

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL EBENEZER IPS.



LICETH KARINA PÉREZ JIMÉNEZ



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO
2022

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL
INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN INFANTIL EBENEZER IPS.

LICETH KARINA PÉREZ JIMÉNEZ

Trabajo de grado como requisito para optar al título de Magister en Calidad y
Gestión Integral

Director:
AMABLE JOSÉ PÉREZ
Magíster Scientiarum en Ciencias Administrativas

Codirector
MARIO FERNANDO PRIETO DELGADILLO
Máster en Administración

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO

2022

AUTORIDADES ACADÉMICAS

P. José Gabriel MESA ANGULO, O. P.
Rector General

P. Eduardo GONZÁLEZ GIL O.P.
Vicerrector Académico General

P. José Antonio BALAGUERA CEPEDA O.P.
Rector Sede Villavicencio

P. Fray RODRIGUEZ GARCIA JARA, O.P.
Vicerrector Académico Sede Villavicencio

Mg. JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN
Secretaria de División Sede Villavicencio

Mg. MARIO FERNANDO PRIETO DELGADILLO
Decano Facultad de Administración de Empresas Agropecuaria

DEDICATORIA

“A las mujeres que abrieron caminos y cuyos logros, injustamente, han sido olvidados” (Guzmán Vera, 2017, p. 4). El presente trabajo de consultoría inicialmente está dedicado a Dios, a mi familia por ser mi inspiración, mi orgullo, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en la mujer que soy hoy en día, también le dedico este triunfo a mi hermana por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo moral que siempre me ha brindado, a lo largo de esta etapa de mi vida, del mismo modo, a mi esposo por el inmenso amor verdadero y transparente que me brindo y especialmente dedico este gran logro que obtendré como magister a mi hermoso tesoro que es mi Hija, ya que, gracias a ella me ha brindado tenacidad, constancia y perseverancia para llegar alcanzar este gran mérito.

A todas las personas que me han apoyado en especial la IPS EBENEZER quien fue el objeto de estudio para realizar con éxito esta consultoría, cabe resaltar, que a pesar de las adversidades logre culminar este proceso de consultoría.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi gran sincero agradecimiento a Dios por todas sus bendiciones, por guiarme a lo largo de esta gran etapa de mi vida, por darme fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Jaqueline Jiménez y Carlos Pérez por ser uno los pilares para culminar este gran sueño, gracias a todos sus consejos, su gran apoyo, por confiar en mí y principalmente en inculcarme valores y principios que han sido de gran ayuda en culminar con éxito todos mis proyectos.

A mi esposo y mi hija que son el motor de mi vida y que me dieron la fuerza la tenacidad y perseverancia para seguir luchando para alcanzar este gran mérito.

A mi hermana por estar siempre conmigo, por su paciencia, dedicación y por ayudarme en este proceso de consultoría, a pesar de las adversidades.

A todos los docentes de la UNIVERSIDAD SANTO TOMAS, por haber impartido sus conocimientos y por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de mi formación como magister y de manera especial al profesor Amable José Pérez quien fue mi guía en todo este proceso de consultoría.

Por último, a todas las personas, entre ellos compañeros de clases, quien tuve la oportunidad de conocer en estos 2 años de maestría y que de alguna forma contribuyeron a este gran éxito en mi vida profesional

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ORGANIZACIONAL.....	16
1.1 CONTEXTO	16
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDADES	20
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	23
3.1 ANTECEDENTES	23
3.2 JUSTIFICACIÓN	33
4. OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GENERAL	35
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	35
5. CRONOGRAMA.....	36
6. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL	37
6.1 RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO	37
6.1.1 Contexto Organizacional.	37
6.1.2 Liderazgo.	38
6.1.3 Planificación.	39
6.1.4 Apoyo.	40
6.1.5 Operación.	40
6.1.6 Evaluación de desempeño.	41
6.1.7 Mejora.	42
7. EQUIPO DE TRABAJO.....	44
8. METODOLOGÍA	45
9. PLAN DE INTERVENCIÓN DE CONSULTORIA	48
10. PROCESO DE INTERVENCIÓN DE LA CONSULTORÍA	50
10.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	50
10.1.1 Misión.	50
10.1.2 Visión.	51
10.1.3 Valores corporativos.	52

10.2	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	53
10.3	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	54
10.3.1	Análisis del contexto interno y externo.	54
10.4	IDENTIFICACIÓN DE PARTES INTERESADAS	58
10.5	REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS APLICABLES A LA IPS 60	
10.6	ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	61
10.7	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	61
10.8	LIDERAZGO	62
10.8.1	Compromiso y liderazgo.	62
10.8.2	Política de la calidad.	62
10.8.3	Comunicación de la política de calidad.	64
10.8.4	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.	64
10.9	PLANIFICACIÓN	65
10.9.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	65
10.9.2	Objetivos de la calidad y planificación para abordarlos.	65
10.9.3	Gestión del cambio.	67
10.10	APOYO	67
10.10.1	Recursos.	67
10.10.2	Competencia.	68
10.10.3	Toma de conciencia.	69
10.10.4	Comunicación.	69
10.10.5	Información documentada.	70
10.11	OPERACIÓN	72
10.11.1	Planificación y control operacional.	72
10.11.2	Requisitos para los productos y servicios.	72
10.11.3	Producción y provisión del servicio	73
10.11.4	Liberación de los productos y servicios.	75
10.11.5	Control de las salidas no conformes.	75
10.12	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	76
10.12.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	76
10.12.2	Análisis y evaluación.	76
10.12.3	Auditoría interna.	76

10.12.4 Programa de auditoría.	76
10.12.5 Plan de auditoría.	77
10.12.6 Revisión por la dirección.	77
10.13 MEJORA	77
10.13.1 No conformidad y acción correctiva.	78
11. AUDITORIA.....	79
12. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.....	80
13. CIERRE DE LA CONSULTORÍA.....	81
14. CONCLUSIONES.....	82
15. RECOMENDACIONES.....	84
16. BIBLIOGRAFÍA.....	85
17. LISTA DE ANEXOS.....	89

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Listado de trabajadores	17
Tabla 2. Equipo de Trabajo	44
Tabla 3. Metodología	45
Tabla 4. Plan de Consultoría	48
Tabla 5. Elemento de la Misión	50
Tabla 6. Elementos de Visión	51
Tabla 7. Matriz DOFA	55
Tabla 8. Análisis PESTEL	58
Tabla 9. Partes Interesadas	59
Tabla 10. Elementos para Definir la Política	63
Tabla 11. Objetivos e Indicadores de Calidad	66
Tabla 12. Matriz de Comunicación	69

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Árbol de problemas	21
Figura 2. Modelo de Calidad de Atención Médica	24
Figura 3. Estructura Organizacional	53
Figura 4. Mapa de Procesos	62
Figura 5. Pirámide Documental	71

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Estadística de asistencia	22
Gráfico 2. Contexto organizacional	38
Gráfico 3. Liderazgo	39
Gráfico 4. Planificación	39
Gráfico 5. Apoyo	40
Gráfico 6. Operación	41
Gráfico 7. Evaluación del Desempeño	42
Gráfico 8. Mejora	43

RESUMEN

Este informe de consultoría organizacional describe el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad en el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil EBENEZER IPS. Para esta organización era de vital importancia desarrollar este proyecto debido al interés de sus directivos de lograr la plena satisfacción de sus clientes a través del cumplimiento de sus requisitos, exigencias y necesidades por un lado y por otra parte, la organización a través de la implementación de este sistema busco y está encaminada al logro de una mayor competitividad en el mercado laboral y a la prestación de un mejor servicio, es decir prestar un servicio de excelente calidad, para ello se partió del reconocimiento de la situación y diagnóstico organizacional de la entidad, para trazar un plan de intervención de la consultoría para el establecimiento e implementación del sistema de gestión de la calidad del instituto, bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001: 2015, asimismo, el trabajo realizado en esta consultoría permitió aumentar la confiabilidad de los servicios prestados hacia los usuarios, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, mejorando la imagen corporativa y logrando la fidelización de sus clientes y la mejora continua de sus procesos y personas, lo que bien contribuye a la supervivencia y el crecimiento de la organización.

Palabras claves: sistema de gestión de la calidad, calidad, satisfacción de los clientes, competitividad y servicios de salud.

ABSTRACT

This organizational consulting report describes the process of implementation of the quality management system at the EBENEZER IPS Children's Rehabilitation and Habilitation Institute. For this organization it was of vital importance to develop this project due to the interest of its managers to achieve the full satisfaction of their clients through the fulfillment of their requirements, demands and needs on the one hand and on the other hand, the organization through the implementation I seek from this system and is aimed at achieving greater competitiveness in the labor market and providing a better service, that is, providing an excellent quality service, for this it was started from the recognition of the situation and organizational diagnosis of the entity, to draw up an intervention plan for the consultancy for the establishment and implementation of the institute's quality management system, under the guidelines of the NTC ISO 9001: 2015, likewise, the work carried out in this consultancy will increase the reliability of the services provided towards users, satisfying their needs and expectations, improving the corporate image and achieving the loyalty of its customers and the continuous improvement of its processes and people, which contributes well to the survival and growth of the organization.

Keywords: Quality management system, quality, customer satisfaction, competitiveness and health services.

INTRODUCCIÓN

El entorno organizacional es flexible y volátil, por tanto, las organizaciones en general requieren de la puesta en práctica de diferentes estrategias que les permitan crecer y alcanzar solidez, rentabilidad y productividad, que son fundamentales para permanecer en el mercado diferencial y competitivo del sector de la salud. Las instituciones del sector salud deben diseñar sus objetivos estratégicos en pro de alcanzar el cumplimiento de los requerimientos y necesidades de sus usuarios y en este sentido, los sistemas de gestión de la calidad cumplen un importante rol para lograr este propósito.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) dentro de una organización constituye una herramienta que contribuye al fortalecimiento de una cultura organizacional de la IPS y a su crecimiento como organización productiva y competitiva. Contar con un SGC permite que la organización pueda mejorar continuamente su desempeño y situarse en una posición competitiva frente a sus competidores.

Por otra parte, la decisión de adoptar el SGC surge principalmente de la necesidad de aumentar la satisfacción de los usuarios dentro de la IPS, para lo cual era necesario lograr la mejora en la prestación de sus servicios, lo que involucraba realizar una reforma de todos sus procesos, con el objetivo principal de lograr la satisfacción de los usuarios a favor de la mejora continua.

