de desarrollo se agudizaron en la región, los mercados nacionales se debilitaron, no hubo crecimiento económico, la pobreza se expandió, la gobernabilidad decayó y el Estado que había sido desmantelado perdió su capacidad de respuesta a los nuevos desafíos.²

En el mismo sentido la carta indica cuales son los caminos que deben seguirse para mejorar la situación a las medidas anteriormente expuestas y por ello describe que:

Para abordar dichos desafíos, los Estados iberoamericanos deben adecuar su organización y funcionamiento a las nuevas realidades, aprendiendo de los errores y aciertos de las diversas experiencias recientes y adoptando un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades.³

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad fue creado con el objetivo de proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Está integrado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. Descrito en el decreto Número 1011 de 2006” Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”⁴

Igualmente, la ley 872 de 2003 busca con la creación del Sistema de Gestión de la calidad (SGC) en las entidades del Estado, proporcionar una herramienta de

² CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTROS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y REFORMA DEL ESTADO. Carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública. [En línea]. El Salvador (10: 26-27, junio, 2008). [Consultado 10 Octubre 2012], p. 3. Disponible en internet<<http://www.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-calidad-en-la-gestion-publica>>

³ Ibid.,p.3

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.:El ministerio, [En línea], Abril 2006 [Consultado 24 Noviembre 2012], p.1. Disponible en internet:http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.p.17.

gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, y promover la implementación conjunta con el modelo estándar de control interno (MECI)⁵ la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

1.1.4 Antecedentes en el contexto mundial. En el ámbito mundial se evidencian estudios a través de la experiencia para la aplicación del Sistema de gestión de la calidad en entidades públicas, el cual ha mostrado un mejoramiento continuo en la optimización de recursos y la gestión por procesos, a continuación se presentan algunos de los más importantes:

Serrano, López, García⁶, proporcionaron un estudio sobre gestión de la calidad en servicios abordando dos temas principalmente: uno es la identificación de los factores o dimensiones que deben ser adecuadamente gestionados para implementar un programa de calidad en una organización y otro como medición del impacto de dicha implantación sobre los resultados de la empresa en donde los indicadores de calidad están basados en la satisfacción del cliente, mejora continua y trabajo en equipo.

Por otra parte, Cruz,⁷ realizó un estudio en España, denominado relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo como una aproximación desde la perspectiva basada en los recursos encontrando que la implantación de los principios de calidad en las empresas refleja mejores resultados competitivos y de sostenibilidad en los procesos de la organización.

⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICA Y CERTIFICACIÓN. Gestión de la calidad en el sector público. NTCGP 1000. Bogotá D.C.: el Instituto, 2011. p. 7.

⁶SERRANO BEDIA, Ana M; LOPEZ F., Concepción y GARCIA P., Gema. Estudios sobre gestión de la calidad en servicios: una revisión de la perspectiva del management. [En línea]. España: Universidad de Cantabria, 2007, p. 35 [consultado 10 de Noviembre 2012]. Disponible en internet< <http://www.ehu.es/cuadernosdegestion/documentos/712.pdf>>ISSN: 1131.

⁷CRUZ ROSS, Sonia. Relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo. Una aproximación de la perspectiva basada en los recursos. [En línea]. España: Universidad de Valencia. Facultad de economía, 2001. p. 336 [consultado 10 de Noviembre 2012]. Disponible en internet< <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9663/cruz.pdf?sequence=1>>

Teniendo en cuenta los estudios de los autores, se puede evidenciar que el desempeño organizativo de una entidad depende de los principios e indicadores de calidad que se puedan implementar para la obtención de resultados óptimos que contribuyan al mejoramiento en las instituciones tanto en el sector público como el privado.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en el sector de la salud, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en estados unidos comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

Dentro de este contexto de normalización internacional, la Sociedad Internacional para la Calidad en el cuidado de Salud (ISQua, International Society for Quality in Health Care), creó un Programa de Acreditación Internacional (IAP) usando originalmente la sigla ALPHA. La versión 2004, de los Estándares Internacionales de ISQua para acreditar el desempeño de organismos de acreditación en salud, se revisó para reflejar el nuevo propósito. Ellos incorporan los requisitos de la Organización Internacional de Estándares (ISO) para certificación de organizaciones, los criterios del premio Baldrige para la excelencia del desempeño, el premio EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) Modelo de la Excelencia, y los criterios para la excelencia organizacional extractada de los estándares de varias Organizaciones Nacionales de Acreditación. Los Estándares de Acreditación Internacional de ISQua, versión 2008, son declaraciones de resultados necesarios para la provisión de servicios excelentes de evaluación externa. Ellos se sustentan en criterios que corresponden a componentes medibles de los estándares. Los criterios indican las estructuras claves, los procesos y resultados necesarios para el logro de los estándares.

En concordancia con estos procesos de mejoramiento, ISO creó en 1987 la serie de normas ISO 9000. A partir de ese momento se empiezan a adoptar estas normas como estándar mundial referente a la gestión de la calidad. Se le han realizado tres revisiones a esta norma que han generado tres nuevas versiones: la versión 1994, la versión 2000 que fue muy profunda en su revisión para adaptarla a las necesidades y realidades de las empresas del siglo XXI y la versión 2008.

Explorado el contexto mundial y basado en las referencias anteriores, se puede afirmar que el sistema obligatorio de garantía de calidad se encuentra centrado en los modelos y criterios de excelencia de la calidad de los países, con similitudes respecto a las normas de gestión de la calidad ISO 9001 y NTC GP 1000, en cuanto a enfoque por procesos, criterios de resultados para la provisión de servicios excelentes a los usuarios.

1.1.5 Antecedentes en el contexto latinoamericano. La Carta Iberoamericana, determina la calidad en la gestión pública con dos propósitos de gestión relevantes: el primero relacionado con la satisfacción del ciudadano como actor en el proceso y el segundo con los resultados que están sujetos al control de las acciones, por medio de rendición periódica de cuentas.

La adopción de estrategias de innovación, racionalización y mejora de la gestión pública, orientadas por la calidad, permitirá a las Administraciones Públicas iberoamericanas posicionarse favorablemente frente a la incertidumbre, reforzar su influencia en un entorno dinámico y complejo y acometer el necesario desarrollo organizativo para la gestión del cambio y la formulación de soluciones de mejora creativas, con el fin de cumplir al máximo las expectativas de la ciudadanía, proporcionando un instrumento para lograr la coherencia en la dirección estratégica a seguir.⁸

Como se puede observar, existe coincidencia entre lo que expresa la carta iberoamericana y los resultados obtenidos por los autores referenciados anteriormente en el contexto mundial quienes señalan que los factores como la planificación, liderazgo de la alta dirección, gestión por procesos, compromiso del personal, verificación, medición y la mejora continua son similares a la norma técnica de calidad para la gestión pública.

Consecuentemente con lo expuesto, se afirma por parte de los siguientes autores que uno de los grandes desafíos para las entidades públicas, es la adopción de sistemas de seguimiento y control como herramienta fundamental que garantice los óptimos resultados en los procesos de gestión.

En resumen del contexto mundial y latinoamericano se aprecia investigaciones centradas en el modelo de gestión ISO 9001 para la necesidades del ciudadano parte fundamental de los entes públicos, lo mismo que la mejora continua que implica las herramientas de gestión como son el: Planear, Hacer, verificar y actuar- PHVA.

⁸ Carta Iberoamericana de la gestión Pública. Op.cit., p. 4.

1.1.6 Antecedentes en Colombia. A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud- OPS y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de Instituciones de servicios de salud, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, el Ministerio de Salud emitió el decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las Entidades prestadoras de Servicios de Salud- EPS e Instituciones prestadoras de servicio de Salud- IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la sociedad internacional para la calidad en el cuidado de la salud, ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

Mediante el Decreto 4295 del 2007, el Ministerio de la Protección Social adoptó el Decreto 1011 del 2006, como una Norma Técnica Colombiana, en la que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del sector Salud, equivale al Sistema de Gestión de Calidad establecido mediante la Ley 872 del 2003.

En este sentido las instituciones de salud de carácter público en Colombia deben cumplir con los lineamientos específicos adoptados para el sector, por el Ministerio de Protección Social, deben desarrollar y cumplir la legislación en materia de calidad, específica, incluyendo el Decreto 1011 del 2006 y las Resoluciones 1043 del 2006 y Resolución 1445 del 2006.

El Hospital Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Bogotá, fue certificado en las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), convirtiéndose en la primera Empresa Social del Estado a nivel nacional que recibe estas certificaciones. Las cuales le han dado múltiples beneficios al hospital, tales como: la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, cliente interno, proveedores y aseguradoras y el compromiso de todo el equipo de trabajo con el mejoramiento continuo y la cultura de servicios enmarcada en la humanización.

La Fundación oftalmológica de Santander, implementó, el Sistema obligatorio de garantía de Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001, el cual ha generado una cultura del mejoramiento continuo y de atención centrada en el cliente y la seguridad del usuario como factores clave para satisfacer las necesidades y expectativas de salud.

En Latinoamérica y Colombia, los diferentes entes gubernamentales y privados resaltan la necesidad de implementar sistemas de gestión de calidad, para fortalecer los procesos de atención al usuario en búsqueda de la mejora continua. Lo anterior está contemplado en los lineamientos del Ministerio de Salud y del departamento administrativo de la función pública- DAFP que establecen los estándares para contribuir con el fomento de la calidad en las entidades prestadoras de servicios de salud, garantizando la satisfacción de los usuarios.

Por eso dentro del Plan de desarrollo nacional se establecen unos lineamientos para que desde ahí se dé inicio a la planeación de las organizaciones públicas del sector salud.

“En el caso específico de la administración pública colombiana se encuentran principalmente tres herramientas que orientan al desarrollo de la función pública de las entidades estatales: El sistema de control interno, sistema de desarrollo administrativo y el sistema de gestión de la calidad”⁹.

⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICA Y CERTIFICACIÓN. Gestión de la calidad en el sector público. NTCGP 1000. Bogotá D.C.: el Instituto, 2011. p. 25.

En este sentido, Santander tiene grandes expectativas en la reorientación de sus políticas que puedan ser contextualizadas en la población, situación que exige necesariamente, para su aplicación, de la implementación de un sistema integral de gestión de la calidad y entre esos los Hospitales de Santander, en este caso beneficiar al Hospital San Juan de Dios de Girón, municipio de Santander.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La legislación colombiana busca con la implementación del Sistema obligatorio de garantía de calidad y de Gestión de la calidad (SGC) en las entidades del Estado, para proporcionar una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

El Hospital San Juan de Dios de Girón atiende las exigencias enmarcadas en la ley 872 de 2003 y el decreto 1011 de 2006, y a su vez es consciente de la importancia que para el mismo reviste la adopción de modelos de gestión eficaces, es por esto que toma la firme determinación de cumplir las etapas necesarias para lograr la efectiva implementación de un sistema de gestión de calidad que genere en los usuarios, la confianza requerida para lograr con éxito el cumplimiento de los fines y objetivos institucionales.

La implementación del SGC es conveniente, ya que el Hospital busca lograr una mejora en su desempeño institucional como objetivo estratégico, para asegurar con ello la orientación de la gestión bajo criterios de transparencia, eficacia y eficiencia, y la obtención de resultados en términos de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés.

La “eficiencia y eficacia administrativa”¹⁰, que se pretende lograr con esta estrategia, se basa en los principios orientados hacia la transparencia, la gestión pública efectiva, vocación por el servicio público, participación y servicio al ciudadano con calidad y oportunidad y, finalmente, la lucha contra la corrupción¹¹. Con estos propósitos el gobierno busca poner en marcha la gestión integral, lo

¹⁰ Ibíd., p. 129.

¹¹ Ibíd., p. 128.

cual resalta en algunos aspectos, su concordancia con las tesis de Sen¹² quien en su aporte teórico precisa que lo importante es establecer reformas y acuerdos institucionales claros y equitativos que eviten que los más pobres se restrinjan de gozar de los dividendos justos que brinda la globalización.

Con base en lo anterior, es claro que para la ejecución de este plan de gestión integral se deben tener lineamientos estratégicos unificados, con la participación de líderes y responsables de procesos; igualmente, debe contar con la planificación de los mismos, vinculando a la comunidad en general.

Si se organiza un buen Sistema de Gestión, coadyuvaría al crecimiento de las instituciones del sector salud con miras al logro para que todas las dependencias enmarquen sus actividades en el cumplimiento de un mismo objetivo y se refleje la integralidad de un sistema de gestión en la organización, basado en mediciones por resultados que sean cuantificables y permitan establecer planes de mejoramiento continuo verificables.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general. Diseñar un plan de acción para la implementación del Sistema de gestión de la calidad según los lineamientos del Sistema obligatorio de la garantía de la calidad y las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, a partir del enfoque por procesos en el Hospital San Juan de Dios del municipio de Girón (Santander).

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de la situación actual del hospital San Juan de Dios con respecto a los lineamientos del Sistema obligatorio de la garantía de la calidad y las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008.
- Determinar el modelo de gestión por procesos que permite implementar el Sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios.
- Determinar las fases y actividades requeridas para la implementación del Sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el hospital San Juan de Dios.

¹² SEN, Amartya. Juicios sobre la globalización. En: Fractal. Julio-septiembre, 2001, Vol.6, No. 22 p. 6.

2. MARCO REFERENCIAL

A continuación se abordan las teorías que se adaptan a la situación particular de estudio, con el fin de lograr su comprensión; lo mismo que los aspectos constitucionales, legales y normativos, que enmarcan, regulan y orientan las fases investigativas.

2.1 MARCO TEÓRICO

Las teorías que soportan este trabajo de grado están orientadas por los autores relacionados en los contextos mundial, latinoamericano y colombiano, los cuales hicieron referencia a la gestión de la calidad y el sistema obligatorio de garantía de la calidad de salud como base fundamental para la mejora continua en las Instituciones del sector salud.

Este enfoque se encuentra centrado en los lineamientos del Ministerio de la protección social reglamentado en el decreto 1011 del 3 de Abril del 2006 y el Sistema de Gestión de la Calidad, normas NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008.