Para el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil EBENEZER IPS llevar la calidad al campo de los servicios de salud que presta es absolutamente relevante, pues no solo incluye satisfacer a sus usuarios (pacientes), sino mejorar la calidad de sus vidas, extenderla y en muchos casos, evitar que se acentúen sus problemas de salud o mueran. En este sentido se trata no solo de satisfacer a sus usuarios principales (pacientes) sino todas las partes interesadas, incluyendo fundamentalmente otras entidades de salud que remiten a pacientes a este instituto. Por ello, para esta institución era de suma importancia adoptar un sistema de gestión, en este caso, de la calidad, que contribuyera a que se prestaran sus servicios con efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad y con atención centrada totalmente en el paciente. Adicionalmente, para esta institución es de vital importancia reforzar su cultura organizacional, de tal manera, que su personal pueda prestar los servicios con puntualidad, buena presentación personal, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano y diligencia, generándose un factor de motivación e integración de sus colaboradores.

Considerando lo señalado en los párrafos anteriores, EBENEZER IPS tomo la decisión de adoptar el sistema de gestión de la calidad como parte de sus estrategias a los fines de mejorar su desempeño organizacional, incrementar sus rentas y lograr la máxima satisfacción de sus usuarios y clientes. A finales del año 2018, se inicia el proceso de consultoría con la descripción de la situación organizacional y la definición de las necesidades o problemas de la institución, para luego realizar el diagnóstico de la organización respecto al cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad de acuerdo a la norma ISO 9001 en su versión 2015 (Organización Internacional de Normalización ISO, 2015). Tomando en cuenta los resultados del diagnóstico organizacional y las necesidades de la organización, se estructuro el plan de intervención de la consultoría que permitió el establecimiento del SGC de la entidad, quedando ya de parte de la organización el desarrollo de las actividades de seguimiento, evaluación y mejora continua del mismo con miras a la obtención de su certificación.

1. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ORGANIZACIONAL

1.1 CONTEXTO

El Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS, es una empresa pequeña y privada dedicada a la prestación de servicios. Esta entidad fue creada y constituida el 12 de agosto de 2009 bajo el número de 0032991 de libro IX ante la cámara de comercio de Villavicencio-Meta. Su función principal es la Rehabilitación y Habilitación física, intelectual, sensorial, múltiples y servicios de salud en general. Se encuentra ubicada en el kilómetro 9, vereda Vigía finca Villa Consuelo de la ciudad de Villavicencio en el departamento del Meta, el horario de atención a la población es de 7:00 am a 5:00 pm, en una jornada continua de lunes a viernes.

Del mismo modo, la entidad Ebenezer IPS es una institución que presta los servicios de rehabilitación y habilitación a la población con discapacidad infantil en la ciudad de Villavicencio, con profesionales de alta calidad ética en la atención social. Al momento de iniciar el proceso de intervención de la consultoría, la institución realizaba todos los esfuerzos necesarios para asegurar al usuario una atención efectiva, buscando centrarse en él y su familia, apoyados en un talento humano comprometido, humanizado y altamente calificado, a través de los tres ejes principales de accesibilidad, calidad y eficiencia, que permita responder a las necesidades y exigencias de la población con mayor grado de vulnerabilidad.

Cabe resaltar, que, para ese momento, el entorno de esta entidad era y continúa siendo muy dinámico y competitivo, por lo cual, se debían implementar estrategias que permitieran una diferenciación con respecto a sus competidores. Diferencia que debía estar caracterizada una mayor solidez, crecimiento y rentabilidad, que son esenciales en un mercado tan competitivo como el sector salud. Para los inicios de esta consultoría, Ebenezer IPS no contaba con ningún sistema de gestión de calidad implementado, por tanto, no tenían una descripción concreta de sus procesos, ni tenían información documentada que sirviera de soporte para una mayor comprensión de su personal de los procesos que desarrollaban, para este momento, solo contaban con ciertos métodos establecidos de trabajo propios de las instituciones prestadoras de salud, que les permitían brindar una buena atención a los usuarios con un servicio accesible y equitativo, liderados por profesionales capacitados, con iniciativa e idóneos en las laborales realizadas encaminadas hacia la satisfacción del usuario.

En esta etapa de inicio de la consultoría, se logró evidenciar que la institución contaba con un total de 26 colaboradores contratados, organizados por áreas específicas de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, tal como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Listado de trabajadores

Profesión por áreas	Número de personas
Gerente	1
Talento humano	1
Contadora	1
Coordinadora científica	1
Secretarias	2
Fonoaudiólogas	2
Fisioterapeutas	3
Psicólogos	2
Terapeuta ocupacional	1
Educadora especial	1
Auxiliares de enfermería	3
Conductores	3
Servicios Generales	2
Auxiliar operativo	3
Total	26

Fuente: elaboración propia.

Este centro de rehabilitación y habilitación infantil es el único que presta un servicio integral en todas las áreas de Neurodesarrollo. Pero es necesario destacar que existen otras IPS que prestan de forma individual algunos de los servicios que presta la IPS Ebenezer, como son fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional y psicología. Esta entidad, además cuenta con terapias alternativas como musicoterapia, hidroterapia, equinoterapia y terapia asistida con perros, esta es con el fin de ampliar con profundidad la terapia asistida, que lleva a los empleados de esta entidad a dar un mejor diagnóstico y del mismo modo una rehabilitación y terapia más engranada y con mejor funcionalidad del proceso asistencial.

El Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer brinda sus servicios terapéuticos para la rehabilitación y habilitación integral a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad física, sensorial, cognitiva y mental mediante procesos

personalizados, realizando convenios inter institucionales con diferentes EPS como Medimas, Cajacopi, Capital Salud, Comparta, Coomeva, Nueva EPS, Sanitas, Salud total, al igual, que realiza convenios de asistencia personalizada con particulares.

Estos servicios están dirigidos al fortalecimiento de las habilidades básicas del aprendizaje donde se articula el área médica, terapéutica y psicológica teniendo en cuenta algunas patologías como: trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; neuropatías, trastornos adaptativos, trastornos de estado de ánimo, dificultades de atención, baja autoestima, problemas de conducta, insuficiencia motora de origen cerebral (IMOC), autismo, entre otros síndromes.

Para la prestación de estos servicios en salud especializados, los cuales pueden ajustarse a las necesidades específicas de sus afiliados, la organización cuenta con un equipo interdisciplinar, a los fines de garantizar, un servicio terapéutico integral, contando con profesionales en las siguientes áreas:

- Neurodesarrollo;
- Terapias modalidades hidráulicas e hídricas;
- Rehabilitación Ecuestre (equinoterapia);
- Integración sensorial;
- Rehabilitación profesional (vocacional), familiar, escolar y/o laboral;
- Psicoterapia por psicología individual;
- Psicoterapia análisis conductual aplicado;
- Psicoterapia familiar por psicología;
- Miofuncional;
- Terapia de fonoaudiológica para desordenes cognitivos comunicativos.

Adicionalmente cuenta con los servicios de consulta especializada en Neuropediatría, Fisiatría y Neuropsicología y dos programas complementarios o alternos a los tratamientos terapéuticos: Musicoterapia y Terapia asistida con perros. Para la prestación de los tratamientos en Neurorehabilitación y Habilidadación la organización cuenta con:

- Pista de rehabilitación ecuestre (picadero y caballos);
- Aula de integración sensorial;
- Unidad de neuropsicología;
- Aula de musicoterapia;
- Transporte;
- Circuito de cámaras de seguridad;
- Zonas verdes;

- Área social;
- Consultorios;
- Área de terapias hídricas e hidráulicas (piscina);
- Pista canina;
- Área deportiva;
- Gimnasio.

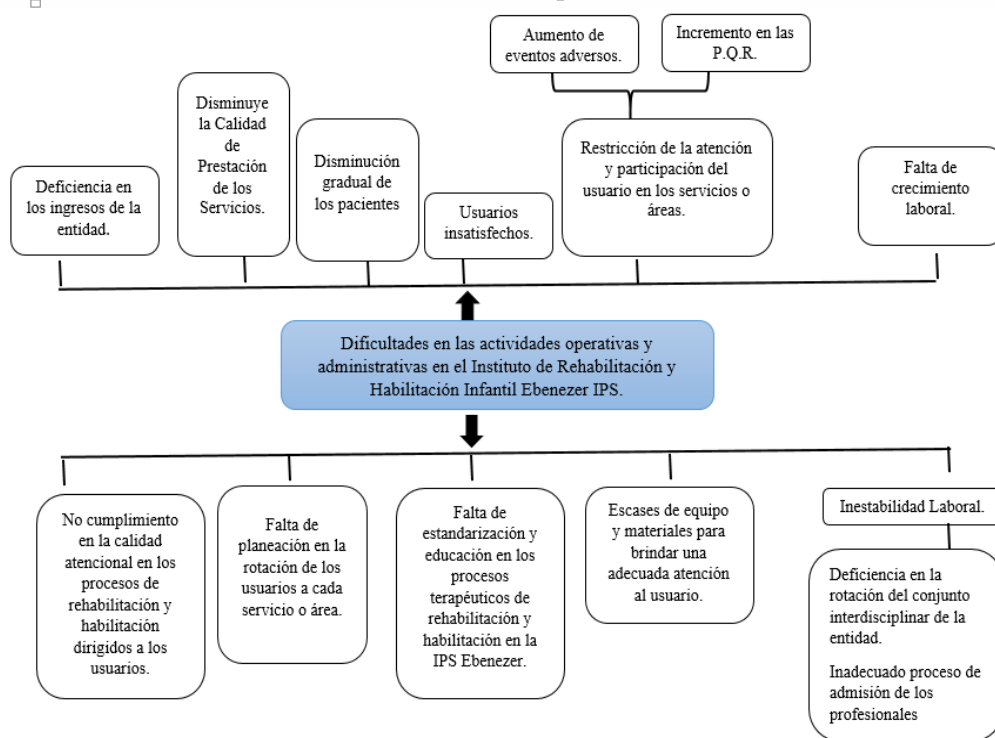
Por otra parte, El Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS, dentro de sus políticas institucionales de acatamiento a la normatividad vigente, en el artículo 40 de la ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007) y circular instructiva 45 (Superintendencia Nacional de Salud - Colombia, 2007), puso en marcha el código del artículo 40 de buen gobierno y ética, para el direccionamiento organizacional de la institución, la cual comprende a directivos administrativos, funcionarios asistenciales y a todos los entes públicos y privados que tengan convenios con la IPS. De igual manera con estas políticas de buen gobierno, la institución brinda la confianza y transparencia necesaria mediante la definición de políticas y principios éticos, sustentados en la recopilación y análisis de la información relacionada con los actores del sistema obligatorio de garantía de calidad (Ministerio de Educación Nacional, 2011)

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDADES

El Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil Ebenezer IPS, es una empresa que busca destacarse entre las diferentes entidades de salud, al brindar servicios dicotómicos, donde los clientes reciban un servicio de calidad, con relación a los costos de la atención prestada, mediante un enfoque del ejercicio medico humanizado para todos sus afiliados. El mejorar los procesos de gestión del Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil Ebenezer, es un factor fundamental para cumplir con su vocación del servicio y atención a los clientes (usuarios), a las diferentes entidades EPS, a los proveedores y a todas las partes interesadas, con el fin de lograr un mayor crecimiento a nivel institucional.