Por lo anterior se hará el análisis de los lineamientos emitidos por el ministerio de la protección social, incluyendo un marco conceptual, criterios de calidad que dirigen las distintas etapas de la evaluación, para finalmente establecer las fases y actividades para la implementación previo diagnóstico de los sistemas.

2.1.1 Generalidades del Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.¹³

Todas las acciones que se desarrollen del SOGCS, son orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, focalizados básicamente en el usuario, y van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con los siguientes atributos:

¹³ Decreto 1011 de 3 de abril de 2006.

- **Accesibilidad.** Es garantizar que el usuario utilice los servicios de salud propuesto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los componentes del SOGCS son los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

2.1.1.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

-La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

-La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas

-La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

-El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios: Confidencialidad, Eficiencia y Gradualidad.

2.1.1.2 Sistema de información para la calidad. Permite orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

Monitorear, orientar, referenciar, estimular, gradualidad, sencillez, focalización. Validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

2.1.2 Las Normas NTCGP 1000:2009 y la ISO 9001:2008. La Norma Internacional ISO 9001, está dirigida a los clientes sin embargo una entidad que desee implementar bajo esta norma puede certificarse solo por los que tengan dentro del alcance mientras la NTC GP 1000, está dirigida hacia la satisfacción del cliente en el acceso a un producto o servicio y además debe ser certificada con todos sus procesos de la entidad.

A efectos de dar cumplimiento a las normas se deben documentar de manera obligatoria los siguientes procesos: Control documental, Control de Registros, Auditoria institucional, Control de Productos y Servicios no conformes y Acciones correctivas, Acciones Preventivas.

En conclusión los sistemas son compatibles pero tienen finalidades diferentes y elementos comunes que pueden ser articulados, sin confundir los mismos entre sí. La posibilidad de articulación de los sistemas se basará necesariamente en la obtención de resultados de calidad en cada uno de sus enfoques implementando a cabalidad los elementos de los sistemas se estará cumpliendo el objetivo del Gobierno frente a la Gestión, Administración y Atención en salud.

2.1.3 Sistemas Integrados de Gestión. En general, las empresas con un sistema ya implantado podrían ampliar su sistema de gestión a otros campos, al menos en cuanto al tratamiento documental, con solo incrementar los documentos ya existentes, evitando las redundancias e incluyendo referencias cruzadas e

interrelaciones entre los distintos elementos específicos de los diferentes sistemas.

Se recomienda el diseño de un sistema de acuerdo a un estándar que incluya las especificaciones para los tres sistemas de forma integrada. No obstante, no existe una norma ISO sobre Sistemas Integrados, salvo la Norma ISO 19011 sobre auditorías de calidad y ambiente.

2.1.3.1 Coincidencias en los tres (3) sistemas. Las coincidencias de las tres normas en estudio son las siguientes, según el análisis realizado por los autores del proyecto:

- En estos sistemas de gestión, existe un compromiso y liderazgo por parte de la dirección. Solamente si la dirección de la organización está comprometida se logrará el éxito.
- Estos sistemas de gestión, están inmersos en un proceso de innovación y mejora continua.
- Se basan fundamentalmente en la acción preventiva y no en la correctiva.
- Han de aplicarse en todas las fases del ciclo de vida de los servicios de Salud y en todas las etapas de los procesos productivos.
- Deben ser medibles. Sólo serán eficaces, si se son capaces de medir y evaluar la situación en la que estamos y a dónde vamos. En los tres sistemas, las técnicas de evaluación son similares e idénticas.
- Los tres sistemas implican el compromiso y participación de todas las personas que trabajan en la organización. Realmente sería difícil obtener éxitos sin la participación de todo el personal en materia de calidad, ambiente o seguridad, pues son procesos continuos e integrados en toda la estructura de la organización.
- La formación es la clave principal de todos aquellos sistemas de gestión que se desarrollen en las organizaciones.

2.1.3.2 Beneficios de un Sistema Integrado. Los principales beneficios que produce la búsqueda de un Sistema Integrado de Gestión son los siguientes: Mejora la eficiencia y efectividad de la organización por la buena adaptación a las necesidades del mercado. Mejora las relaciones con los proveedores, al hacerlos partícipes de la filosofía de la calidad. Mejora el rendimiento, competencias y el entrenamiento de los miembros de la organización, como individuos y equipo.

Mejora la moral y la motivación del personal, por sentirse partícipes y hacedores de la mejora continua de su organización. Mejora las oportunidades laborales, al contar con la certificación de organismos internacionales de validez mundial, satisfaciendo simultáneamente requisitos actuales del mercado.

Cada día las empresas que desean acogerse a éstas normas buscando algunas la certificación simplemente como un requisito de moda que le permite mayor capacidad de negociación con empresas que exigen que sus clientes y proveedores estén certificados, o algunas otras que buscan con las normas ISO 9000 mejorar sus procesos y acogerse realmente a los estándares de calidad internacionales.

Resulta complicado describir un único modelo para la integración de sistemas de gestión, pero hay autores que han investigado sobre el tema como;

Winder¹⁴ el cual plantea reglas para la integración, destacando importancia del compromiso de gerencia, decisión del tipo de SIG y objetivos comunes, además incluye bases del SIG como: política, programas, procedimientos y planificación, comunes para toda la organización.

Karapetrovic y Jonker¹⁵, afirman que la integración proporciona sinergias y ahorros para la organización, las cuales se logran mediante dos niveles: el primero de alineación de estándares y segundo, la integración en un único sistema; para ello se utilizan tres modelos de integración: por procesos, ciclo PDCA (por sus siglas en inglés, “plan, do check, act”) y por último la armonización, alineación e integración de los diferentes sistemas de gestión.

De acuerdo a Fraguela¹⁶, cualquiera que sea el Modelo de gestión integral que se adopte, debe contemplar los siguientes capítulos: planificación; organización; documentación del Sistema de gestión integrada; formación y cualificación; documentación del sistema y su control; implantación; evaluación y control del Sistema integrado; Mejora del Sistema; Comunicación.

¹⁴ SAIZARBITORIA, Iñaki H; BERNARDO, Mercè y CASADESÚS, Martí. La integración de sistemas de gestión basados en estándares internacionales: Resultados de un estudio empírico realizado en la capv1. En: Revista de Dirección y Administración de Empresas. Diciembre, 2007. No. 14., p. 155-174.

¹⁵ Ibíd., p. 162.

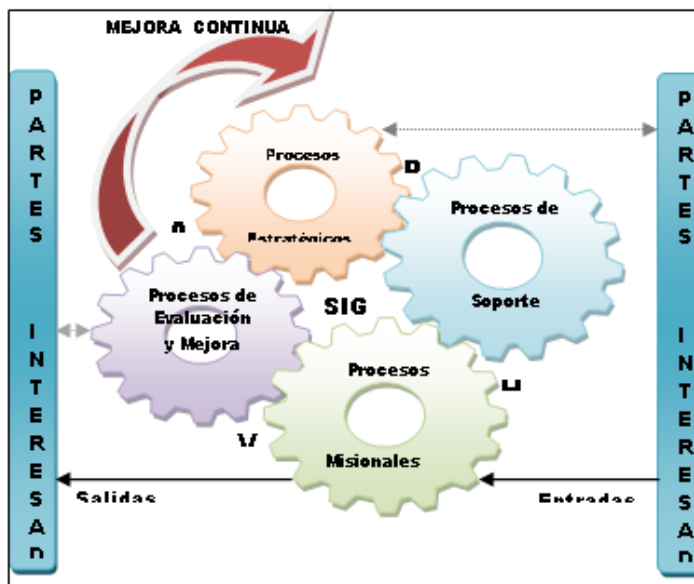
¹⁶ FRAGUELA FORMOSO, J, et al. La integración de los sistemas de gestión. Necesidad. De una nueva cultura empresarial. [En línea], Abril 2011 [Consultado 24 Noviembre 2012], pp. 48. Disponible en internet: <<http://dyna.unalmed.edu.co/ediciones/167/articulos/a05v78n167/a05v78n167.pdf>>

Finalmente y en términos generales, no existe una metodología específica para la implementación de un sistema integrado pero sí una serie de pautas que pueden servir de guía a lo largo del proceso. En esta investigación la norma ISO 9001, hace parte del contexto del estudio pero a través de la ley 872 de 2003 se convierte para Colombia en la NTCGP 1000 que es la del sector público.

2.1.4 Gestión por procesos. Esta gestión se da por una interrelación con las partes interesadas para dar un resultado, lo cual cada proceso genera respuesta eficaz a los requisitos a cada uno de los modelos de gestión¹⁷.

El modelo de cadena de valor expresados por Porter, como representación de modelos por procesos de una organización en su libro *Competitive advantage*¹⁸. Esquema universal de proceso de Arthur Andersen. Modelo APQC (siglas en ingles “American Productivity and quality center”, propone un modelo de doce procesos. Modelo de la NTC GP 1000:2004. Todos los modelos anterior mencionados tienden a la representación por procesos con características comunes para la planeación, el hacer, verificar y actuar: En este caso se utiliza la clasificación de la NTCGP 1000:2009, como modelo del sistema de gestión integral que incluye los siguientes procesos: 1. Procesos Estratégicos 2. Procesos misionales 3. Procesos de soporte y 4. Procesos de evaluación y mejora.

Figura 1. Modelo de Gestión por Procesos



Fuente: Autores del trabajo.

¹⁷ Ibíd., p. 71.

¹⁸ Ibíd., p. 71.

De acuerdo a la Figura 1 y tomando el postulado de Atehortúa¹⁹, el fundamento del Sistema de Gestión Integral-SGI, es un modelo de procesos de la organización, independientemente de la denominación que integra mapa de procesos, cadena de valor, esquema de procesos, modelo de operación por procesos.

La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos". En el cuadro 1 se muestran los pasos para establecer un enfoque basado en procesos con relación a los requisitos del punto 4.1 de la NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008.

Cuadro 1. Relación del enfoque basado en procesos y requisito 4.1 según NTC ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009

PASOS PARA EL ENFOQUE	REQUISITOS DEL APARTADO 4.1 DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y GP 1000:2009
1. Identificación y secuencia de los procesos	a) Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización. b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
2. Descripción de los procesos	c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
3. Seguimiento y medición de los procesos	d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos. e) Realizar el seguimiento, medición y el análisis de estos procesos.
4. Mejora de los procesos	f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Fuente: Autores del Trabajo

La adopción de un Sistema de Gestión de la Calidad en el sector Público está constituida con una estructura organizacional clasificada por procesos estratégicos, misionales, de apoyo, control y evaluación definidos en las diferentes

¹⁹ATEHORTÚA, Federico A. y BUSTAMANTE, Ramón E. y VALENCIA, Jorge A. Sistema de Gestión integral, Op. Cit. p. 71.

dependencias del Hospital San Juan de Girón, se encuentra de la siguiente manera:

Procesos Estratégicos: direccionamiento estratégico, mejora continua y evaluación y control.

Procesos Misionales: hospitalización, urgencia, consulta externa, promoción y prevención, servicios de apoyo

Proceso de Apoyo: gestión del talento humano, gestión administrativa y financiera y gestión del recurso físico y sistema de atención al usuario.

Procesos de Evaluación: control y evaluación

2.1.5 Gestión del Ciclo PHVA. Uno de los elementos comunes que permite potencializar la integración de la gestión ambiental y salud ocupacional con calidad es el Ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar.

La prescripción de proceso de integración de sistemas de gestión establecida en la norma sigue el ciclo PHVA, en virtud de que esta estructura goza de una eficacia probada y facilita el desarrollo de proyectos de esta índole. Por tanto, el proceso de integración recomendado consta de tres grandes etapas: el diseño, implantación y mantenimiento del plan de integración.

Los aspectos comunes de los modelos de sistemas de gestión ISO 9001:2008, NTC GP 1000:2009, y sistema obligatorio de garantía de calidad basado en los requisitos del ciclo PHVA se observan en el Anexo A, los cuales se aplican para las organizaciones, planeando, el diseño de los planes y programas a través de procedimientos claros para dar apoyo al esfuerzo de la calidad de las partes interesadas de la entidad.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000:2009, está dirigida a todas las entidades del sector público, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la Ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño

institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud definido en el Decreto 1011 de 2006, con cuyo cumplimiento se garantiza el cumplimiento de los contenidos de la NTCGP 1000:2009. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

2.3 MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

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

La ley 872 de 2003, crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios

Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1164 de 2007: Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Decreto Nacional 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Manual de estándares componente amec.

Resolución 1445 de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 de 2006: Sistema de Información de Calidad basado en indicadores de calidad. Atributos. Resolución 1446 de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

Resolución 1448 de 2006: Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

Resolución 1315 de 2006: Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3763 de 2007: Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2181 de 2008: Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

Resolución 3960 de 2008: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos.

Resolución 1441/2013: Establece 9 estándares

Resolución 2003/2014: Modifica a 7 estándares

Resolución 3678/2014: Fecha de Registro de EPS

Decreto 4485 de 2009: Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública –NTCGP 1000:2009

Decreto 4295 de 2007: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003.

Decreto 2375 de 2006: reglamenta el artículo 7º de la Ley 872 de 2003.

2.4 MARCO NORMATIVO

El proyecto pretende implementar el sistema de gestión de calidad según lineamientos del sistema obligatorio de la garantía en salud, por lo tanto, las normas establecidas en su totalidad son:

NTC-ISO (Organización Internacional de Normalización) ISO 9001:2008, Es la norma que permite dar a conocer las expectativas de los clientes que se presentan en las organizaciones públicas y privadas, es decir los requisitos de un sistema de gestión de calidad.

NTC ISO 19011:2012. Directrices para la auditoría de sistemas de gestión, la cual proporciona directrices para verificar la capacidad del sistema y conseguir objetivos de calidad definidos. Se puede usar esta norma tanto internamente como para auditar a los suministradores

NTC GP (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública) 1000:2009: Requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades del sector público. Establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

3. METODOLOGÍA

El proyecto de investigación consta de cuatro fases fundamentales descritas de la siguiente manera:

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Previo selección del tema, se establece el problema de investigación, realizando una revisión teórica de antecedentes en diferentes contextos, produciendo la formulación del problema para luego plantear los objetivos de investigación y justificación.