Con respecto a la explicación del árbol del problema (Ver Figura 1) se pudo denotar que el principal eje del funcionamiento dentro de la organización son las dificultades operativas y administrativas que afectan directamente a la calidad del servicio prestado por la entidad, ahora bien, unas de las principales causas seria el no cumplimiento en los procesos atencionales con respecto a la rehabilitación y habilitación dirigidos a los usuarios en cada área, del mismo modo, otro principal detonante es la no estandarización de los procesos terapéuticos correspondiente a cada área, no obstante, otra causa es la escases de quipos y materiales que no favorecen una adecuada prestación del servicio a los usuarios, por último, se pudo evidenciar la inestabilidad laboral por el cambio continuo de los profesionales, el cual genera deficiencias en los procesos de rehabilitación y habilitación, como lo son la ineficacia en los procesos terapéuticos y encases en los ingresos dentro de la entidad, por tanto, este factor disminuye la calidad de prestación del servicio y la disminución gradual de los paciente.

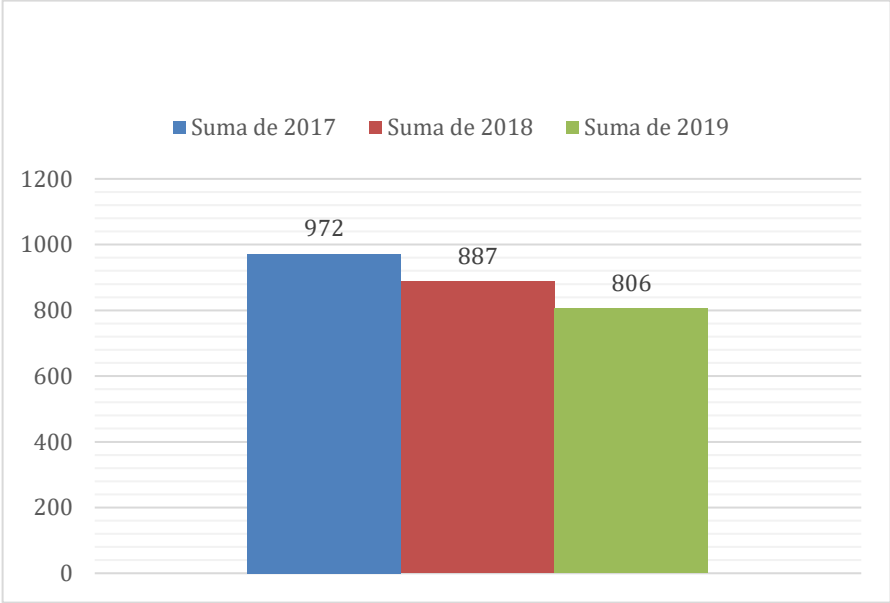
Figura 1. Árbol de problemas



Fuente: elaboración propia.

Estas dificultades que enfrentaba la organización han llevado a una disminución gradual de usuarios; lo que se evidencia en el gráfico 1, que muestra las estadísticas de asistencia durante los años 2017, 2018 y 2019. Al comparar el número de usuarios entre los años 2017, 2018 y el año 2019, se puede visualizar como disminuyó la asistencia de los pacientes, debido a la demora en las autorizaciones por partes de las EPS, el incumplimiento en los acuerdos de pago por parte de la misma y la falta de compromisos de los padres en la asistencia de sus hijos en el proceso de rehabilitación, con lo cual se puede decir, que al no mejorar el servicio prestado, se continuara con la disminución de usuarios que hagan uso de los servicios ofrecidos.

Gráfico 1. Estadística de asistencia



Fuente: elaboración propia.

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

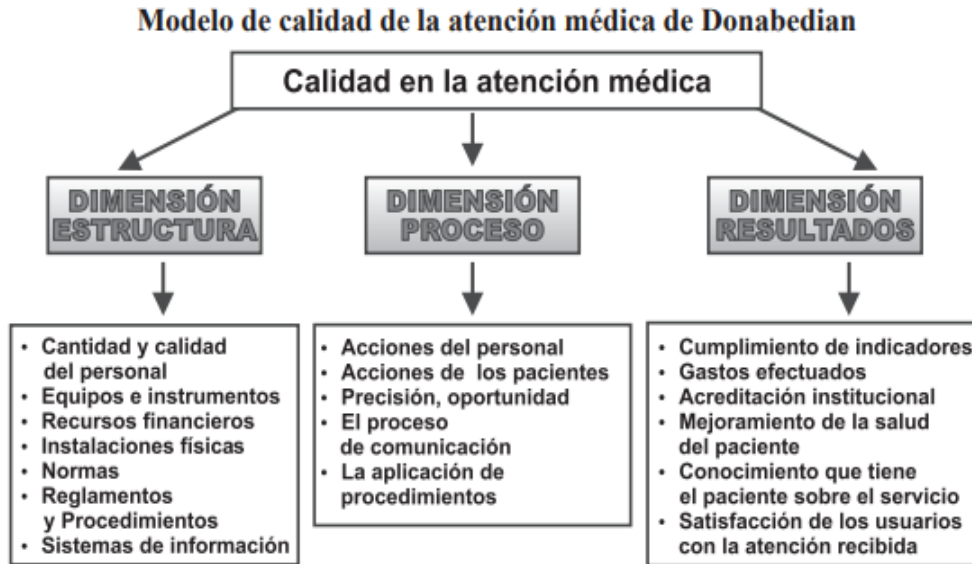
3.1 ANTECEDENTES

La calidad es un concepto que ha sido definido a nivel organizacional como la mejora de sus productos o servicios en busca de la satisfacción de sus clientes. En el sector salud, según la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional es “el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población” (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2006, p. 8), de este modo se crea un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuyo objetivo general es "mejorar la condición de los servicios, recursos y tecnología del sector a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos" (Kerguelén Botero, 2008, p. 12).

Por su parte, la norma ISO 9000, define la calidad como el “grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos” (Organización Internacional de Normalización ISO, 2015, p. 20) la definición del sistema de gestión de calidad es considerado como un “conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos” (Organización Internacional de Normalización ISO, 2015, p. 18). Estos conceptos que se enfocan directamente en la prestación del servicio y atención al usuario, permiten entender la importancia del sistema de gestión de calidad en los servicios de salud, donde las organizaciones deben orientar sus procesos de acuerdo con el carácter fundamental establecido en la ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) que inserto la calidad, como parte integral de atención a la salud a toda la población.

Por otro lado, se identifica en la literatura que el movimiento de la calidad de salud, basado en los servicios prestados, se tiene como referencia obligatoria la propuesta del médico Donabedian, (2001), quien estableció el modelo de la atención médica basado en la calidad del servicio que incluye tres niveles de atención, la estructura, los procesos y los resultados, los cuales se observan en la figura 2, con cada una de sus características.

Figura 2. Modelo de calidad de atención médica



Fuente: Donabedian, (2001)

En relación con este modelo, la calidad de gestión en salud ha estado ligada y fundamentada en los diferentes códigos éticos del ejercicio de medicina, así mismo, como en los principios hipocráticos, donde el principal énfasis es la esencia de gestión, calidad, productividad y rentabilidad, para así lograr una mejoría en los pacientes (Patiño Restrepo, 2005).

Por otra parte, la norma ISO 9001, establece las premisas de orientación para la gestión de calidad, basados en un proceso de mejora continua con los siguientes principios: “el enfoque al cliente; liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia y gestión de las relaciones”(Organización Internacional de Normalización ISO, 2015, p. 8), lo que permite a las entidades prestadoras del servicio de salud, contar con los principios que guíen sus actividades administrativas e integren mejoras en los procesos que desarrollan en cada una de sus áreas.

Según Aranaz Andrés, (1998), la implementación de los procesos de calidad en el sector salud, inicia en los años 70 como una etapa de la garantía o el mejoramiento de calidad, donde se implementaron diferentes procedimientos y programas de eficiencia y evaluación multilateral que tomaron como eje principal la satisfacción de los diferentes usuarios atendidos. En estas primeras etapas del desarrollo de la calidad hospitalaria, también se tuvo en cuenta la salud mental del paciente, lo que

permitió, que se revisara, evaluara, analizara y codificara las historias clínicas de los pacientes, creando bases de datos que permitían un mejor control y seguimiento de los pacientes. Posteriormente, los sistemas de acreditación y fidelización fueron especializándose, colaborando con la evaluación de la práctica clínica, mediante un “audit Medico” que permitió comparar la calidad entre diferentes instituciones.

De acuerdo con lo planteado anteriormente por Aranaz, a finales de la década de los 70, se crearon nuevas organizaciones tales como la “*National Association of Quality Assurance Professionals*” en Norteamérica y en Canadá la “*Canadian Association of Quality Assurance Professionals*” creadas con el fin de controlar, asegurar, implementar y garantizar la calidad asistencial dentro de las instituciones. Lo que permitió a inicios de los 80, que se implementara recíprocamente, los diferentes conceptos y metodologías de gestión de calidad para las diferentes organizaciones, donde su principal estructura pragmática fue la mejoría de los programas que se encargaban del control estadístico para el análisis de los procesos y de la incorporación de una cultura de calidad, donde se intensificó el trabajo en equipo, el liderazgo y la participación de los profesionales encargados de la salud.

En esta misma década, aparecen las normas ISO 9000, que incluye los parámetros básicos, para que las diferentes organizaciones lograran establecer un sistema de gestión de calidad, basado en la mejora y el desempeño. La aplicación de estas normas, se inician en Europa y con el transcurso del tiempo se extendió por el mundo, donde la mayoría de las empresas iniciaron su implementación, teniendo en cuenta la adaptación de los parámetros establecidos, de acuerdo con las características y necesidades específicas de cada organización.

En Colombia, a finales de los años 70 se incorporaron estudios de las primeras evaluaciones en salud con énfasis en la Institución de Seguridad Social (ISS), donde se estudiaron historias clínicas de pacientes crónicos, implementando comités de calidad para la utilización de herramientas de auditoría, lo que permitió publicar en 1983, el documento “La Garantía de Calidad de los Servicios de Salud”, este primer documento dio inicio a los primeros procesos de calidad en el país, que luego fue modificado con el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), donde se determina que la calidad de la atención en los servicios de salud se debe realizar:

De forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que

se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana (Kerguelén Botero, 2008, p. 11).

A partir de esta ley, el Ministerio de Protección Social (MPS) con el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS (Ministerio de Protección Social, s/f). Inicio el desarrollo de diferentes proyectos para el diseño e implementación del sistema de garantía de calidad en salud, que facilitaron la reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), mediante el Decreto 2174 de 1996 (Congreso de la República de Colombia, 1996), por el cual se define “el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud” y el decreto 2309 de 2002 aplicable a todos los prestadores de servicio de salud.

De acuerdo con esta normatividad se determinó que la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud está a cargo de las personas o instituciones que ofrecen estos servicios, como la de los usuarios quienes los reciben, donde debe existir una atención de calidad en la salud que permita: “accesibilidad, oportunidad, seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida” (Causado Rodríguez et al., 2008, p. 163).

A partir del 2002 se establece la Norma ISO 9001, como un referente para certificar en calidad a las diferentes organizaciones. En el 2008 se creó una nueva versión de esta norma, que se basó no solo en la gestión y control de calidad, sino que introdujo el manejo de los procesos organizacionales como un medio para alcanzar los resultados. En el 2015 la Norma ISO 9001 realiza una nueva adaptación donde se considera el sistema de gestión de calidad como una herramienta para la innovación y prevención empresarial, considerando las siguientes mejoras:

- Integración de todos los participantes dentro de la organización (clientes, consumidores, personal, organismos reguladores, proveedores etc.);
- Aplicación del ciclo de procesos basado en Planificar, hacer, Verificar y actuar;
- Flexibilización en la documentación de los procesos, dando discrecionalidad a cada organización para determinar el desarrollo de las estrategias que implemente, de acuerdo con sus propias necesidades.

En concordancia con esta normatividad, el sistema de gestión de calidad permite mejorar todos los ámbitos internos dentro de la organización, con el fin de

incrementar la satisfacción de los clientes, que es percibida de acuerdo con el desempeño de sus empleados en los servicios ofrecidos. Por tal razón, la implementación del sistema de gestión de calidad, enfocado en el cliente, es una de las principales motivaciones para lograr la ejecución efectiva y eficaz. Para ello, se tiene en cuenta algunos de los principios de la norma ISO 9001, nombrados anteriormente, con el objetivo de realizar una estructuración categórica clara al momento de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

El primero de ellos es el enfoque al cliente el cual se orienta en prestar un mejor servicio y satisfacer la necesidad de este, donde se alinean los objetivos de la organización con las expectativas y necesidades de los usuarios, como segundo principio, se toma el enfoque basado en procesos, en el cual pretende mejorar la eficiencia y eficacia de la organización para alcanzar los objetivos definidos, (donde participan todos los integrantes de la organización), lo cual trae consigo resultados que se pueden prever, mejorar y racionalizar, lo que permitirá identificar los diferentes factores que mejoraran las actividades claves de la organización. Finalmente se encuentra el principio de mejora continua, este hace referencia al mejoramiento continuo dentro de la organización, el cual permitirá mejorar la capacidad de la organización a la hora de cumplir con los requisitos.

Cabe resaltar, que en la actualidad muchas organizaciones de diferentes sectores se están transformando positivamente referente a todos los procesos que identifican y evalúan las entidades, esto es debido gracias a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, como ejemplo, se destaca la Fundación Oftalmológica Nacional, entidad que presta sus servicios especializados en salud visual, la cual implemento este sistema en el año 2003 con el fin de diferenciarse de otras organizaciones que eran su competencia principal. Los resultados obtenidos al implementar este sistema le permitieron liderar y realizar un acompañamiento asistencial más adecuado y proactivo que llevaron a esta empresa a posicionarse en el mercado (Baquero Gómez, 2014).

De acuerdo con el anterior ejemplo, se puede inferir, que uno de los beneficios más relevantes que trajo la implementación de este sistema fue el liderazgo y la participación del personal, ya que, estas son claves fundamentales para el éxito de la gestión de este sistema, además, de representar una ventaja competitiva para las empresas prestadoras de servicios de salud. Según Baquero (2014), en su estudio sobre la importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad, si se forman personas dentro de la organización con el enfoque de calidad en los diferentes procesos, estas promoverán la aparición de nuevos líderes, que motiven a sus compañeros en el cumplimiento continuo de los objetivos y metas de la entidad, generando ambientes de confianza donde se compartan “conocimientos,

experiencias y se discutan abiertamente los problemas y las oportunidades de mejora” (p.13).

Baquero (2014), al describir la importancia que tiene la estructuración y la implementación del sistema de gestión de calidad en las empresas prestadoras de servicios de salud, concluye, que para formar y garantizar un buen sistema de gestión es necesario el trabajo en equipo dentro de la organización, además de fomentar la planeación y ejecución formal y estratégica del sistema, donde, lo principal sea evaluar la capacidad de gestión de cada empresa. Igualmente, plantea que al momento que se realice la implementación de este sistema se incluyan “los procesos de la organización, su diagnóstico, el direccionamiento estratégico, las políticas y los objetivos, con el fin de lograr y garantizar la calidad en la prestación de su servicio” (p. 18)

En relación a lo planteado y en función de la revisión de la literatura, se encontraron algunos antecedentes sobre la implementación de sistemas de gestión de la calidad bajo la Norma Técnica ISO 9001:2015 en instituciones de salud con servicios similares a los que presta la institución objeto de este proceso de consultoría organizacional o servicios de salud en general:

Certuche Muñoz, (2021) realizó el diseño del sistema de gestión de la calidad de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca teniendo como objetivo general la mejora de los procesos de la organización y el incremento de su competitividad siguiendo los lineamientos de la ISO 9001:2015. Para ello realizó una evaluación del cumplimiento de los requisitos de la norma referida, para luego desarrollar la planeación estratégica de calidad, generando las directrices y los objetivos de calidad; seguidamente realizó la gestión por procesos, articulando los procesos ejecutados en la IPS en el mapa de procesos y su caracterización. Asimismo, desarrollo la matriz de riesgo de los procesos, con la valoración y tratamiento conforme con la norma ISO 31000; y determino la información documentada, el sistema de satisfacción y oriento el trabajo al diseño de un sistema que integre los requisitos ISO con estándares de la normatividad colombiana en salud, presentando finalmente la propuesta de diseño del Sistema de Gestión de Calidad acorde con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Sojos Asencio, (2021) se centró en el diseño de un sistema de gestión de la calidad basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, las directrices de las buenas prácticas de fabricación (BPF) y las normativas internas nacionales relacionadas con este ámbito, para su implementación en la farmacia del Centro de Salud Tipo C "San Francisco de Tenguel" en la ciudad de Guayaquil en Ecuador. Para ello, verifico en primer lugar el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma. Una

vez obtenido el diagnóstico estructuró un manual del SGC en función de las particularidades previamente definidas en el diagnóstico y estructuró y socializó la propuesta para la implementación del SGC en la organización.

Baquero Parrado et al., (2012) realizaron la implementación del sistema integrado de calidad y de seguridad y salud en el trabajo en la IPS Llano Salud del Meta bajo los estándares de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 aportando a la organización elementos suficientes para la implementación de estas dos normas a los fines de asegurar la satisfacción del usuario y otras partes interesadas, así como prevenir lesiones y deterioro de la salud. Para ello, se realizó un análisis de la situación organizacional de la institución para posteriormente levantar un diagnóstico de cumplimiento de los requisitos de los dos sistemas involucrados para seguidamente establecer un plan de implementación y lograr la implementación del sistema integrado.

Perez-Cupa et al., (2020) plantearon una propuesta para estructurar el sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001: 2015, en la empresa Asisderma clínica de la piel buscando optimizar sus procesos internos, darle continuidad al negocio, lograr la fidelización de sus clientes y la captación de nuevos, para lograr suministrar servicios con altos estándares de calidad considerando el contexto actual del mercado y los estándares internacionales en la especialidad.

Forero Gomez et al., (2020) realizaron la planificación del sistema integrado de gestión de la calidad, seguridad y salud en el trabajo en la Fundación Manacacias. Aunque los autores plantearon un sistema integrado, en esta se incluye el SGC bajo la norma ISO 9001:2015 y por lo tanto se ha tomado como otro antecedente de la implementación de estos sistemas en instituciones prestadoras de servicios de salud. Este proyecto de consultoría tuvo como propósito darle una solución al problema planteado de ausencia de un método estructurado y sistémico que le permitiera a esta organización el fortalecimiento de la gestión hacia las partes interesadas y el logro de los objetivos estratégicos que tienen sus miembros en el desarrollo de su actividad social. Los autores partieron del abordaje de la situación organizacional de la institución y la realización de un diagnóstico de evaluación de cumplimiento de los requisitos de las normas ISO de cada uno de los sistemas involucrados que conllevaron a estructurar el sistema integrado de gestión

Chávez Salazar & León Espinosa, (2019) presentaron el diseño documental de un sistema de gestión de calidad basado en los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para los procesos centrales del laboratorio clínico del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi del Distrito Metropolitano de Quito en Ecuador. Para ello estableció en primer lugar una línea base del porcentaje de cumplimiento

de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de un diagnóstico inicial, obteniéndose además una evaluación del grado de satisfacción del cliente institucional y un análisis de la conformidad de los requisitos de los usuarios atendidos en el servicio de consulta. Adicionalmente realizó el análisis de riesgos y la factibilidad técnica, administrativa y económica de la implementación del sistema de gestión de calidad para finalmente presentar la propuesta documental para un sistema de gestión de calidad basado en los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Páez Ortegón y Garzón Aldana, (2018) elaboran un diseño metodológico del plan de mejoramiento continuo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad, para la empresa Dental Salud Clínica Estética Oral, S.A.S. según los lineamientos y requisitos de la norma internacional NTC ISO 9001:2015. En primer lugar, realizaron un diagnóstico del estado de cumplimiento de los requisitos de la norma utilizando un criterio inicial de calificación para luego elaborar una matriz de priorización de los requisitos bajo una modalidad de semaforización por colores, identificando así el nivel de calificación global de cada uno de los numerales de la norma. Con esta información, procedieron a desarrollar el plan de mejoramiento continuo bajo un modelo 5w1h, lo que permitió identificar cada una de las actividades a desarrollar, las acciones de mejoramiento, los responsables de ejecutar dichas actividades, fechas probables de ejecución, procesos o áreas responsables del cumplimiento de la actividad, indicadores para su medición y las evidencias que se deben de obtener durante el desarrollo, todo lo anterior con miras a una implementación futura de un Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015.