3.2 DETERMINACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO

Según la naturaleza de los objetivos y el nivel de conocimiento deseado se aplicaron en este estudio, una investigación con diseño metodológico no experimental debido a que no hubo manipulación en forma deliberada de la variable independiente, sólo se procedió a realizar observaciones de situaciones ya existentes y se desarrolló de dos tipos, la primera fase es del tipo evaluativo, ya que se requirió analizar en qué condiciones actuales se encuentra las gestiones desarrolladas en el proceso de Calidad de Atención en Salud en el Hospital San Juan de Dios de Girón, la segunda fase es del tipo aplicada por que se desarrolló según patrones determinados.

Se establece el diseño metodológico, mediante el estudio de diferentes teorías y revisiones bibliográficas establecidas en el marco teórico, para enmarcar la investigación en una de ellas. Se analizó las normas internacionales sobre sistemas de gestión de calidad, la ISO 9001:2008; y nacionales, como la NTC GP 1000:2009 y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, lineamientos del ministerio de la protección social.

Con el objetivo de conocer la situación actual del Hospital, se elaboraran listas de chequeo, instrumento de medición previa entrevistas, revisión de la documentación y observación directa. La lista de chequeo se diseña basado en los requisitos contemplados en las normas ISO 9001:2008, NTC GP 1000:2009 y el Sistema obligatorio de garantía de calidad, la razón fundamental de la aplicación de estas listas, es verificar el grado de cumplimiento en cuanto a los requisitos establecidos por estas normas y conocer las debilidades y fortalezas del Hospital con respecto al Sistema de Gestión de Calidad.

En esta etapa, se definen los profesionales de la salud a entrevistar, personal administrativo y directivo para la realización del proyecto.

3.3 TRABAJO DE CAMPO

Se aplica el instrumento, listas de chequeo a los funcionarios competentes previamente seleccionados para la recolección de información y se procesa la misma, evaluando la matriz de comparación entre los requisitos del sistema obligatorio de garantía de calidad y el sistema de gestión de calidad según la GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008.

Se procede a aplicar a la muestra seleccionada para determinar el modelo de gestión por procesos que permita implementar el sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios.

Se aplica una herramienta de validación (Anexo E) para luego realizar la recolección y procesamiento de la información, contrastando y triangulando nuevamente con lo documental, la observación y el grupo de expertos.

3.4 ANÁLISIS

Después de la recolección de la información, esta se tabula y se realiza el análisis e interpretación de los resultados, para luego emitir plan de acción o de mejora. En esta etapa, se determinaran las fases y actividades requeridas para la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y Gestión de la Calidad según los lineamientos de las normas GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el Hospital San Juan de Dios de Girón y dar las conclusiones y recomendaciones de la investigación hasta lograr alcanzar los objetivos.

Cada una de las etapas debe estar orientada y revisada por parte del director del proyecto para mostrar su validez frente a la investigación

De acuerdo a la definición del problema y los objetivos planteados, se analiza en forma coherente la metodología que orienta el trabajo de grado.

Se efectúa el análisis de resultados, la interpretación y discusión de los mismos, de acuerdo a los requisitos de la normas. Luego se formulan las conclusiones y recomendaciones, es decir, el plan de acción para la realización de las actividades para finalmente escribir el documento final, dando cumplimiento a los objetivos propuestos en el trabajo de grado. Finalmente se socializa mediante sustentación.

Para determinar la interrelación entre los sistemas, se recurre a una matriz, que nos identifique las similitudes entre los requisitos contemplados en las normas ISO 9001:2008, NTC GP 1000:2009 y el Sistema obligatorio de garantía de calidad para obtener un mejor entendimiento de cómo sería el Sistema Integrado de Gestión a partir de estos elementos.

“Toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados”.²⁰

Cuadro 2. Fuentes de investigación cualitativa

FUENTES DE EVIDENCIA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Documentación	Puede ser reflejada permanentemente.	Puede reflejar el sesgo del autor.
Archivos	Documentación precisa y cuantitativa.	Acceso limitado por su privacidad.
Entrevistas	Focalizada directamente al tema.	Inexactitud debido a la pobre memoria.
Observaciones participantes	Real y contextual	Consume tiempo, costos de observación

Fuente: Yin, Robert K. Case study research design and methods. p.86.

Las anteriores cuatro fuentes de investigación se utilizaron para validar la herramienta que se aplicaron en la entidad y a su vez aportan directamente las fortalezas y las debilidades a las cuales debe abordar oportunamente.

El estudio piloto se realizó a los procesos misionales de consulta externa, hospitalización, urgencias y promoción y prevención con los funcionarios que participen activamente en la dependencia, que corresponda al 10% de la muestra intencional.

²⁰ Ibíd., p. 286.

3.5 CRONOGRAMA

Cuadro 3. Cronograma

ACTIVIDAD	2012		2013												2014					
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Planteamiento del problema																				
Diagnostico																				
Trabajo de Campo																				
Planes de mejora																				

Fuente: Autores del trabajo

3.6 PRESUPUESTO

Cuadro 4. Presupuesto

RECURSOS NECESARIOS	CONCEPTO	PRESUPUESTO	EJECUTADO
Humanos	Coordinador calidad (Representante de la dirección)	\$48'000 000	\$48'000 000
	Capacitaciones	\$ 5'000 000	\$ 5'000 000
Físicos	Bienes de oficina.	\$ 1'500 000	\$ 1'500 000
	Papelería	\$ 1'000 000	\$ 1'000 000
	Adecuación de archivadores	\$ 1'000 000	\$ 1'000 000
Tecnológicos	Internet	\$ 700 000	\$ 700 000
	Equipos de computo	\$ 1'500 000	\$ 1'500 000
Auditora	Auditoria Interna	\$ 4'000 000	\$ 4'000 000
TOTAL		\$ 62'700.000	\$ 62'700.000

Fuente: Autores del trabajo

4. RESULTADOS

4.1 DIAGNÓSTICO LA NTC GP 1000 Y DEL SOGC

4.1.1 Diagnóstico nivel de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008. El diagnóstico del Sistema de gestión de la calidad fue la fase inicial del proyecto, la cual buscaba la radiografía de la Entidad respecto al grado de aplicación de la norma NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008. Su objetivo fue llevar a cabo una serie de actividades de recolección de información acerca del estado actual del sistema.

Se consideró conveniente aplicar esta fase porque permite reconocer las diferencias existentes entre lo que tiene El Hospital San Juan de Girón y lo que debería tener frente a los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008. Se convierte a su vez en el insumo clave para realizar el plan de acción para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Antes de realizar el diagnóstico se socializo a todo el personal de la entidad sobre el sistema de gestión de calidad, explicar la metodología y las fases del proyecto. Como punto de partida se tomó la información general del hospital, la cual permitió conocer: Actividades principales del Hospital, estructura de cargos, identificación de procesos actuales, documentación existente en las diferentes áreas, y registros.

Planificación de la realización del diagnóstico

- **Definición del objeto.** Determinar el grado de cumplimiento de los requisitos según la norma NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008 para el Hospital San Juan de Girón.
- **Alcance.** La revisión se realizó teniendo en cuenta los procesos y actividades que se desarrollan al interior del Hospital San Juan de Girón.
- **Responsable.** Los encargados de realizar el diagnóstico fue el Gerente del Hospital – Doctor Edgar Fernando Pinzón y Sandra Milena Ochoa.
- **Agenda.** Se programaron dos reuniones con los líderes de los procesos identificados en el Hospital San Juan de Girón con el objetivo de valorar cada uno de los requisitos exigidos por la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008. Las reuniones se desarrollaron los días 24, 25 Y 26 de febrero del 2013.

- **Lista de chequeo.** En la reunión efectuada con los líderes de los procesos del Hospital San Juan de Girón se diligenció una lista de chequeo que contenía cada uno de los requisitos de la NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008, los cuales se les asignó un puntaje de acuerdo a la escala de valoración (Ver Anexo B).

Cuadro 5. Escala de valoración del nivel de desarrollo del SGC del Hospital San Juan de Girón

Puntuación	Descripción
0	No se sabe
1	No cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Fuente: Autores del trabajo

En el Anexo B se muestra la lista de chequeo del nivel de cumplimiento inicial según NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008 para el Hospital San Juan de Girón.

Resultados del diagnóstico. Considerando la información presentada en la lista de chequeo de cumplimiento de requisitos (Ver Anexo B), se observa que todos los numerales aplicables según la NTC GP 1000: 2009 y NTC ISO 9001:2008 deben fortalecerse para dar un cumplimiento total a lo exigido. En especial se debe prestar mayor atención al numeral 5, 7 y 8 aquellos que obtuvieron los mayores porcentajes de no cumplimiento y desconocimiento por parte del hospital.

En el Cuadro 6 se presenta el consolidado del nivel de desarrollo inicial del sistema de gestión de la calidad por requisito de la NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008 para el Hospital San Juan de Girón.

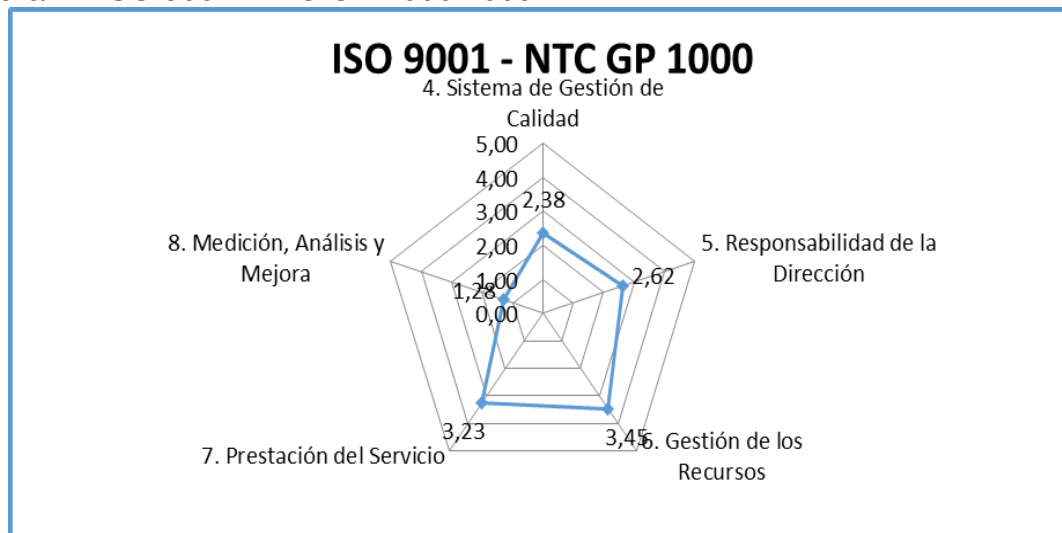
Cuadro 6. Diagnóstico del sistema de gestión de la calidad en el Hospital San Juan de Girón

NUMERAL	Nivel de cumplimiento
4. Sistema de Gestión de la Calidad	47%
5. Responsabilidad de la dirección	53%
6. Gestión de los recursos	69%
7. Realización del producto o prestación del servicio	64%
8. Medición, Análisis y Mejora	26%

Fuente: Autores del trabajo

Estos porcentajes se obtuvieron de dividir el puntaje sacado en cada numeral por el puntaje total deseado en cada requisito y de allí se obtuvo el nivel de cumplimiento del hospital respecto a la norma.

Figura 2. ISO 9001- NTC GP 1000:2009



Fuente: autores del trabajo

Conclusiones preliminares del Diagnóstico. Tomando como sustento el resultado del diagnóstico aplicado, se establecen las conclusiones para cada

elemento de los requisitos de la NTC GP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008, identificando los aspectos positivos y por mejorar del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Girón.

Cuadro 7. Conclusiones preliminares del diagnóstico

NUMERAL	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 4.1 Requisitos Generales	• La entidad ha identificado los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad, sin embargo, no existe evidencia de su secuencia e interacción. • No se han definido los métodos de control necesarios para asegurar la operación eficiente y eficaz de los procesos, así como el control de los mismos. • Se han identificado los riesgos asociados a los diferentes procesos, pero no existe evidencia de las medidas que contribuyan a su eliminación, contención o mitigación. • No se realiza seguimiento formal del desempeño de los procesos, por tanto las acciones que se generan son resultado de la gestión del líder del área/dependencia, sin atender metodología de mejora alguna.
4.2 Gestión Documental	• No existe una declaración documentada de la Política y Objetivos de Calidad. • No existe una declaración documentada del Manual de Calidad para el Hospital San Juan de Girón. • No existe una declaración documentada de los Procedimientos obligatorios requeridos por la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008, entendidos éstos como: - Procedimiento Control de Documentos - Procedimiento Control de Registros - Procedimiento Acciones Preventivas - Procedimiento Control de Producto No Conforme - Procedimiento Auditorías Internas

4.2 Gestión Documental	• Existe evidencia del desarrollo de documentos adicionales requeridos por la entidad para la operación y el control de sus procesos, sin embargo, no se evidencia socialización ni reconocimiento de los mismos entre los funcionarios del Hospital San Juan de Girón. • Se evidencia el uso de y aplicación de algunos registros requeridos para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad, sin embargo, es recomendable dar lugar a su efectiva formalización. • No se evidencia una declaración documentada del detalle del alcance del sistema de gestión de la calidad, así como referencia de las exclusiones aplicables. • No se evidencia que la entidad proyecta la aplicación de la Ley de Archivos como mecanismo de Control de los Registros.
------------------------	--

NUMERAL	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN 5.1 Compromiso de la Dirección	• Se evidencia compromiso de la Dirección con el desarrollo del sistema de gestión de la calidad en términos de: - Definición de la Política de Calidad - Definición de los Objetivos de Calidad • Se evidencia compromiso de la Dirección con el desarrollo del Sistema de gestión de la calidad en términos de disponibilidad de recursos requeridos para la implementación del Sistema de gestión de la calidad.
5.2 Enfoque al Cliente	• No se evidencia una planeación formal del seguimiento a la satisfacción del cliente.