Lozano et al., (2018) realizaron la planificación y estructuración del sistema de gestión de calidad bajo la NTC ISO 9001:2015 en la IPS Instituto Nacional de Demencias Emanuel SAS, que ofrece servicios profesionales personalizados y grupales, para la rehabilitación integral y consulta externa en pacientes con diagnóstico relacionados con la salud mental, orientados al mejoramiento de la calidad de vida de ellos y de sus familias a través de un adecuado servicio profesional de atención integral. Al respecto, realizaron el diagnóstico del estado actual del SGC en dicha organización para posteriormente elaborar la propuesta para la planeación estratégica y estructurar el sistema de gestión de la calidad, frente a los lineamientos establecidos en la NTC ISO 9001:2015 con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios y sus familias.

Londono Sanchez et al., (2018) elaboraran una propuesta de un sistema de gestión de la calidad, basado en la norma ISO9001:2015 para la empresa Medical Protection Ltda., a los fines de brindar directrices efectivas para el mejoramiento continuo de sus procesos y el logro de sus objetivos. Para la elaboración del mismo, realizan un análisis que les permiten desarrollar una serie de propuestas, que

incluyen desde el organigrama de la empresa, el diseño de los macroprocesos y procesos, la caracterización del cliente, los factores críticos para la búsqueda de la excelencia basado en el modelo EFQM, la sensibilización respecto a la responsabilidad social con las partes interesadas pertinentes, la verificación estratégica de la calidad a través de una propuesta de auditoría interna que permita identificar las debilidades, fortalezas y los aspectos a mejorar.

Basabe Santana et al., (2017) realizaron la implementación de un sistema de gestión de la calidad adecuado a las características del Servicio de Radioterapia del Centro de Atención al Paciente Oncológico de Pinar del Río en Cuba, a partir de los requisitos descritos en la NC-ISO 9001:2015. Esta implementación del SGC nace de la necesidad de la institución de gestionar eficazmente sus procesos internos, desde la comprensión de que la especialidad oncológica es un proceso de atención integral y continua en interacción con diversos procesos médicos, técnicos y sociales, y que tiene como fin último ofrecer un servicio de calidad. La implementación del SGC en esta institución significó un cambio en su gestión, pasando de una gestión tradicional a una gestión por procesos, que favoreció la eficacia del mismo, permitiendo una mayor participación de sus partes interesadas e incremento la satisfacción del paciente y sus familias con el servicio recibido, además de demostrar que es una solución viable para las instituciones prestadoras de servicios de salud, además de obtener el reconocimiento y aval del organismo rector en esta materia (Centro Nacional de Seguridad Nuclear) por ser la primera institución en implementar un SGC.

Linares Fuentes et al., (2017) definieron un plan para la implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2015 para una IPS anónima de la ciudad de Popayán que presta servicios especializados en rehabilitación, con un modelo de atención centrado en el paciente y su familia, para ello iniciaron con una auditoría de diagnóstico que permitió conocer el estado actual de la institución según los requisitos que describe la referida norma para posteriormente mediante un análisis, elaborar un plan de implementación con recomendaciones para ejecutarlo a corto y mediano plazo, enfocado en la cultura organizacional de la institución y en el sistema de gestión de la calidad descrito por la ISO 9001, a los fines de que la institución fortaleciera su competitividad en el mercado, asegurando el funcionamiento eficaz y eficiente de sus procesos a los fines de proveer productos y servicios de calidad.

Cuji Cevallos, (2016) realizó la implementación de un sistema de gestión de la calidad, en un Centro de Rehabilitación Neuro Músculo Esquelético para Menores en la ciudad de Portoviejo – Manabí (Fundación San Jorge) que se dedica a la atención de niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales. El objetivo general del trabajo fue la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad a

los fines de mejorar la atención de discapacitados (clientes) partiendo del conocimiento de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que les permitió diseñar una planificación estratégica a los fines de obtener un servicio de calidad.

Flores-Arreola, (2016) desarrollo un modelo de gestión de calidad para la certificación de una unidad de cirugía ambulatoria en la institución Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua en México basado en la norma ISO 9001:2008. El autor tuvo en consideración la larga historia de esfuerzos para mejorar los servicios de salud, pero sin dejar de reconocer que la calidad de los servicios sanitarios no alcanzaba la eficiencia adecuada, lo que generaba insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud. No obstante, también considero lo complicado que es definir la calidad de atención médica alegando, no obstante, que los sistemas de gestión de calidad constituyen un medio útil para aumentar la calidad en cuanto a la atención dentro de instituciones de salud. Por eso planteo el proyecto de desarrollo de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 como una herramienta para el uso adecuado de personal, equipo y herramientas dentro de una institución sanitaria, delimitando el desarrollo del modelo a aspectos fundamentales que deben ser atendidos por la alta dirección de la institución. Estos aspectos estuvieron referidos a infraestructura, ambiente de trabajo, seguimiento y medición de procesos, y la mejora continua, que son claves para la mejora de los procesos de este tipo de organización. El desarrollo del proyecto comenzó con definiciones necesarias para el mejor entendido del modelo de gestión, posteriormente se tocaron puntos como la certificación de hospitales para posteriormente definir la propuesta e implementar los indicadores, y con base a las normas oficiales evaluar aspectos para la mejora continua y finalmente proponer tomar este proyecto como base para la adecuación del mismo a la versión 2015 de la Norma ISO 9001 que ya se encontraba vigente.

Cantor Castañeda et al., (2016), elaboraron el diseño de un sistema de gestión de calidad bajo los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015 para la empresa social pública Red de Servicios de Salud de Primer Nivel del Departamento del Guaviare. Para ello se elaboró un diseño que permitiera implementar los diferentes lineamientos que la norma tiene estandarizado, logrando unos procesos claros, eficientes y que un flujo mejorado de la información en las etapas de la gestión, que conlleve a una prestación de un servicio eficaz y eficiente, mejorando la organización y obteniendo una mayor satisfacción de sus usuarios.

López Alba y Manchola Aguirre, (2016) definieron una metodología para definir y documentar el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 en la empresa Clínicas Odontológicas Dr. Jimmer Hernández como un medio efectivo para alcanzar las metas de la

organización, entre ellas brindar a sus clientes (usuarios) un excelente servicio de salud, destacado y reconocido por sus procesos seguros que generen confianza y credibilidad a sus partes interesadas.

Álvarez Ospina y Gómez Murillo, (2015) realizaron el diseño del sistema de gestión de la calidad, basado en la Norma ISO 9001:2008 en la Fundación Yolanda Turizo ubicada en la ciudad de Medellín, dedicada a la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, orientados a la habilitación y rehabilitación de sus usuarios. Álvarez y Murrillo parten de la realización de un diagnóstico inicial y bajo el enfoque de procesos, determinan el alcance del sistema, los procesos y sus interrelaciones, así como la documentación exigida en esta versión de la norma.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La competitividad es un tema de alta vanguardia en las empresas, porque, buscan continuamente oportunidades para mejorar y ser más competitivas en el mercado; para ello, procuran la implementación de herramientas que permitan minimizar costos, aumentar el nivel de productividad y optimizar los recursos, por tanto, una de las herramientas que ha adquirido una vital importancia en las organizaciones, es la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad, lo que permite a las empresas demostrar su compromiso con todas las partes interesadas al mejorar todos sus procesos y ofrecer productos y servicios que satisfagan sus requerimientos y expectativas.

La Norma ISO 9001:2015 establece los requisitos para proceder el establecimiento, implementación y mejora, la cual puede ser establecida en todo tipo de organización con el fin de mejorar y prestar servicios de calidad en la satisfacción del cliente, permite que las diferentes entidades, tengan un reconocimiento competitivo en el mercado, que les posibilita mejorar la imagen, eficiencia, confianza del consumidor, ahorro de costos, y crecimiento organizacional. Por lo tanto, su aplicación resulta fundamental al planear y controlar las actividades y técnicas de trabajo, que generen procesos eficaces, que conducen a la mejora continua.

En la actualidad el Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil Ebenezer, no cuenta con nada estructurado y sistemático que le permita gestionar sus actividades para alcanzar todos los resultados. En este sentido, el objetivo principal de este proyecto es implementar un sistema de gestión de calidad, que ayude a mejorar el desempeño de la organización, maximizando las capacidades, tecnológicas y profesionales con las que se cuenta en la prestación del servicio. Para el

cumplimiento de este objetivo, se plantea como meta a corto plazo generar valor agregado en la atención al usuario mediante el fortalecimiento de la cultura organizacional que involucre al personal de las diferentes áreas, a través del trabajo en equipo, que permita mejorar cada uno de los procesos, con la planificación, organización, control y evaluación continua, que lleve a la organización a ser más competitiva, prestar servicios de calidad, y elaborar planes de mejoramiento que incidan positivamente en la satisfacción, la productividad y fidelización de los usuarios.

La implementación del sistema de gestión de calidad en el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS; tiene dos propósitos principales: como primer enfoque se denota la mejora continua de la satisfacción del cliente con el objetivo de lograr la implementación de la calidad del servicio para incrementar el número de clientes (usuarios); como segundo enfoque, de acuerdo con el número de usuarios generar un aumento en la rentabilidad mejorando la productividad de la organización.

Cabe resaltar, que el diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad en el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS, contribuye con la eficacia y eficiencia en la operación y control de todos los procesos y la disminución de las reclamaciones por la inadecuada rotación de los pacientes, además de contribuir con el aseguramiento de la fidelización de los clientes y obtención de clientes nuevos ofreciendo servicios terapéuticos efectivos e instalaciones adecuadas. Igualmente, la implementación del sistema de gestión de la calidad, es clave para la obtención de beneficios económicos, el cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios, el reconocimiento en el mercado local y regional, la gestión de riesgos y oportunidades y el mejoramiento continuo, que en conjunto contribuirán con el crecimiento de la organización.