5.3 Política de Calidad	No se evidencia una declaración documentada de una Política de Calidad que sea adecuada al propósito del Hospital San Juan de Girón, coherente con los planes de desarrollo, sistema de control interno y planes estratégicos, y que incluya un compromiso de satisfacer los requisitos y la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.
5.4 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 5.4.1 Objetivos de Calidad	No se evidencia una declaración documentada de los Objetivos de Calidad, establecidos para las funciones y niveles pertinentes de la entidad que incluya los compromisos para cumplir con los requisitos del servicio y que sean coherentes con la Política de Calidad.
5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	En el Hospital San Juan de Girón no existe una definición formal de la planificación del sistema de gestión de la calidad.
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	Existe evidencia de la definición formal de un Manual de Funciones y Competencias Específicas, así como el respectivo Organigrama que lo sustenta.
5.5.2 Representante de la Dirección	La alta dirección ha designado al Subdirector Administrativo y Financiero como Representante de la Dirección para el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y el Sistema de Gestión de la Calidad según la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008. Se define la autoridad y la responsabilidad necesaria para asegurar el establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema de gestión de la calidad, la comunicación respecto al grado de avance en el desarrollo del sistema y la promoción de la toma de conciencia respecto a la importancia de cumplir con los requisitos a todos los niveles del Hospital San Juan de Girón.

NUMERAL	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO
5.5.3 Comunicación interna	• Como parte del Diseño e implementación del Modelo de Estándar de Control Interno en Hospital San Juan de Girón, se ha establecido un documento que evidencia la planificación, control sobre los medios de comunicación y sobre la información, estableciendo con claridad: que se comunica, quien lo comunica, a quien se comunica, como se comunica, entre otros aspectos. Sin embargo no existe evidencia de puesta en práctica.
5.6 Revisión por la Dirección	• No existe evidencia de la planificación, estructuración y ejecución de actividades de revisión por la dirección, ni de los resultados de la misma, según los parámetros definidos por la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS 6.1 Provisión de los recursos	• En el Hospital San Juan de Girón se ha determinado y asignado los recursos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad. • La entidad establece un presupuesto en el que determina las necesidades de recursos para el cumplimiento de sus fines esenciales y la satisfacción de las necesidades de la comunidad.
6.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación	• El Hospital San Juan de Girón ha determinado el perfil de competencias para los servidores públicos, y para los particulares que ejercen funciones públicas, cuyo trabajo afecta la calidad de los servicios destinados a la comunidad. • Existe evidencia de la estructuración de Planes de Formación orientados a mejorar el perfil de competencias de los servidores públicos. • Se mantiene la documentación soporte de las competencias del personal. • No se evidencia la evaluación de la eficacia de las actividades de formación planeadas y ejecutadas.
6.3 Infraestructura	• La aplicación del diagnóstico permite inferir que la Entidad determina y gestiona la infraestructura

	necesaria para lograr la conformidad con los servicios provistos a la comunidad.
6.4 Ambiente de Trabajo	• Se debe estructurar la metodología necesaria para la identificación y gestión del ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de los servicios provistos a la comunidad.
7. REALIZACIÓN DE PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO 7.1 Planificación de la realización del producto o la prestación del servicio	• El Hospital San Juan de Girón maneja un enfoque de operación que bien podría definirse como sistémico, hecho que denota que la misma está dando los primeros pasos hacia el cumplimiento de una gestión por procesos. Es en este sentido, que se evidencia que no existe aún una planificación de los procesos, ni la definición de objetivos, documentos y mecanismos o parámetros de control. La gestión organizacional se cumple por actividades y para cada una de ellas se establece la planificación correspondiente a través de un Plan de Desarrollo.
NUMERAL	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO
7.2 Procesos Relacionados con el Cliente 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto o servicio prestado	• Se evidencia que existe una completa claridad respecto a los requisitos de la comunidad, legales, reglamentarios e internos relacionados con los servicios provistos.
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto o servicio prestado	• La aplicación del instrumento de diagnóstico permite inferir que el Hospital San Juan de Girón, como parte de la planificación de sus actividades, cumple con una revisión de los requisitos relacionados con el servicio de manera previa a comprometer su ejecución.
7.2.3 Comunicación con el cliente	• Es recomendable establecer mecanismos de mayor eficacia para comunicación con la

	comunidad, especialmente en aspectos vinculados al tratamiento de peticiones, quejas y reclamos.
7.3 Diseño y Desarrollo	• En consideración del Análisis Preliminar de la información suministrada, y teniendo en cuenta que el numeral 7.3 correspondiente a Diseño y Desarrollo no está relacionado con los servicios provistos por el Hospital San Juan de Girón, se establece que el numeral es excluible del alcance del sistema de gestión de la calidad.
7.4 Adquisición de Bienes y Servicios (Compras según NTC ISO 9001:2008)	• Se evidencia la existencia de un plan de compras adoptado por la entidad, así como el cumplimiento de los requisitos legales establecidos para la Contratación Estatal. • Se concluye un notable cumplimiento al interior del Hospital San Juan de Girón en los aspectos relacionados con la gestión de adquisición de bienes y servicios, sin embargo, se deben desarrollar algunos documentos complementarios para proporcionar evidencia de la gestión del proceso conforme a los requisitos aplicables de la NTC GP 1000:2009
7.5 Producción y Prestación del servicio	• Se evidencia la existencia de algunos documentos que conducen la orientación de actividades misionales, sin embargo, la documentación no está estandarizada y no se han definido los controles pertinentes. • Los funcionarios del Hospital San Juan de Girón desconocen la aplicación de métodos de seguimiento y medición de los resultados de los servicios suministrados. • No se reconoce la aplicación metodológica de actividades de validación de los servicios provistos a la comunidad.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	No existe evidencia de la Planificación de las actividades de mejora por parte del Hospital San Juan de Girón.
8.1 Generalidades	

NUMERAL	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO
8.2 Seguimiento y Satisfacción	No se evidencia la existencia de una metodología o un medio formal para la ejecución del seguimiento a la satisfacción de la comunidad, el seguimiento del servicio, el seguimiento y medición de los procesos y la ejecución de auditorías internas de calidad.
8.3 Control de Producto y/o servicio no conforme	No se evidencia la existencia de un procedimiento documentado, o bien una metodología compartida, para el control y tratamiento del producto no conforme en el Hospital San Juan de Girón.
8.4 Análisis de Datos	- No existe una metodología que conduzca a la recopilación y análisis de datos que puedan contribuir a la mejora continua de la eficacia y eficiencia de la entidad. - No se evidencia la consolidación de datos correspondientes a la satisfacción del Cliente, la conformidad con los servicios, el desempeño de los proveedores, entre otros aspectos.
8.5 Mejora	Gran parte de las acciones tomadas al interior del Hospital San Juan de Girón están enfocadas a la eliminación de los efectos más no las causas asociadas a los problemas. Esto se justifica al tener en cuenta que la entidad carece de Procedimientos de Acciones correctivas y Acciones Preventivas que orienten la gestión de los funcionarios a la mejora continua de sus actividades.

Fuente: Autores del trabajo

4.1.2 Diagnóstico nivel de cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad. El diagnóstico del Sistema obligatorio de garantía de calidad fue la siguiente fase del proyecto, la cual buscaba conocer como estaba la Entidad respecto al grado de aplicación del Sistema obligatorio de garantía de calidad. Su objetivo fue llevar a cabo una serie de actividades de recolección de información acerca del estado actual del sistema.

Se consideró conveniente aplicar esta fase porque permite reconocer las diferencias existentes entre lo que tiene El Hospital San Juan de Girón y lo que debería tener frente a los requisitos del SOGC, lo cual a su vez es un insumo clave para realizar el plan de acción para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Planificación de la Realización del Diagnóstico

- **Definición del objeto.** Determinar el grado de cumplimiento de los requisitos del sistema obligatorio de calidad para el Hospital San Juan de Girón.
- **Alcance.** La revisión se realizó teniendo en cuenta los procesos y actividades que se desarrollan al interior del Hospital San Juan de Girón.
- **Responsable.** Los encargados de realizar el diagnóstico fue el Gerente del hospital – Doctor Edgar Fernando Pinzón y Sandra Milena Ochoa.
- **Agenda.** Se programaron reuniones con los líderes de los procesos identificados en el Hospital San Juan de Girón con el objetivo de valorar cada uno de los requisitos exigidos por el sistema obligatorio de calidad.
- **Lista de chequeo.** En la reunión efectuada con los líderes de los procesos del Hospital San Juan de Girón se diligenció una lista de chequeo que contenía cada uno de los requisitos de sistema obligatorio de calidad, los cuales se les asignó un puntaje de acuerdo a la escala de valoración (Ver Anexo C).

Cuadro 8. Escala de valoración del nivel de desarrollo del SOGC del Hospital San Juan de Girón

Puntuación	Descripción
0	No se sabe
1	No cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Fuente: Autores del trabajo

En el anexo C se muestra la lista de chequeo del nivel de cumplimiento inicial según el Sistema Obligatorio de Calidad para el Hospital San Juan de Girón.

Resultados del diagnóstico. Considerando la información presentada en la lista de chequeo de cumplimiento de requisitos (Anexo C), se observa que se debe prestar mayor atención a los estándares que obtuvieron menor porcentaje de cumplimiento y desconocimiento por parte del hospital.

En el Cuadro 9 se presenta el consolidado del nivel de desarrollo inicial del sistema obligatorio de calidad por estándar para el Hospital San Juan de Girón.

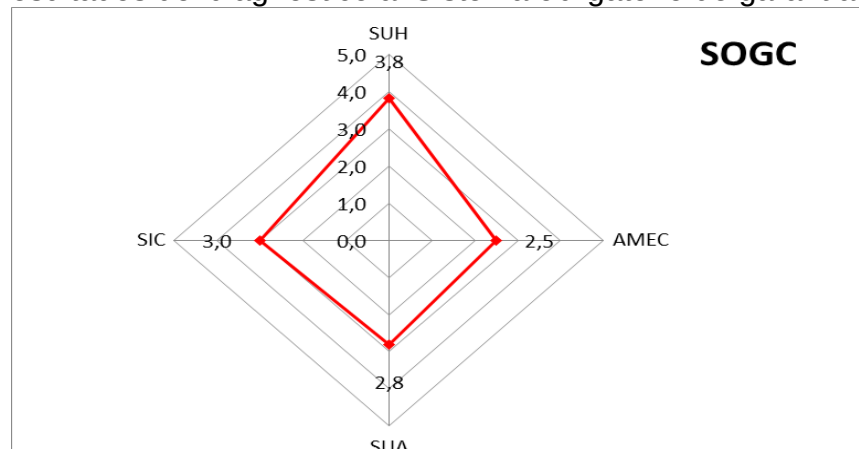
Cuadro 9. Consolidado del nivel de desarrollo inicial del sistema de gestión de la calidad en el Hospital San Juan de Girón

ESTÁNDAR	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Características generales	64%
Sistema único de habilitación	86%
Sistema único de acreditación	50%
Estándares de direccionamiento	51%
Mejoramiento de la calidad	62%
Estándares de gerencia	40%
Estándares de gerencia de recursos humanos	77%
Estándares de gerencia del ambiente físico	52%
Estándares de gerencia de la información	46%
Proceso de afiliación y activación de derechos	58%
Funciones de apoyo	60%
Sistema de información para la calidad	60%

Fuente: Autores

Estos porcentajes se obtuvieron de dividir el puntaje sacado en cada numeral por el puntaje total deseado en cada requisito y de allí se obtuvo el nivel de cumplimiento del hospital respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Figura 3. Resultados del diagnóstico al Sistema obligatorio de garantía de calidad



Fuente: Autores del trabajo

Conclusiones preliminares del Diagnóstico. Tomando como sustento el resultado del diagnóstico aplicado, se establecen las conclusiones para cada componente del Sistema obligatorio de garantía de la Calidad del Hospital San Juan de Girón.

- **Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud**

No se tienen definidas guías y normas técnicas, científicas y administrativas, para comparar durante el proceso de auditoria la calidad observada y la calidad esperada

El hospital no cuenta con un mecanismo para determinar la medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas

No se evidencia que los funcionarios del hospital planean, ejecutan, verifican y ajustan los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y la organización.

El hospital no determina acciones correctivas, preventivas y/o coyunturales para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

El hospital no ha adoptado criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención

- **Sistema Único de Acreditación**

El hospital no cuenta con estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, que permitan demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad

No existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que se aplique al proceso de atención al cliente.

La organización no garantiza que el personal que labora en la entidad haya sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética.

No está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, y no es conocido por todo el personal de atención de la organización.

No existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento del mismo.

La organización no cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso.

No existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, que incluya el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.

No existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento

No existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifica actividades de mejoramiento.

Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad no son comunicados

- **Estándares de direccionamiento**

No existe un proceso para la educación continua de los miembros de la junta directiva.

- **Mejoramiento de la calidad**

No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de direccionamiento.

No existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifica actividades de mejoramiento.

- **Estándares de Gerencia**

Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad no son comunicados.

- **Estándares de Gerencia de recursos humanos**

La organización no cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continua, el cual sea planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.

La organización no cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.

No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.

- **Estándares de Gerencia del ambiente físico**

No existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres.

No existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre.

No existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.

No existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.

La organización no garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.

No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico.

- **Estándares de Gerencia de la información**

Los procesos de la gerencia de la información no están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente

No existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales).

La organización no realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de

los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.

No existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.

No existe un proceso para transmitir los datos y la información.

No existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.

No existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa.

No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.

- **Proceso de afiliación y activación de derechos**

Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad no son comunicados.

- **Funciones de apoyo**

Direccionamiento. No existe un proceso para la educación continua de los miembros de la Junta Directiva.

Los líderes no están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.

Gerencia. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad no son comunicados.

Recursos humanos. No existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.

La organización no cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.

No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.

4.2 MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

En esta fase se buscó determinar el modelo de gestión por procesos que permita implementar el sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, en el hospital San Juan de Dios.

Aunque el Hospital cuenta con una estructura basada en procesos (Figura 4), pero se dejaron muchos procesos importantes por fuera de esta estructura, además que no se ha determinado claramente la secuencia e interacción de los procesos. Por ello, como fruto de la investigación se estudió el mejor modelo de gestión por procesos que le sea beneficioso al hospital para la implementación tanto del sistema obligatorio de la garantía de la calidad como del sistema de gestión de calidad según los lineamientos de la GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, según lo descrito a continuación:

- Elaboración de la matriz de comparación entre los requisitos del sistema obligatorio de garantía de calidad y el sistema de gestión de calidad según la GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008. (Anexo A)
- Reunión con los líderes de áreas de la entidad.
- Determinación de las funciones y responsabilidades de cada funcionario.
- Determinación de los procesos que aplicarían dentro del sistema de gestión de calidad
- Identificación de cómo interactúan los procesos.
- Identificación de los recursos e información necesaria para cada proceso.
- Determinación de los mecanismos de seguimiento y control de cada proceso.
- Establecimiento del tipo de proceso a que pertenece cada uno de los procesos identificados.
- Elaboración de primer bosquejo del modelo de gestión por procesos que le aplicaría al hospital.
- Según las evaluaciones de los puntos anteriores, se propone el mapa de procesos para el sistema de gestión de calidad, tal como se consigna en este documento (Figura 5).

En esta fase se clasificaron los procesos de la siguiente manera.

Procesos estratégicos. Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisión por la

dirección. Dentro de este grupo, se clasificaron:

- Planeación estratégica
- Gestión integral
- Mejora continua

Procesos Misionales. Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser. Dentro de este grupo, se clasificaron:

- Urgencias
- Consulta externa
- Odontología
- Hospitalización
- Promoción y prevención
- Cirugía
- Ayudas diagnósticas
- Servicios de apoyo

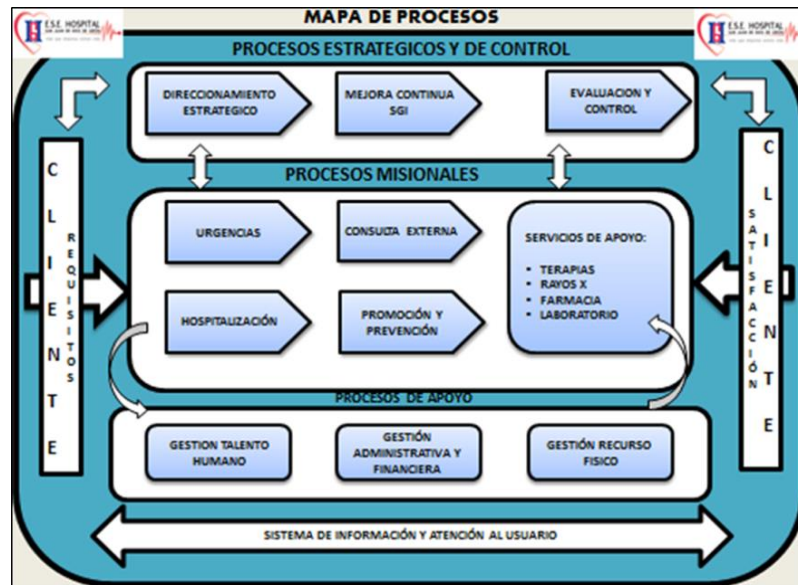
Procesos de Apoyo. Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de evaluación, análisis y mejora. Dentro de este grupo, se clasificaron:

- Facturación y cartera
- Gestión del recurso humano
- Gestión financiera
- Gestión jurídica y contratación
- Seguridad y servicios generales
- Gestión de los recursos físicos
- Gestión de la información y la comunicación

Procesos de Evaluación. Incluyen todos aquellos procesos que evalúan los procesos del sistema de gestión de calidad. Dentro de este grupo, se clasificaron:

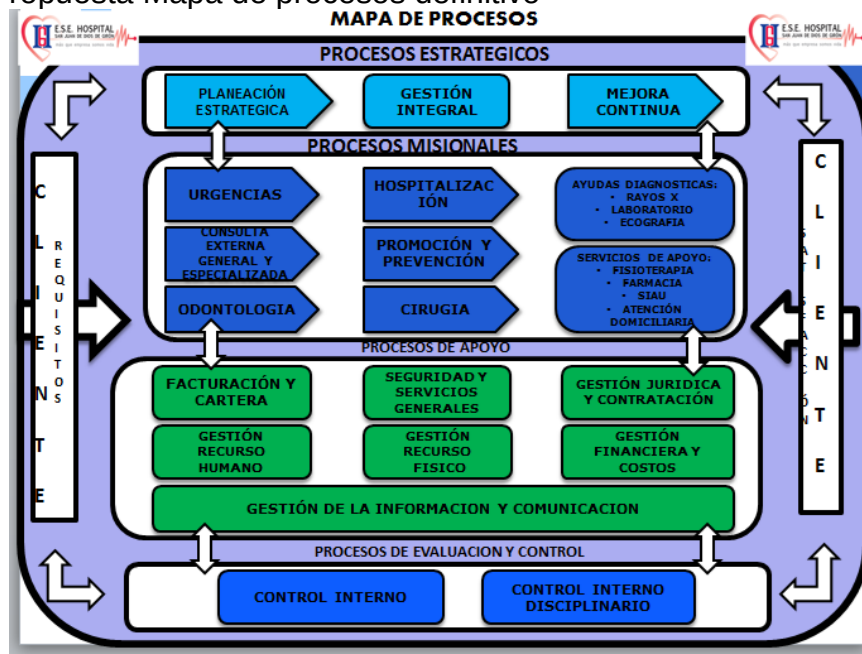
- Control Interno
- Control Interno disciplinario

Figura 4. Primera Propuesta Mapa de procesos



Fuente: Autores del trabajo

Figura 5. Propuesta Mapa de procesos definitivo



Fuente: Autores del trabajo

Figura 6. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de Calidad según la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008



Fuente: Autores del trabajo

Figura 7. Modelo de Gestión por Procesos



Fuente: Autores del trabajo

El modelo de sistema de gestión integrado, sistema obligatorio de garantía de calidad y sistema de gestión de calidad, basado en procesos que se muestra en la Figura 7, describe los procesos que comprenden el sistema de gestión integrado.

Este modelo nos permite evidenciar la importancia que tienen los usuarios para el sistema de gestión integrado, ya que ellos establecen el punto de entrada del sistema a través de sus necesidades. El monitoreo de la satisfacción de los usuarios es una directriz relevante para el sistema de gestión integrado, ya que su efectividad depende de que las entidades de salud ofrezcan el servicio adecuado bajo un enfoque de accesibilidad, oportunidad y calidad.

Este modelo de gestión de procesos abarca todos los requisitos expuestos por las normas técnicas de calidad y los requisitos legales, el cual se generó a partir del estudio de los diferentes procesos que se ven inmersos dentro del hospital, teniendo en cuenta el sistema de gestión de calidad según la GP 1000:2009 – ISO 9001:2008 y el sistema obligatorio de garantía de calidad.

4.3 FASES Y ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008

Con la intención de implementar las acciones a tener en cuenta para la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad y gestión de calidad según la GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008, se elaboró un plan de acción que contenga las fases y actividades requeridas para la implementación del sistema integrado de gestión (ver anexo D). Teniendo en cuenta los diagnósticos realizados, la matriz de comparación y el modelo de procesos según los requerimientos del sistema obligatorio de garantía de la calidad y gestión de calidad según la GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008

Para realizar el plan de acción se tuvo en cuenta la comparación según el ciclo PHVA de los dos sistemas, lo cual se describe a continuación. Igualmente se validó el plan de acción por personas que tienen competencias avanzadas en sistemas de gestión de calidad (ver anexo E). Entre los profesionales que nos validaron el plan de acción están:

1. Lenin Allende Cortes Porras:

Ingeniero industrial, Magister en Calidad y Gestión Integral, especialista en dirección de empresas y en higiene y seguridad industrial. Actualmente labora como consultor en sistemas integrados de gestión, docente universitario e instructor HSEQ del SENA.

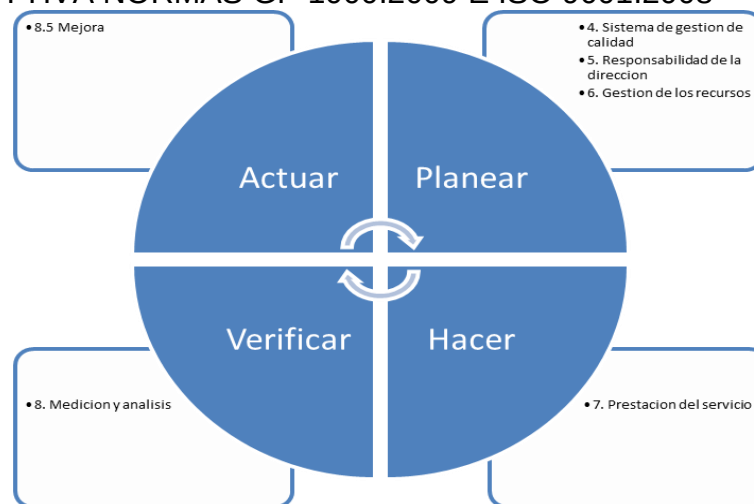
2. Luis Alberto Montañez Gelvez:

Ingeniero Industrial, especialista en sistemas de gestión integral, con experiencia en la implementación de procesos integrados de gestión en Salud, instituto de Salud de Bucaramanga, Hospital local del Norte, Secretaria de Salud de Bucaramanga, actualmente asesor de sistemas integrados de gestión y docente universitario

3. Emiro Martínez Gutiérrez

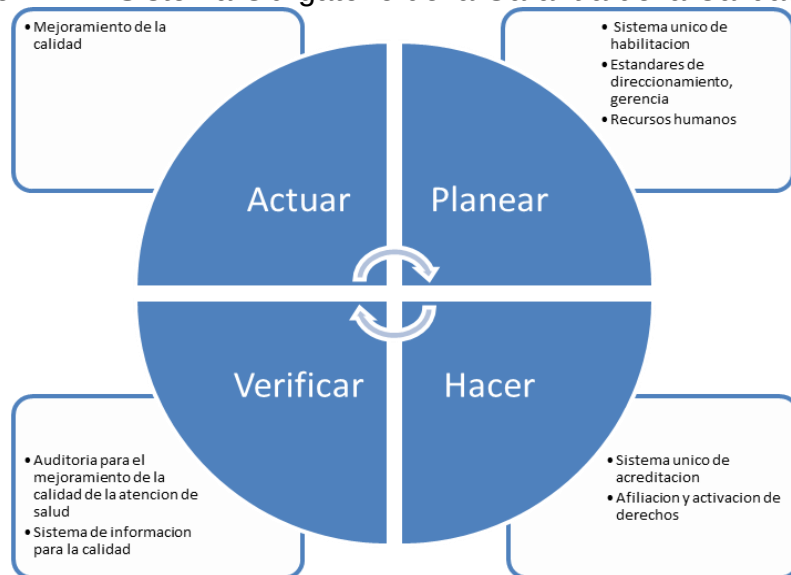
Administrador de Empresas, asesor organizacional de sistemas de gestión integrados, con experiencia en implementación de programas de sistemas integrados en la secretaria departamental de salud, Hospital Universitario de Santander, docente universitario

Figura 8. Ciclo PHVA NORMAS GP 1000:2009 E ISO 9001:2008



Fuente: Autores del trabajo

Figura 9. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad



Fuente: Autores del trabajo

Figura 10. Ciclo PHVA Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de Calidad según la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008



Fuente: Autores del trabajo

5. CONCLUSIONES

- El proyecto de grado desarrollado en el Hospital San Juan de Girón, permitió establecer la relación del Sistema de Gestión de la Calidad según la NTC GP 1000:2009 y la NTC ISO 9001:2008 con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lo cual permitirá una implementación eficaz de este sistema integrado dentro de la entidad.
- El diagnóstico inicial sobre el cumplimiento del Hospital San Juan de Girón en cuanto a la NTC GP 1000:2009, la NTC ISO 9001:2008 y los parámetros del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, es un punto de partida para una planificación efectiva del Sistema Integrado de Gestión; en tanto que se logró identificar las oportunidades de mejora que serían de utilidad para iniciar el proceso.
- El modelo de gestión por procesos identificado permitirá implementar el sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008 de una forma integrada, lo cual facilita la estandarización de los procesos, además de un mayor control y seguimiento de los procesos del sistema integrado de gestión de calidad.
- El plan de acción establecido facilitara la puesta en marcha de la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y gestión de la calidad según los lineamientos de las normas GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008 en el hospital san Juan de dios de una forma integrada, a través de la sensibilización, documentación, implementación y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.

6. RECOMENDACIONES

- Diseñar e implementar el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad a través del compromiso permanente de la gerencia y funcionarios del Hospital, lo cual orientara los procesos del mismo hacia la mejora continua.
- La sensibilización continua de los funcionarios permitirá un mayor entendimiento del sistema integrado de gestión de calidad, contribuyendo esto a la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema.
- Establecer indicadores que aporten a la toma de decisiones de los procesos del hospital contribuirá al análisis en tiempo real de las oportunidades de mejora a que haya lugar dentro del sistema integrado de gestión de calidad.
- Realizar encuestas de satisfacción permitirá conocer la percepción de los usuarios en cuanto a los servicios que presta el hospital, contribuyendo esto al mejoramiento del servicio de la entidad y por ende del sistema integrado de gestión de calidad.
- Comunicar las oportunidades de mejora implementadas en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad a las partes interesadas, ayudara a que los grupos de interés conozcan el compromiso del hospital por la prestación de un servicio acorde a sus necesidades.
- El seguimiento y monitorización permanente del mejoramiento de los procesos permitirá establecer actividades que contribuyan a la operación eficaz de los procesos del sistema integrado de gestión de calidad.
- Replicar este proyecto en diferentes entidades prestadoras de servicio de salud, contribuirá a un manejo adecuado de los procesos dentro de estas organizaciones y así aportar al mejoramiento continuo de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

ATEHORTÚA, Federico A. y BUSTAMANTE, Ramón E. y VALENCIA, Jorge A. Sistema de gestión integral, una sola gestión, un solo equipo. En: Sistema de Gestión integral. Agosto 2009. Medellín: Editorial universidad de Antioquia. 231 p..