En el desarrollo del proyecto se busca obtener los siguientes beneficios:

- Fortalecimiento de la estructura organizacional;
- Lograr la fidelización de los clientes;
- Cumplir con todos los requisitos legales y otros aplicables;
- Mejora en el desempeño de los procesos y llevar documentación para evaluar el desempeño;
- Confianza y mejoramiento de la imagen de la IPS;
- Disminuir las salidas no conformes;
- Facilitar la identificación de oportunidades y amenazas;
- Aumento de la satisfacción de los clientes y partes interesadas.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- 1) Realizar el diagnóstico de la empresa con el fin de recolectar información detallada de la situación actual respecto al cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.
- 2) Formular el plan de acción para la implementación del SGC.
- 3) Definir la estrategia organizacional en el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS.
- 4) Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la empresa.
- 5) Desarrollar la primera auditoría interna del primer ciclo de auditorías y definir lineamientos para la mejora del SGC.

5. CRONOGRAMA

En el anexo A, se presenta el cronograma de actividades, el cual se desarrolló durante el periodo de julio de 2018 y agosto 2020. Para su elaboración se tuvo en cuenta la planeación de cada uno de los procesos de acuerdo con los tiempos y profundización necesaria para el adecuado desarrollo, seguimiento y evaluación.

En el cual se realizó estas actividades de manera organizada y en fases de la siguiente manera.

- Fase 1. Elaboración del diagnóstico organizacional
- Fase 2. Establecimiento del plan de consultoría
- Fase 3. Implementar el sistema de gestión de calidad
- Fase 4. Desarrollar la primera auditoría interna

Este cronograma se presenta en el Anexo A “cronograma de consultoría”

6. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL

La realización del diagnóstico organizacional del instituto de Rehabilitación y Habilitación Ebenezer (al inicio de este trabajo de consultoría), se inició mediante la aplicación de entrevistas no estructuradas al personal de la organización, específicamente a la directiva, la coordinadora científica y otros profesionales, teniendo en cuenta los conocimientos y experiencias que tienen sobre el funcionamiento de la organización. (Ver anexo B, Entrevista no estructurada)

Ahora bien, según (Gómez Rueda, 2013), en su trabajo sobre la implementación de la ISO 9001, determina que, para la implementación y diseño del sistema de gestión de calidad, se debe diseñar una matriz en cada organización de acuerdo con su necesidades y características particulares, basada en los diferentes ítems que determina la norma y que guarden relación con los siguientes criterios de planeación:

- No existe nada realizado;
- Está planificado parcialmente en Ebenezer IPS;
- Se realiza, pero no está documentado;
- Se encuentra documentado, pero no se realiza;
- Se encuentra planificado totalmente e implementado (p. 29).

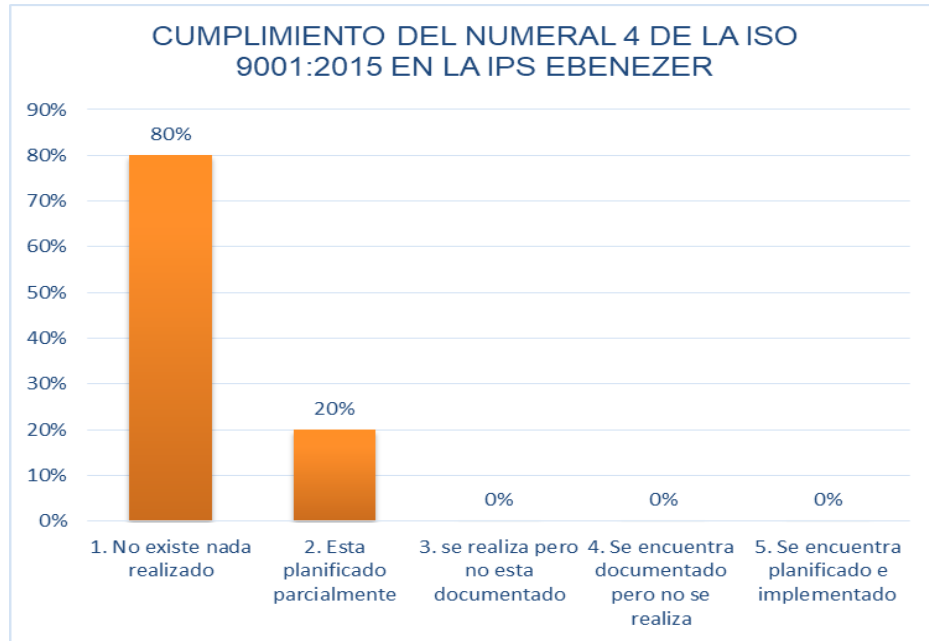
Tomando como base estos parámetros, se elaboró una lista de chequeo bajo la estructura de alto nivel de la Norma ISO 9001:2015 para el instituto de Rehabilitación y Habilitación Ebenezer. A esta lista de cheque se le denominó matriz de diagnóstico inicial que se encuentra en el anexo C, la cual fue aplicada y permitió obtener los siguientes resultados.

6.1 RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO

6.1.1 Contexto Organizacional. En relación con la matriz de diagnóstico en el ítem 4, correspondiente al análisis del contexto, se puede evidenciar en la gráfica 2, que los numerales 4.2, 4.3, 4.4, tienen un incumplimiento del 80%, no tenían determinadas las partes interesadas con sus correspondiente requisitos ni se tiene establecido un SGC, por lo que no se tiene definido un alcance del mismos ni se encontraban caracterizados los procesos del instituto, además que no existía la planificación y revisión periódica y no tenían información documentada relacionada con el SGC. En relación al numeral 4.1 se presentaba un cumplimiento del 20%,

debido a que se identificaban algunos aspectos externos e internos, pero de manera informal.

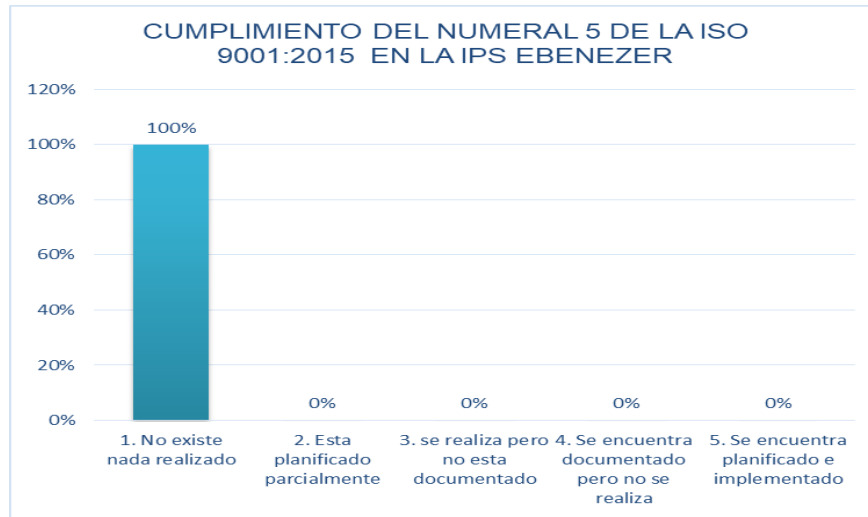
Gráfico 2. Contexto organizacional



Fuente: elaboración propia

6.1.2 Liderazgo. En el gráfico 3, se observa que el grado de incumplimiento de este requisito era del 100%, se evidenció que no había nada desarrollado sobre el mismo, la alta dirección no rendía cuentas tal como se establece en un SGC ni apoyaba los roles de su personal en cuanto a sus responsabilidades y obligaciones y en especial en cuanto a la comunicación y comprensión de las mismas, de manera que se viera un liderazgo en toda en toda la organización; por otra parte no se habían realizado acercamientos respecto a la integración de los requisitos del SGC a los procesos, no se había establecido la política de calidad ni sus objetivos.

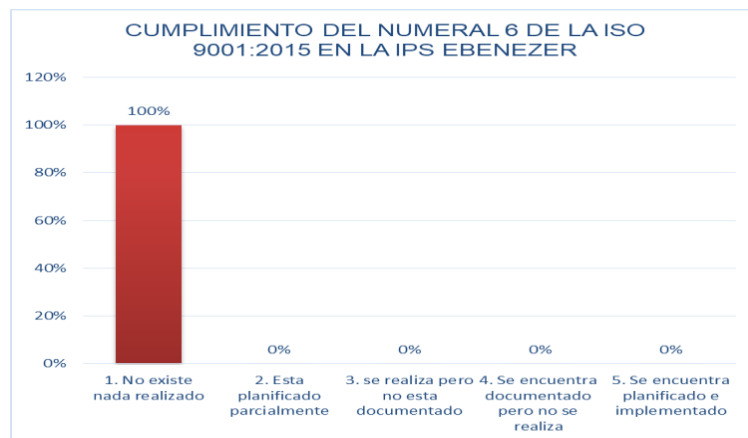
Gráfico 3. Liderazgo



Fuente: elaboración propia

6.1.3 Planificación. En la gráfica 4, se muestra que el 100% de los entrevistados identifican que no existía un proceso de planificación diseñado en la IPS. Se observa que no tienen una plataforma estratégica de la entidad, no tienen claro los objetivos, por ende, no se ve la interrelación entre política, objetivos e indicadores, de igual manera, dentro de la entidad no se ha realizado el abordaje de los riesgos y oportunidades, de igual manera no tienen un control y seguimiento de los procesos.