CACHAY, Gonzalo J. Implementación de un sistema integrado de gestión en la empresa paraíso s.a. Tesis de grado. Perú: Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de Ingeniería Industrial, 2009. 79p.

CAMISÓN, Cesar; CRUZ, Sonia y GONZALEZ, Tomas. La integración de sistemas de gestión: razones, ventajas e inconvenientes. En: Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques y modelos de sistemas. Madrid: Editorial Pearson Educación S.A, 2007. 643p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D:C.:El ministerio, [En línea], Abril 2006 [Consultado 24 Noviembre 2012], p.1. Disponible en internet: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf. p.17.

CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE MINISTROS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y REFORMA DEL ESTADO. Carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública. [En línea]. El Salvador (10: 26-27, junio, 2008). [Consultado 10 Octubre 2012], p. 3. Disponible en internet<<http://www.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-calidad-en-la-gestion-publica>>

CRUZ ROSS, Sonia. Relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo. Una aproximación de la perspectiva basada en los recursos. Tesis doctoral. España: Universidad de Valencia. Facultad de economía, 2001. 337p.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. [En Línea]. Boletín Política Pública hoy N° 4 de Mayo de 2010. [Consultado 10 Octubre.2012]. Enhancing evidence-based policymaking through country-led monitoring and evaluation systems. Disponible en internet<<http://www.dnp.gov.co/Qui%C3%A9nesSomos/SistemadeGesti%C3%B3ndeCalidad.aspx>>

DIAZ ROJAS, Catalina y CASTRO BUSTAMANTE, María Cecilia. Diseño del sistema de gestión ambiental con base en la norma ISO 14001 y el sistema de

gestión de seguridad y salud ocupacional con base en la norma OHSAS 18001 para el mejoramiento de la competitividad en valentina auxiliar carrocera S.A. Trabajo de grado. Bogotá D.C.: Universidad Javeriana. Facultad de Ingeniería industrial, 2009. 109 p.

FRAGUELA FORMOSO, J, et al. La integración de los sistemas de gestión. Necesidad. De una nueva cultura empresarial. [En línea], Abril 2011 [Consultado 24 Noviembre 2012], p. 48. Disponible en internet: <http://dyna.unalmed.edu.co/ediciones/167/articulos/a05v78n167/a05v78n167.pdf>

GONZÁLEZ CORTÉS, Exequiel. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el caso del Hospital. <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/116866>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la investigación. Primer ed. Bogotá D.C.: Mc Graw Hill, 1997. 278 p. ISBN 968-422-931-3.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICA Y CERTIFICACIÓN. Gestión de la calidad en el sector público. NTCGP 1000. Bogotá D.C.: el Instituto, 2011. p.

LIBREROS MARÍN, Claudia. Diseño de un sistema de gestión de la calidad integrado con la seguridad y salud ocupacional en la empresa Dim-Moble. Tesis de maestría. México: Universidad de Veracruzana. Facultad de Estadística e informática. Gestión de calidad, 2010. 153 p.

SAIZARBITORIA, Iñaki H; BERNARDO, Mercè y CASADESÚS, Martí. La integración de sistemas de gestión basados en estándares internacionales: Resultados de un estudio empírico realizado en la capv1. EN: Revista de Dirección y Administración de Empresas. Diciembre, 2007. No. 14., p. 155-174

SEN, Amartya. Juicios sobre la globalización. En: Fractal. Julio-septiembre, 2001, Vol.6, No. 22. p. 6.

SERRANO BEDIA, Ana M; LOPEZ F., Concepción y GARCIA P., Gema. Estudios sobre gestión de la calidad en servicios: una revisión de la perspectiva del management. [En línea]. España: Universidad de Cantabria, 2007, p. 35 [consultado 10 de Noviembre 2012]. Disponible en internet< <http://www.ehu.es/cuadernosdegestion/documentos/712.pdf>>ISSN: 1131.

ANEXOS

Anexo A. Aspectos comunes de las Normas ISO 9001, NTC GP 1000 Y SOGC

MATRIZ DE COMPARACION ENTRE LOS REQUISITOS DE LA ISO 9001, NTCGP1000:2009 Y SOGC				
NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
ESTRUCTURA DE LA NORMA		ESTRUCTURA DE LA NORMA		ESTÁNDARES
4.	Sistema de Gestión de la Calidad	4.	Sistema de Gestión de la Calidad	El sistema cuenta con los manuales legalmente documentados en los anexos técnicos de las resoluciones que reglamentan el decreto. MANUAL UNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACION. MANUAL UNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACION MANUAL UNICO DEL SISTEMA DE ACREDITACION
4.1	Requisitos generales	4.1	Requisitos generales Control documental. Control de Registros Auditoria Institucional Control de Productos y Servicios no conformes Acciones correctivas Acciones Preventivas	
4.2	Requisitos de la documentación	4.2	Gestión Documental	SUH: Seguimiento a riesgos 4.2 literal g. SIC: Gerencia del riesgo. Literal g.
4.2.1	Generalidades	4.2.1	Generalidades	MANUAL UNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACION
4.2.2	Manual de la Calidad	4.2.2	Manual de la Calidad	MANUAL UNICO DE PROCEDIMIENTOS Y HABILITACION
4.2.3	Control de documentos	4.2.3	Control de documentos	SUH: Historia clínica y registros asistenciales SUA: Registro e ingreso SUA: Ejecución del tratamiento SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia del ambiente físico SIC: Accesibilidad oportunidad

NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
4.2.4	Control de registros	4.2.4	Control de los registros	MANUAL UNICO DE SISTEMA DE ACREDITACION SUH: Historia clínica y registros asistenciales SUA: Registro e ingreso SUA: Planeación del cuidado y tratamiento SUA: Ejecución del tratamiento SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia del recurso Humano SUA: Gerencia sistemas de información SUA: Gerencia del ambiente físico SIC: Accesibilidad oportunidad
5.	Responsabilidad de la Dirección	5.	Responsabilidad de la Dirección	SUA: Direccionamiento SUA: Gerencia
5.1	Compromiso de la dirección	5.1	Compromiso de la dirección	SUA: Derechos de los pacientes
5.2	Enfoque al cliente	5.2	Enfoque al cliente	SUH: interdependencia de servicios SUA: Planeación del cuidado y tratamiento SUA: Derechos de los pacientes SUA: Gerencia sistemas de información
5.3	Política de la calidad	5.3	Política de la calidad	SUA: Derechos de los pacientes
5.4	Planificación	5.4	Planificación	SUA: Direccionamiento SUA: Gerencia
5.4.1	Objetivos de la calidad	5.4.1	Objetivos de la calidad	SUA: Direccionamiento SUA: Gerencia
6.	Gestión de los recursos	6.	Gestión de los recursos	SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia SUA: Gerencia del recurso Humano
6.1	Provisión de recursos	6.1	Provisión de recursos	HABILITACION(SUH): Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión SUA: Gerencia del ambiente físico

NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
6.2	Talento Humano	6.2	Talento Humano	HABILITACION(SUH): RECURSO HUMANO
6.2.1	Generalidades	6.2.1	Generalidades	
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación	6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación	
6.3	Infraestructura	6.3	Infraestructura	HABILITACION (SUH): Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento. SUA: Gerencia del ambiente físico
6.4	Ambiente de Trabajo	6.4	Ambiente de Trabajo	HABILITACION(SUH): Dotación y mantenimiento SUA: Gerencia del ambiente físico
7.	Realización del producto o prestación del servicio	7.	Realización del producto o prestación del servicio	SUH: interdependencia de servicios SUH: Referencia y contra referencia SUH: Procesos Prioritarios asistenciales SUA: Acceso SUA: Registro e ingreso SUA: Planeación del cuidado y tratamiento SUA: Ejecución del tratamiento SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia SIC: Accesibilidad oportunidad SIC: Calidad Técnica
7.1	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	7.1	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	
7.2	Procesos relacionados con el cliente	7.2	Procesos relacionados con el cliente	
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios	7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios	
7.2.3	Comunicación con el cliente	7.2.3	Comunicación con el cliente	
7.3	Diseño y Desarrollo	7.3	Diseño y Desarrollo	
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo	7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo	
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	EXCLUSION

NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	EXCLUSION
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	EXCLUSION
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo	7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo	EXCLUSION
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo	7.3.6	Validación del diseño y desarrollo	EXCLUSION
7.4	Compras	7.4	Adquisición de bienes y servicios	HABILITACION (SUH): Recurso Humano HABILITACION (SUH): Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento. HABILITACION(SUH): Dotación y mantenimiento HABILITACION(SUH): Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia
7.4.1	Proceso de Compras	7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios	HABILITACION(SUH): Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión
7.4.2	información de la compras	7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios	SUA: Gerencia del recurso Humano
7.4.3	Verificación de los productos comprados	7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	SUA: Gerencia del recurso Humano

NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
7.5	Producción y prestación del servicio	7.5	Producción y prestación del servicio	SUH: interdependencia de servicios SUH: Referencia y contra referencia SUH: Procesos Prioritarios asistenciales SUA: Acceso SUA: Registro e ingreso SUA: Planeación del cuidado y tratamiento SUA: Ejecución del tratamiento SUA; Salida y seguimiento SUA: Gerencia SIC: Accesibilidad oportunidad SIC: Calidad Técnica
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	
7.5.3	Identificación y trazabilidad	7.5.3	Identificación y trazabilidad	
7.5.4	Propiedad del cliente	7.5.4	Propiedad del cliente	
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio	7.5.5	Preservación del producto y/o servicio	
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	
8	Medición, análisis y mejora	8.	Medición, análisis y mejora	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: PAMEC
8.1	Generalidades	8.1	Generalidades	PAMEC
8.2	Seguimiento y medición	8.2	Seguimiento y medición	SUH: Seguimiento a riesgos SUA: Direccionamiento SIC: Gerencia del riesgo. PAMEC
8.2.1	Satisfacción del cliente	8.2.1	Satisfacción del cliente	SUA; Salida y seguimiento PAMEC
8.2.2	Auditoría Interna	8.2.2	Auditoría Interna	PAMEC
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	SUA: Ejecución del tratamiento SUA: Gerencia SUA: Gerencia del recurso Humano SUA: Gerencia sistemas de información SUA: Gerencia del ambiente físico SIC: Accesibilidad oportunidad PAMEC

NORMA TECNICA COLOMBIANA- ISO 9001:2008		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Norma Legal: LEY 872/2003 - ACUERDO 122/2004 Entidad responsable: ESE-SAN JUAN DE GIRON		SISTEMA DE GESTIÓN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Norma Técnica Referente DECRETO 1011 DE 2006/ RES. 1043, 1445 Y 1446 DE 2006
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio	8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio	PAMEC
8.3	Control del producto y/o servicio no conforme	8.3	Control del producto y/o servicio no conforme	SUA: Direccionamiento PAMEC
8.4	Análisis de datos	8.4	Análisis de datos	SUH: Seguimiento a riesgos PAMEC SUA: Acceso SUA: Evaluación del tratamiento SUA: Direccionamiento SUA: Gerencia SUA: Gerencia del recurso Humano SUA: Gerencia sistemas de información SIC: Accesibilidad oportunidad SIC: Gerencia del riesgo.
8.5	Mejora	8.5	Mejora	SUA; Salida y seguimiento PAMEC SUA: Direccionamiento SUA: Gerencia
8.5.1	Mejora Continua	8.5.1	Mejora Continua	PAMEC
8.5.2	Acción Correctiva	8.5.2	Acción Correctiva	SUA: Evaluación del tratamiento PAMEC
8.5.3	Acción preventiva	8.5.3	Acción preventiva	PAMEC

SUH: Sistema único de habilitación

SUA: Sistema Único de acreditación. Procesos de atención al cliente asistencial y Funciones de apoyo

SIC: Sistema de información para la calidad

PAMEC: Auditoria para el mejoramiento de la calidad:

Fuente: Elaboración propia a partir de Atehortúa y Bustamante. Sistema de Gestión Integral. Una sola gestión, un solo equipo. Antioquia: Universidad de Antioquia, 2008 p. 18-30 y Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Anexo B. Diagnóstico ISO 9001: 2008 Y NTC GP 1000: 2009

 E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN <i>más que empresa somos vida</i>	DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTCGP 1000:2009																		
ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRÓN ESCALA DE CALIFICACIÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 60%;">No sabe</td><td style="width: 20%; text-align: center;">(0)</td></tr> <tr><td></td><td>No se cumple</td><td style="text-align: center;">(1)</td></tr> <tr><td></td><td>Se cumple insatisfactoriamente</td><td style="text-align: center;">(2)</td></tr> <tr><td></td><td>Se cumple aceptablemente</td><td style="text-align: center;">(3)</td></tr> <tr><td></td><td>Se cumple en alto grado</td><td style="text-align: center;">(4)</td></tr> <tr><td></td><td>Se cumple plenamente</td><td style="text-align: center;">(5)</td></tr> </table>			No sabe	(0)		No se cumple	(1)		Se cumple insatisfactoriamente	(2)		Se cumple aceptablemente	(3)		Se cumple en alto grado	(4)		Se cumple plenamente	(5)
	No sabe	(0)																	
	No se cumple	(1)																	
	Se cumple insatisfactoriamente	(2)																	
	Se cumple aceptablemente	(3)																	
	Se cumple en alto grado	(4)																	
	Se cumple plenamente	(5)																	