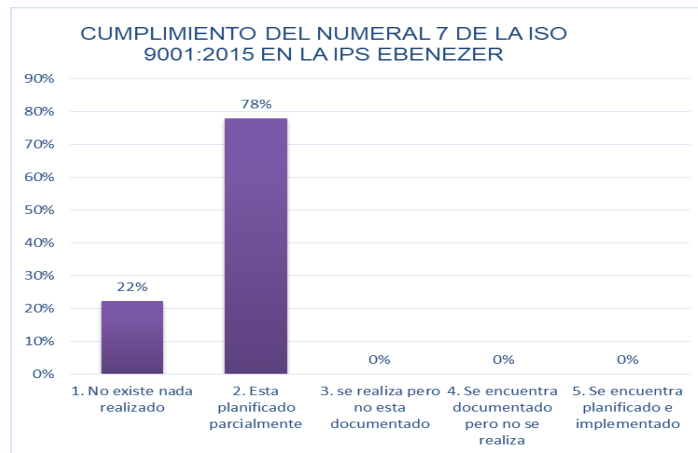
Gráfico 4. Planificación



Fuente: elaboración propia

6.1.4 Apoyo. Como resultados del análisis del requisito 7 “apoyo”, en el gráfico 5, se evidencia que existía una planificación parcial de los recursos, es decir un cumplimiento del 78%, esto quiere decir que se consideraban las necesidades más apremiantes del instituto, además de que la organización contaba y cuenta con una infraestructura adecuada, pero requería algunos ajustes necesarios para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de rehabilitación. Por otra parte, se observa en el gráfico 5, un 22% que correspondía a que ciertos requisitos de esta cláusula no presentaban ningún cumplimiento, es decir no existe nada realizado, puesto que no se había realizado ninguna propuesta de un SGC ni se garantizaba que el personal seleccionado tuviese conciencia sobre la importancia del sistema ni de sus responsabilidades hacia el mismo.

Gráfico 5. Apoyo



Fuente: elaboración propia.

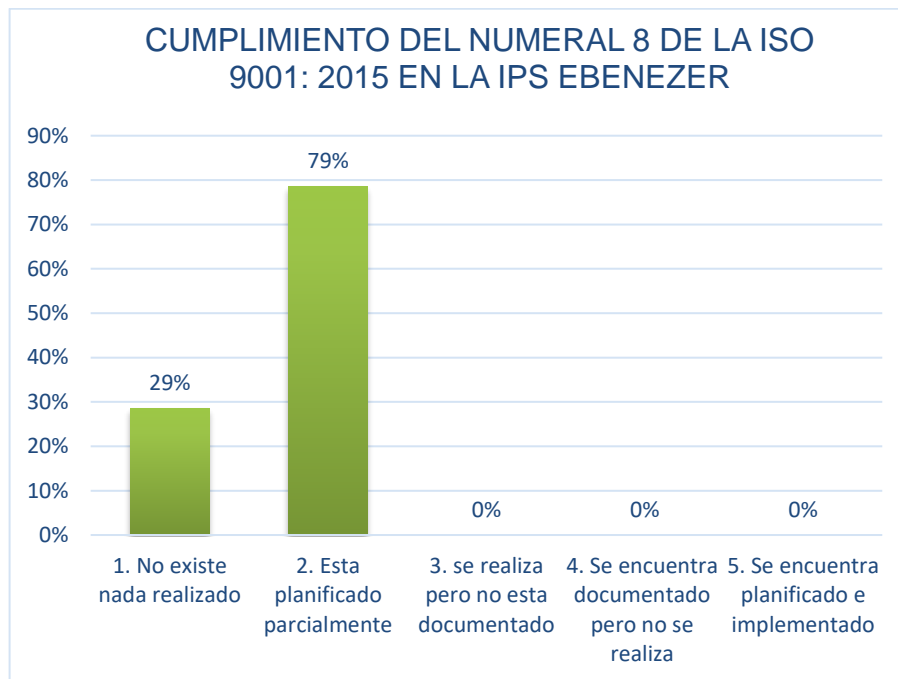
6.1.5 Operación. El gráfico 6, hace referencia al análisis del requisito 8 “Operación”, el cual se encontraba planificado parcialmente con un porcentaje de 79%. La IPS contaba con el conocimiento del negocio y sus procesos, pero de manera informal, así mismo, se manejaban formatos como evidencias que son necesarios para la prestación de los servicios, como historias clínicas, requisitos y necesidades manifestados por el cliente.

La IPS tenía establecidos los procesos necesarios para la prestación de los servicios, sin embargo hay procesos que se realizan en el instituto sin contar con un líder, de igual manera se realizaba retroalimentación con los clientes y usuarios con el fin de determinar las falencias en la entidad, en cuanto los requisitos legales los tienen identificados, se realizaban auditoria internas que tenían como fin darle seguimiento a la IPS la para determinar el estado de conformidad como institución

del sector de la salud, sin embargo no se tomaban acciones para solucionar las no conformidades encontradas.

En cuanto, al diseño y desarrollo de productos y servicios, no aplica para la organización debido a que esta es una entidad prestadora de servicio de salud la cual opera bajo normativa y protocolos establecido previamente de manera Reglamentaria. Por otra parte, en algunos requisitos de esta cláusula, no existía nada realizado (29%), puesto que no se tenían definidos los controles en cuanto a proveedores externos a la hora de controlar procesos contratados externamente, así mismo no se realizaba selección y evaluación de proveedores externos de manera formal y bajo lineamientos de la norma ISO 9001:2015.

Gráfico 6. Operación

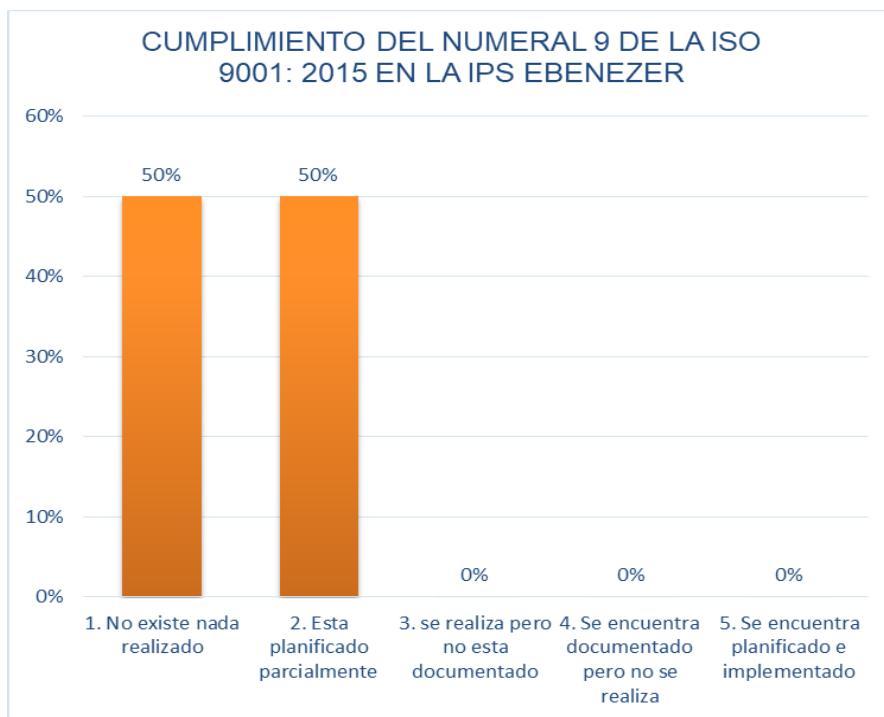


Fuente: elaboración propia.

6.1.6 Evaluación de desempeño. En el gráfico 7, correspondiente a la evaluación de desempeño, se evidencia un porcentaje de 50% de no cumplimiento, debido a que en esta entidad no se realizaba evaluación del desempeño, por tanto, no se realizaba un seguimiento y medición de los procesos y servicios prestados. No obstante, el otro 50% se corresponde con un cumplimiento parcial de la cláusula, evidenciándose que evaluaban la satisfacción de los usuarios, del mismo modo, contaban con un sistema de quejas, reclamos y sugerencias. Respecto al manejo

de las quejas, reclamos y sugerencias, se tomaban acciones de solución de las mismas y de mejora de la prestación de los servicios. Asimismo, se encontraron evidencias del desarrollo de auditorías, sin embargo, no se encontró evidencia que corresponda a un programa planificado, puesto que se hacían de manera reactiva y solo cuando eran solicitadas o se presentaba algún inconveniente, e igualmente no se llevaba de una forma documentada como lo exige la norma.

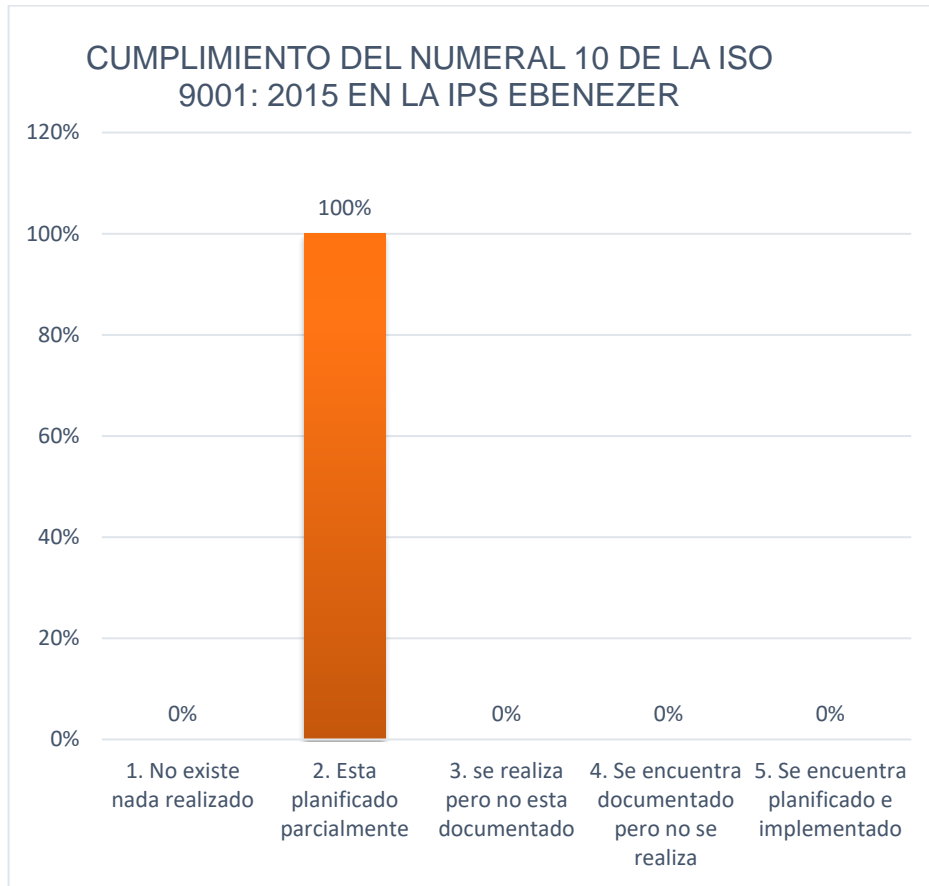
Gráfico 7. Evaluación del Desempeño



Fuente: elaboración propia

6.1.7 Mejora. En el gráfico 8, se observan los resultados encontrados con respecto a la mejora, visualizando que esta cláusula se cumple de manera parcial en un 100%, es decir, este cumplimiento parcial estaba referido a las necesidades puntuales de mejora que se iban presentado en el instituto, cuestión que se llevaba de manera informal y que en todo caso buscaba solucionar las causas de las insatisfacciones de los clientes, es decir resolver los problemas que se presentaban en la prestación del servicio a los usuarios. sin embrago no existía un lineamiento o directriz dentro de lo que es un sgc para la detección y puesta en práctica de las mejoras.