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
			Calificación	
CAPITULO 4				
		4.1	REQUISITOS GENERALES	
1.	1	a	Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación)	5
2.	2	b	Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos	3
3.	3	c	Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos	3
4.	4	d	Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos	5
5.	5	e	Se realiza seguimiento y medición a los procesos	2
6.	6	f	Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos	1

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
7.	7	g	Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos	5
8.	8	h	Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente.	5
9.	9	i	En el control sobre los procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes	5
		4.2	GESTION DOCUMENTAL	
		4.2.1	GENERALIDADES	
10.	1	a	La política y los objetivos de calidad están documentados	2
11.	2	b	Existe un Manual de Calidad	1
12.	3	c	Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (Control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas de calidad)	1
13.	4	d	Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) que le permitan a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	3
14.	5	e	Se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000	2
		4.2.2	MANUAL DE CALIDAD	
15.	1		Está documentado el Manual de la Calidad	1
16.	2	a	Incluye el alcance y las exclusiones	1
17.	3	b	Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos	1
18.	4	c	Incluye la secuencia e interacción de los procesos	1
		4.2.3	CONTROL DE DOCUMENTOS	
19.	1	a	Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición	2
20.	2	b	Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reaprobación de los documentos	2
21.	3	c	Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente	2

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
22.	4	d	Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable	2
23.	5	e	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos	2
24.	6	f	Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución	2
25.	7	g	Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan	2
26.	8	h	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (Ley de archivos)	2
		4.2.4	CONTROL DE REGISTROS	
27.	1		Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad	2
28.	2		Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación, y disposición de los registros	2
29.	3		Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (Ley de archivos)	2
CAPITULO 5				
		5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION	
		5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCION	
30.	1	a	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios	4
31.	2	b	Se ha establecido la política de la calidad	4
32.	3	c	Se han establecido los objetivos de la calidad	1
33.	4	d	Se han realizado las revisiones por la dirección	1
34.	5	e	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	5

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
		5.2	ENFOQUE HACIA EL CLIENTE	
35.	1		Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción	4
36.	2		Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad.	3
37.	3		Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente	2
38.	4		Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.	3
		5.3	POLITICA DE LA CALIDAD	
39.	1	a	Es adecuada a la misión de la entidad	5
40.	2	b	Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos	5
41.	3	c	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad.	5
42.	4	d	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad	5
43.	5	e	Es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad	3
44.	6	f	Se revisa para su adecuación continua	3
		5.4	PLANIFICACION	
		5.4.1	OBJETIVOS DE LA CALIDAD	
45.	1		Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización	1
46.	2		Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio	1
47.	3		Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad	1
48.	4		En la formulación de los objetivos de calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad.	1
49.	5		En la formulación de los objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad.	1
		5.4.2	PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
50	1	a	Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4,1 de la Norma NTC GP 1000:2009	3
51	2	b	Se ha establecido en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad	1
52	3		Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este.	1
		5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	
		5.5.1	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	
53	1		Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades	3
54	2		Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades	3
		5.5.2	REPRESENTANTE DE LA DIRECCION	
55	1		Esta designado formalmente ante la organización	5
56	2		Es un miembro de la Dirección	5
57	3	a	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad	5
58	4	b	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora	5
59	5	c	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización	5
		5.5.3	COMUNICACIÓN INTERNA	
60	1		Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad	4
		5.6	REVISION POR LA DIRECCION	
		5.6.1	GENERALIDADES	
61	1		Está planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de	1

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
			la calidad	
62	2		La revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del sistema de gestión de la calidad.	1
63	3		Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora	1
64	4		Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad	1
65	5		Se mantiene registros de las revisiones por la dirección	1
		5.6.2	INFORME PARA LA REVISION	
66	1	a	Se analizan en la revisión los resultados de las auditorías	1
67	2	b	Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes	1
68	3	c	Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio	1
69	4	d	Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas	1
70	5	e	Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores	1
71	6	f	Se consideran en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad	1
72	7	g	Se consideran las recomendaciones para la mejora	1
73	8	h	Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad	1
		5.6.3	RESULTADO DE LA REVISION	
74	1	a	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos	1
75	2	b	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora del producto con relación a los requisitos del cliente	1
76	3	c	Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos	1
CAPITULO 6				
		6	GESTION DE LOS RECURSOS	

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
		6.2	TALENTO HUMANO	
		6.2.1	GENERALIDADES	
77	1		Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia.	3
		6.2.2	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACION	
78	1	a	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio	3
79	2	b	Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades	3
80	3	c	Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad.	3
81	4	d	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad	3
82	5	e	Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas	3
		6.3	INFRAESTRUCTURA	
83	1		Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	4
84	2		Incluye la infraestructura edificios, espacio de trabajo, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros), equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio.	4
85	3		Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	4
		6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	
86	1		Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio	4

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
87	2		Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio	4
CAPITULO 7				
		7	REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO	
		7.1	PLANIFICACION DE REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO	
88	1		Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)	3
89	2		Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado.	3
90	3		La planificación de estos procesos es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (4.1)	3
91	4	a	La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio	3
92	5	b	La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio	3
93	6	c	La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación	3
94	7	d	La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos	3
		7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON LOS CLIENTES	
		7.2.1	DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
95	1	a	La entidad ha determinado los requisitos del producto especificados por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo	3
96	2	b	La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o	3

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
			especificada	
97	3	c	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.	3
98	4	d	Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de la entidad	3
		7.2.2	REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
99	1		Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente.	3
100	2	b	Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.	3
101	3	c	Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos	3
102	4		Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen.	3
103	5		Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.	3
		7.2.3	COMUNICACIÓN CON LOS CLIENTES	
104	1	a	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio	4
105	2	b	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio)	4
106	3	c	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativas a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio)	4

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
107	4	d	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativas a la participación ciudadana.	4
		7.4	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	
		7.4.1	PROCESO DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	
145	1		Se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.	5
146	2		Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad.	5
147	3		Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva).	5
148	4		Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.	5
149	5		Están definidos los criterios de selección de los proveedores	5
150	6		Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores	5
151	7		Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven.	5
152	8		Existe un plan de compras adoptado por la Organización?	5
153	9		Los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes?	5
154	10		Los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (Catálogo único de bienes y servicios)	5
155	11		El Proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE	5
		7.4.2	INFORMACION PARA LA ADQUISICION	

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
			DE BIENES Y SERVICIOS	
156	1		Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados	5
157	2		Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista	5
158	3		Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad.	5
159	4		La entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor.	5
		7.4.3	VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS ADQUIRIDOS	
160	1		Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones.	5
161	2		Si la entidad o su cliente se proponen verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidas en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.	5
		7.5	PRODUCCION Y PRESTACION DE SERVICIOS	
		7.5.1	CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO	
162	1		Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio.	3
163	2		La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas.	3
164	3	a	Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio)	3
165	4	b	Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos)	3
166	5	c	Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio	3
167	6	d	Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento	3

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
168	7	e	Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición	3
169	8	f	Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio	3
170	9	g	Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia	3
		7.5.3	IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD	
171	1		Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio	4
172	2		Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento	4
173	3		Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio.	4
		7.5.4	PROPIEDAD DEL CLIENTE	
174	1		Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización.	5
175	2		Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente.	5
176	3		Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso	5
177	4		Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso	5
		7.5.5	PRESERVACION DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
178	1		Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto.	5
179	2		La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección.	5
180	3		La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo.	5
		7.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE MEDICION Y SEGUIMIENTO	
181	1		Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos.	0

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
			Calificación
182	2		Se asegura la entidad de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a los requisitos establecidos
183	3	a	Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales
184	4		Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, la entidad se asegura de registrar la base utilizada para la calibración.
185	5	b	Cuando se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario.
186	6	c	Los equipos de medición se identifican para poder determinar su estado de calibración
187	7	d	Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración
188	8	e	Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento
189	9		Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición.
190	10		Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no está conforme con los requisitos.
191	11		Cuando se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado.
192	12		Cuando se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, la entidad confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista.
193	13		Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario.

CAPITULO 8

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
		8	MEDICION, ANALISIS Y MEJORA	
		8.1	GENERALIDADES	
194	1		Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.	2
195	2		Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.	2
196	3	a	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio.	2
197	4	b	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.	2
198	5	c	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.	2
199	6		Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.	2
		8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
		8.2.1	SATISFACCION DEL CLIENTE	
200	1		Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.	1
201	2		Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente.	1
		8.2.2	AUDITORIA INTERNA	
202	1		Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.	1
203	2	a	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad	1
204	3	b	En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.	1
205	4		Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar.	1

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
			Calificación
206	5		Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas.
207	6		Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad.
208	7		Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad.
209	8		Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos.
210	9		La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada.
211	10		Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación.
212	11		Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas.
		8.2.3	SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS
213	1		Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.
214	2		El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad.
215	3		Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados.
216	4		Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación.
217	5		Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web.
		8.2.4	SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO
218	1		Se mide y se hace seguimiento a las

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
			características del producto y/o servicio.	
219	2		Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio.	1
220	3		Se hace el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planificó.	1
221	4		Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio.	1
222	5		Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio.	1
223	6		Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas.	1
224	7		Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente.	1
		8.3	CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	
225	1		Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.	1
226	2		Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional.	1
227	3		Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme.	1
228	4	a.b.c	Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada ó autorizar su uso bajo concesión ó definir acciones para impedir su uso o aplicación.	1
229	5		Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace una autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable.	1
230	6		Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones.	1

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
231	7		Los productos corregidos se someten a una nueva verificación	1
232	8		Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado.	1
		8.4	ANÁLISIS DE DATOS	
233	1		Se determina cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.	2
234	2		Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.	2
235	3		Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.	2
236	4		Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente.	2
237	5	a	El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente.	2
238	6	b	El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	2
239	7	c	El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas.	2
240	8	d	El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores.	2
		8.5	MEJORA	
		8.5.1	MEJORA CONTINUA	
241	1		La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección	3

CONSECUTIVO GENERAL	CONSECUTIVO POR NUMERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	
			SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
				Calificación
		8.5.2	ACCIONES CORRECTIVAS	
242	1		Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir.	1
243	2		Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas.	1
244	3		Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada.	1
245	4		Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados.	1
		8.5.3	ACCIONES PREVENTIVAS	
246	1		Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	1
247	2		Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales.	1
248	3		Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada.	1
249	4		Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas.	1
250	5		Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados.	1
				517
			AVANCE	41,36%

Anexo C. Diagnóstico del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad

 E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON más que empresa somos vida	DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD														
ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ESCALA DE CALIFICACIÓN</th> </tr> <tr> <td style="background-color: red; color: white;">No sabe</td> <td style="text-align: center;">(0)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: orange;">No se cumple</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: purple;">Se cumple insatisfactoriamente</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">Se cumple aceptablemente</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: lightblue;">Se cumple en alto grado</td> <td style="text-align: center;">(4)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green;">Se cumple plenamente</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> </tr> </table>		ESCALA DE CALIFICACIÓN		No sabe	(0)	No se cumple	(1)	Se cumple insatisfactoriamente	(2)	Se cumple aceptablemente	(3)	Se cumple en alto grado	(4)	Se cumple plenamente	(5)
ESCALA DE CALIFICACIÓN															
No sabe	(0)														
No se cumple	(1)														
Se cumple insatisfactoriamente	(2)														
Se cumple aceptablemente	(3)														
Se cumple en alto grado	(4)														
Se cumple plenamente	(5)														

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
	4.1	CARACTERÍSTICAS	
1.	a	El usuario tiene la posibilidad de utilizar los servicios de salud del hospital que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud	3
2.	b	El usuario tiene la posibilidad de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud	3
3.	c	El hospital cuenta con los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias	3
4.	d	Los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales	3
5.	e	Los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico	4
	4.2	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	
10.	a	El hospital cuenta con las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud	4
11.	b	El hospital cuenta con las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, que posibilitan la estabilidad financiera en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y	4

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
		cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo	
12.	c	El hospital cumple los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica	4
13.	d	El hospital cumple los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes	4
14.	e	El hospital cuenta con la autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento	4
15		El hospital se encuentra Inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud	5
16		El hospital tiene fijado en lugares visibles al público, el distintivo que define el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifica que los servicios que ofrece se encuentran habilitados	5
	4.2.2	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	
17		Los programas de auditoría son concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores, determinados como básicos en el Sistema único de Habilitación	3
18		Los programas de auditoría comprenden como mínimo los procesos de Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud y Atención al Usuario	3
19		El proceso de auditoria tiene establecido la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios	3
20		Se tienen definidas guías y normas técnicas, científicas y administrativas, para comparar durante el proceso de auditoria la calidad observada y la calidad esperada	2
21		El hospital cuenta con un mecanismo para determinar la medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas	2
22	a	Cada miembro del hospital planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización	2
23	b	El hospital realiza auditorías internas para la contribución de una cultura de autocontrol	3
24		Se han realizado auditorías externas a los procesos de la organización	3
25		El hospital determina acciones correctivas, preventivas y/o coyunturales para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud	2
26		El hospital ha adoptado criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención	2
	4.2.3	SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	
27		El hospital cuenta con estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, que permitan demostrar, evaluar y comprobar el	2

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
		cumplimiento de niveles superiores de calidad	
28		Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	2
29		La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	2
30		Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	2
31		Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento	2
32		Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	2
33		La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguiente criterios:	2
34		La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.	3
35		Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	2
36		Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente	3
37		La planeación de la atención garantiza, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad	3
38		El plan de tratamiento incluye las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	3
39		El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario	3
40		Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar	3
41		Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento	3
42		El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible	3
43		Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización	3
44		La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	3

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
45		Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios	3
46		Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes	3
47		La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento	3
48		El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido	3
49		Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento	2
50		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2
51		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	2
52		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO			
53		Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización	4
54		La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia	4
55		Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios	3
56		Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización	3
57		Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización	3
58		Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	3
59		Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores	3
60		Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización	3

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
61		Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario	3
62		Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva	2
		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
63		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento	2
64		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2
65		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	2
66		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
		ESTÁNDARES DE GERENCIA	
67		Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos	4
68		Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades	4
69		Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	4
70		La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención	4
71		Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento	4
72		Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización	4
73		Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores	4
74		Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer	4
75		Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional	4
76		Existe un proceso para la protección y control de los recursos	4
77		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia	4
78		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	4
79		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se	4

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
		les identificó e implementó actividades de mejoramiento	
80		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
		ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	
81		Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización	3
82		Existe un proceso para la planeación del recurso humano.	3
83		Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias	3
84		La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución	2
85		La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos	3
86		Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores	3
87		Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	3
88		Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización	4
89		Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización	2
90		La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados	2
91		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano	2
92		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2
93		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
		ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	
94		La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución	3
95		La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares	3

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
96		Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención	3
97		La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.	3
98		Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres	2
99		Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre	2
100		Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios	2
101		Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.	2
102		La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria	2
103		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico	2
104		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2
105		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	2
106		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN			
107		Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente	2
108		Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	2
109		La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas	2
110		Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	2
111		Existe un proceso para transmitir los datos y la información	2
112		Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel	2
113		Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia	2
114		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información	2
115		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
116		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	2
117		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
		PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS	
118		La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado	3
119		La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado	3
120		La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular	3
121		La organización cuenta con un proceso para proveer información a los afiliados sobre cotizaciones, este proceso	3
122		El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país	3
123		la organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios	3
124		La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales	3
125		La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.	3
126		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos	3
127		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	3
128		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	3
129		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	2
		FUNCIONES DE APOYO	
		Direccionamiento	
130		Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización	4
131		La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno y ejercicios de referenciación con su competencia	3
132		Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la Junta Directiva	2
133		Existe un proceso para definir los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno	3

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
134		Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan de acción	3
135		Los líderes están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización	2
136		Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización	3
137		Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los usuarios que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, les haga seguimiento a unos indicadores trazadores	3
138		Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización	3
139		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de direccionamiento	3
140		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	3
141		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	3
142		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	2
		Gerencia	
143		Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos	4
144		Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades	4
145		Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad	4
146		La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención	3
147		Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento	3
148		Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios	3
149		Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores	3
150		Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer	3
151		Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación	4

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
152		Existe un proceso para la protección y control de los recursos.	3
153		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gerencia	4
154		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	4
155		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	4
156		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	2
		Recursos humanos	
157		Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización	4
158		Existe un proceso para la planeación del recurso humano	4
159		Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias	3
160		La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución	3
161		La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos	3
162		Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores.	3
163		Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización	3
164		Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización.	3
165		Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización	2
166		La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados	2
167		Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano	2
168		Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior	2
169		Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento	3
170		Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados	2
	4.2.4	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	

CONSECUTIVO GENERAL	NUMERAL NORMA	AFIRMACIONES	Calificación
		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	
171		Se cuenta con metodologías de monitoreo referente a la prestación de servicios de salud	3
172		Se cuenta con indicadores de accesibilidad/oportunidad 1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	3
173		Se cuenta con indicadores de calidad técnica (1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	3
174		Se cuenta con indicadores relacionados con la Gerencia del Riesgo (1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	3
175		Se cuenta con indicadores relacionados con la Tasa de Satisfacción Global	3
			490

AVANCE	39,20%
--------	--------

Anexo D. Fases y actividades para la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y Gestión de la Calidad

		FASES Y ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008																	
CICLO	ETAPAS	ACTIVIDADES	BASE	META	INDICADOR	RESPONSABLE	REQUISITOS	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
PLANEAR	PREPARACIÓN	Definición del personal a involucrar en el Sistema • Alta Dirección • Estructura Orgánica • Reunión líderes de procesos	100%	0%	(Reuniones realizadas / Reuniones programadas) * 100	Líder de Calidad	GP 1000: 5.1 – 5.5.1 SOGC: SUH												
		Identificación de elementos comunes de los referentes normativos de cada subsistema	100%	0%	(	Líder de Calidad													
		Identificación y articulación de procesos	100%	0%	(Requisitos SOGC y SGC	Líder de Calidad	GP 1000: 4.1 SOGC: SIC												
		Definición política Sistema Integrado de Gestión	0%	100%	cumplidos / requisitos	Líderes de procesos	GP 1000: 5.3 SOGC: SUH												
		• Objetivos integrados de Calidad	0%	100%	SOGC y SGC identific		GP 1000: 5.4 SOGC: SUH												

FASES Y ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008

CICLO	ETAPAS	ACTIVIDADES	BASE	META	INDICADOR	RESPONSABLE	REQUISITOS	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
		• Principios y Valores	0%	100%	ados) * 100														
		Reunión líderes de procesos - Líder del Sistema Integrado de Gestión	50%	100%	(Reuniones realizadas / Reuniones programadas) * 100	Líderes de procesos	GP 1000: 5.4 SOGC: SUH												
	CULTURA (SENSIBILIZACIÓN)	Desarrollo de la cultura Sistema Integrado de Gestión dentro del hospital	50%	100%	(Número de actividades	Líderes de procesos	GP 1000: 6.2 SOGC: SUH												
		Campaña de divulgación del Sistema Integrado de Gestión	50%	100%	ejecutadas/ Número de	Líderes de procesos	GP 1000: 5.5.3 SOGC: SIC												
		Diagnóstico Sistema Integrado de Gestión	100%	0%	Actividades del Plan) * 100	Líder de Calidad	GP 1000: 4.1 SOGC: SUA												
		• Elaboración herramienta de diagnóstico • Capacitación herramienta de diagnóstico • Aplicación diagnóstico																	

FASES Y ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008

CICLO	ETAPAS	ACTIVIDADES	BASE	META	INDICADOR	RESPONSABLE	REQUISITOS	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
		• Análisis información																	
		Formación de Gestores del Sistema Integrado de Gestión	50 %	50 %	Capacitaciones ejecutadas / (capacitaciones programadas) *100	ICONTEC	GP 1000: 6.2 SOGC: SUA												
HACER	DOCUMENTACIÓN	Consolidación del mapa de procesos	80 %	100 %	(No documentos elaborados / No documentos requeridos) * 100	Líder de Calidad	GP 1000: 4.1 SOGC: SUH												
		Definición del marco estratégico del Sistema Integrado de Gestión	50 %	100 %		Líderes de los procesos	GP 1000: 5.4 SOGC: SUH												
		Elaboración de la documentación del Sistema Integrado de Gestión	50 %	100 %		Líderes de los procesos	GP 1000: 4.2.1 SOGC: SUH												

FASES Y ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008

CICLO	ETAPAS	ACTIVIDADES	BASE	META	INDICADOR	RESPONSABLE	REQUISITOS	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
		Construcción de Indicadores del Sistema Integrado de Gestión (Eficacia, Eficiencia y Efectividad)	50 %	100 %		Líderes de los procesos	GP 1000: 8.2.3 – 8.2.4 SOGC: SUA												
	IMPLEMENTACIÓN	Sensibilización funcionarios	30 %	100 %	(No personas formadas / Total de personas que requieren formación) * 100	Líderes de los procesos Líder de Calidad	GP 1000: 6.2 SOGC: SUH												
		Aplicación de los lineamientos y/o documentación	0%	100 %		Todo el personal	GP 1000: 7.5 SOGC: SUH												
		Capacitación funcionarios y partes interesadas	20 %	100 %		Líder de Calidad	GP 1000: 6.2 SOGC: SUH												
		Formación de auditores	100 %	0 %		ICONTEC	GP 1000: 6.2 – 8.2.2 SOGC: PAMEC												
VERIFICAR	SEGUIMIENTO	Seguimiento y evaluación de la formación y documentación	0%	100 %	(Indicadores cumplidos / Indicadores)	Líderes de procesos	GP 1000: 8.2.3 SOGC: SUH												
		Medición de indicadores	0%	10		Líderes de	GP 1000: 8.4 SOGC: SUA												

FASES Y ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC GP 1000:2009 Y LA ISO 9001:2008

CICLO	ETAPAS	ACTIVIDADES	BASE	META	INDICADOR	RESPONSABLE	REQUISITOS	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
				0%	Establecidos) * 100	procesos													
		Realización de auditorías del Sistema Integrado de Gestión	0%	100%		Equipo Auditor	GP 1000: 8.2.2 SOGC: PAMEC												
		Elaboración del informe de auditoria	0%	100%		Equipo Auditor	GP 1000: 8.2.2 SOGC: PAMEC												
ACTUAR	MEJORA	Identificación de oportunidades de mejora	0%	100%	(Acciones preventivas o correctivas implementadas / Acciones preventivas y correctivas establecidas) * 100	Líder de Calidad	GP 1000: 8.5 SOGC: SUA												
		Monitorización permanente del mejoramiento de los procesos	0%	100%		Líderes de procesos	GP 1000: 8.2.3 SOGC: SUA												
		Establecimiento de acciones de mejora	0%	100%		Líder de Calidad	GP 1000: 8.2.2 SOGC: PAMEC												
		Comunicar las actividades de mejoramiento	0%	100%		Líder de calidad	GP 1000: 5.5.3 SOGC: SIC												

Anexo E. Instrumento Validación por Expertos

 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA BUENOS AIRES	MAESTRIA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL	Fecha: 30/08/2014
	JUICIO DE EXPERTOS	Página: 108 de 1

Apreciado Experto: Con el propósito de validar la “Propuesta del plan de acción para la implementación del sistema de gestión de calidad según los lineamientos del SOGC y las NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008 en el Hospital San Juan de Girón”, se solicita amablemente diligenciar el presente formato.

Nombre:	
Profesión:	
Cargo que desempeña:	
Fecha de la Validación:	

Instrucciones: Con base en el enunciado califique su grado de acuerdo o desacuerdo marcando con una X, donde:

3: Totalmente de acuerdo	2: Medianamente de acuerdo	1: En desacuerdo
--------------------------	----------------------------	------------------

No.	Cuestionamientos	3	2	1
1	Diseño de la propuesta			
2	Estructura de la propuesta			
3	Pertinencia de la propuesta			
4	Aplicabilidad de la propuesta			
5	Viabilidad de la propuesta			

6. Según su opinión, como experto en el área el plan diseñado es

_____ Válido

_____ No válido

Observaciones:

 Firma

Apreciado Experto: Con el propósito de validar la Propuesta del plan de acción para la implementación del sistema de gestión de calidad según los lineamientos del SOCC y las NTC GP 1000 2009 e ISO 9001 2008 en el Hospital San Juan de Girón, se solicita amablemente diligenciar el presente formato.

Nombre: Leonil Cortés Peras
Profesión: Ingeniero Industrial
Cargo que desempeña: Instructor HSEQ - SENA
Fecha de la Validación: Agosto 29/2014

Instrucciones: Con base en el otorgado califique su grado de acuerdo o desacuerdo marcando con una X, donde:

3. Totalmente de acuerdo 2. En desacuerdo 1. En desacuerdo

No.	Cuestionamientos	3	2	1
1	Diseño de la propuesta	✓		
2	Estructura de la propuesta	✓		
3	Pertinencia de la propuesta	✓		
4	Aplicabilidad de la propuesta	✓		
5	Viabilidad de la propuesta	✓		

6. Según su condición como experto en el área el plan diseñado es:

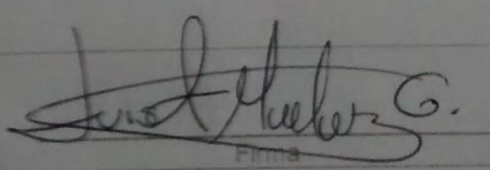
X Valido No válido

Observaciones:

Sería interesante realizar la prueba piloto y ser replicada en otras entidades

Peras

Firma

 UNIVERSIDAD LUIS TORRES Escuela de Ingeniería y Tecnología		MAESTRIA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL		Fecha: 30/05/2014	
JUICIO DE EXPERTOS				Pagina: 1 de 1	
Apreciado Experto: Con el propósito de validar la "Propuesta del plan de acción para la implementación del sistema de gestión de calidad según los lineamientos del SOGC y las NTC GP 1200:2009 e ISO 9001:2008 en el Hospital San Juan de Girón", se solicita amablemente diligenciar el presente formato.					
Nombre:		Luis Alberto Montañez Gélvez			
Profesión:		Ingeniero Industrial			
Cargo que desempeña:		Asesor Sistemas Integrados de Gestión.			
Fecha de la Validación:		18 de Septiembre de 2014.			
Instrucciones: Con base en el enunciado califique su grado de acuerdo o desacuerdo marcando con una X, donde:					
3: Totalmente de acuerdo 2: Medianamente de acuerdo 1: En desacuerdo					
No.	Cuestionamientos	3	2	1	
1	Diseño de la propuesta	X			
2	Estructura de la propuesta	X			
3	Pertinencia de la propuesta	X			
4	Aplicabilidad de la propuesta	X			
5	Viabilidad de la propuesta	X			
6. Según su opinión, como experto en el área el plan diseñado es					
X Valido No válido					
Observaciones:					
 Firma					

Apreciado Experto: Con el propósito de validar la "Propuesta del plan de acción para la implementación del sistema de gestión de calidad según los lineamientos del SOGC y las NTC GP 1000 2008 e ISO 9001 2008 en el Hospital San Juan de Giron" se solicita amablemente diligenciar el presente formato.

Nombre: Enrre Martinez Gutierrez
 Profesión: Administrador de Empresas
 Cargo que desempeña: Asesor Organizacional de Sistemas de Gestión
 Fecha de la Validación: Agosto 29 /2014

Instrucciones: Con base en el enunciado califique su grado de acuerdo o desacuerdo marcando con una X donde:

3: Totalmente de acuerdo 2: Medianamente de acuerdo 1: En desacuerdo

No.	Cuestionamientos	3	2	1
1	Diseño de la propuesta	✓		
2	Estructura de la propuesta	✓		
3	Pertinencia de la propuesta	✓		
4	Aplicabilidad de la propuesta	✓		
5	Viabilidad de la propuesta	✓		

6. Según su opinión, como experto en el área el plan diseñado es

X Válido

_____ No válido

Observaciones:

[Firma]
 Firma