Gráfico 8. Mejora



Fuente: elaboración propia

7. EQUIPO DE TRABAJO

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la consultoría, se conformó un equipo conjunto entre el personal de Ebenezer y el responsable de la consultoría, tal como se describe en la tabla 2.

Tabla 2. Equipo de Trabajo

ROL DEL EQUIPO DE TRABAJO	FUNCIONES	CARGO DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN	NOMBRE
Líder coordinador	Es el responsable del Sistema en la Organización. Debe garantizar el cumplimiento de los compromisos con el consultor.	Gerente	Jaime Arzuaga
Secretario (a)	Elaborar las actas de las sesiones de consultoría en las que deben quedar plasmados los avances y compromisos	Secretaria	Lorena Torres
Representantes de Procesos	Liderar la difusión de los acuerdos y la implementación en los diferentes procesos	Coordinadora científica	Bibian Macías

Fuente: elaboración propia.

8. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del trabajo de consultoría, se establecieron seis etapas, descritas en la tabla 3, que relacionan: diagnóstico de la organizacional, (Anexo C), planeación estratégica, determinación de los procesos, formulación del plan de acción, implementación del SGC y desarrollo de la primera auditoría interna dentro del primer ciclo de auditorías que cubre la planeación, la ejecución y la verificación de los resultados del trabajo.

Tabla 3. Metodología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES (ACCIONES)	RESULTADOS
Realizar el diagnóstico del estado actual del Sistema de Gestión de Calidad en Instituto de habilitación y rehabilitación Ebenezer frente a la NTC ISO 9001: 2015	Levantamiento de la información necesaria para desarrollar el diagnostico organizacional mediante entrevistas con el personal de la IPS.	Recopilación de información de Ebenezer IPS para conocer el contexto de la organización y su direccionamiento estratégico.	Diagnóstico de la Institución frente al cumplimiento de los numerales de la ISO 9001:2015. Acta de avance de la consultoría (anexo v)
		Realización de entrevista al personal clave (coordinadora científica, personal administrativo y terapéutico) para definir el análisis del contexto organizacional	
		Utilización de la matriz diagnóstica utilizando lista de chequeo bajo la estructura de alto nivel de la norma ISO 9001:2015	
Establecer el plan de intervención de la consultoría para la implementación del SGC	Definir el plan de intervención de la consultoría para la implementación del SGC bajo la norma ISO 9001: 2015	Mesa de trabajo con el personal clave de la institución	Desarrollo del plan de intervención. Acta de reunión de la mesa de trabajo (Anexo v)

Tabla 3. (Continuación)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES (ACCIONES)	RESULTADOS
Definir la estrategia organizacional en el instituto de Rehabilitación y Habilitación infantil Ebenezer.	Identificar las debilidades y oportunidades, fortalezas y amenazas que posee la IPS mediante mesa de trabajo y lluvias de ideas.	Realización de la Matriz DOFA	Análisis de la matriz DOFA
	Identificar las partes interesadas	Determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Matriz de las partes interesadas
	Identificar los factores externos que impactan en la IPS, tales como tecnológicos, legales, ambientales, político y económico mediante mesa de trabajo y lluvias de ideas.	Matriz PESTAL	Análisis de los factores externos la IPS
	Actualización de la misión y visión y organigrama	Análisis de la misión, visión y organigrama	Misión y visión actualizada y acorde a la norma.
	Definición de la política y objetivos de la calidad	Diseño de política y objetivo de calidad	Política y objetivos de la calidad
	Análisis de la información recolectada existente para la estructuración del SGC	Desarrollo de mesa de trabajo y lluvias de ideas para Establecer el mapa de procesos y caracterizaciones a partir de la planeación estratégica y del diagnóstico realizado.	Mapa de procesos Caracterizaciones de los procesos.

Tabla 3. (Continuación)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES (ACCIONES)	RESULTADOS
Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la institución	Despliegue de los elementos del sistema de gestión de la calidad	Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad Documentación de procedimientos Mesa de trabajo y lluvias de ideas con el personal	Alcance del sistema del SGC Plantilla de información documentada (documentos y registros) Definición de la información documentada (procedimientos, formatos y otros) Matriz legal Matriz de comunicación Matriz de gestión de riesgo. Actas (anexo v)
Desarrollar la primera auditoría interna del primer ciclo de auditorías y definir lineamientos para la mejora del SGC.	Programación de la auditoría Verificar el grado de conformidad frente a los requisitos del SGC. Establecer planes de mejora resultado de los análisis de hallazgos encontrados en la auditoría.	Diseño, socialización y ejecución del programa de auditoría Verificación del grado de conformidad frente a los requisitos SGC Establecimiento de planes de mejora según resultados	Informe final de auditoría

Fuente: elaboración propia.

9. PLAN DE INTERVENCIÓN DE CONSULTORIA

El plan de intervención se desarrolló a partir de los resultados del diagnóstico organizacional (Ver tabla 5). En este se desarrollaron las actividades o acciones a seguir para la implementación del sistema de gestión de calidad y se identificaron los responsables de las mismas.

Tabla 4. Plan de Consultoría

Fase	Acciones	Responsable		
		Tiempo de entrega	Equipo consultor	De la empresa
Definición de la estrategia organizacional, contexto organizacional, partes interesadas y alcance del SGC	Identificar las cuestiones internas y externas del contexto de la organización	2 meses – octubre y noviembre 2018	Liceth Pérez	Gerente coordinadora científica y
	Formulación de la plataforma estratégica: actualización de la misión, visión, valores y organigrama	3 meses- febrero. enero y marzo de 2019	Liceth Pérez	Gerente coordinadora científica y
	Identificar las partes interesadas y sus expectativas	Abril 2019	Liceth Pérez	Gerente
	Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad	Junio 2019	Liceth Pérez	Gerente coordinadora científica y

Tabla 4. (Continuación)

Fase	Acciones	Responsable		
		Tiempo de entrega	Equipo consultor	De la empresa
Estructuración, documentación e implementación del SGC	Identificación de los procesos del sistema de gestión y sus interacciones (mapa de procesos)	Agosto y septiembre de 2019	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Caracterización de procesos estratégico, misionales y de apoyo	Agosto y septiembre de 2019	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Diseño de política y objetivo de calidad	septiembre 2019	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Identificación de riesgo y oportunidades en la entidad	Noviembre de 2019	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Identificación de la matriz de comunicación	Noviembre de 2019	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Documentar información requerida para la implementación del SGC	3 meses diciembre 2019, enero, febrero y marzo 2020	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
Planificación de la primera auditoría interna y definición de los lineamientos para la mejora del SGC.	Ejecutar el programa y plan de auditoría	Marzo y abril 2020	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Verificar el grado de conformidad frente a los requisitos del SGC.	Mayo 2020	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica
	Establecer planes de mejora resultado de los análisis de hallazgos encontrados en la auditoría.	Junio y julio de 2020	Liceth Pérez	Gerente y coordinadora científica

Fuente: elaboración propia.

10. PROCESO DE INTERVENCIÓN DE LA CONSULTORÍA

10.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La plataforma estratégica fue definida partiendo del análisis contextual y considerando los documentos existentes en el Instituto. Se propuso la reformulación de la misión y de la visión existente en la institución partiendo de unas preguntas orientadoras para la mejora de las mismas. A continuación, se enuncian las ya existentes y las preguntas orientadoras para su redefinición

10.1.1 Misión. La organización contaba con una misión definida de la siguiente manera:

“Brindar servicios en áreas de la salud en Neuro rehabilitación cerebral y Habilidad, bajo parámetros éticos y profesionales con procedimientos personalizados, que garanticen un servicio con eficiencia, eficacia y calidad, orientados a promover el desarrollo integral de la población en situación de discapacidad y al mejoramiento de su calidad de vida, fundamentados en el respeto de sus derechos y valores” (Comunidad Educativa del Instituto Ebenezer, s/f).

Tabla 5. Elemento de la Misión

Elementos de la misión	Descripción
¿Quiénes somos?	Es una IPS que presta servicios de rehabilitación y habilitación con énfasis en la atención de la población infantil y adolescentes con discapacidad
¿Porque existimos?	Para brindar servicios personalizados con diferentes énfasis enfocados en áreas como eficiencia, eficacia y calidad con profesionales idóneos.
¿Qué hacemos?	Prestamos un servicio para promover el desarrollo integral de la población infantil.
¿Para qué lo hacemos?	Para mejorar la calidad de vida de los pacientes y así garantizar todos sus derechos.

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado el análisis de la misma y en conjunto con el equipo de la IPS se procedió a mejorar y redefinir la misma quedando plasmada de la siguiente forma: Misión propuesta: Ebenezer es una IPS que presta servicios de Rehabilitación y Habilidad con énfasis en la atención de la población infantil y adolescentes con discapacidad, brindando servicios personalizados en las diferentes áreas con eficiencia, eficacia y calidad, con profesionales idóneos bajo parámetros éticos, orientados a promover el desarrollo integral de la población para mejorar la calidad de vida y garantizar sus derechos.

10.1.2 Visión. La organización contaba con una visión definida de la siguiente MANERA: “Ser reconocida durante los próximos cinco años, como el mejor instituto de Neurorehabilitación cerebral infantil a nivel regional, nacional con proyección internacional, caracterizados por la alta capacidad de gestión e investigación y ante todo por la calidad en programas de atención, soportados en el talento humano, recurso tecnológico e infraestructura física, brindando una pronta y eficaz respuestas a todas las necesidades de los niños y jóvenes en situación de discapacidad” (Comunidad Educativa del Instituto Ebenezer, s/f).

Tabla 6. Elementos de Visión

Elementos de la visión	Descripción
¿Cómo queremos ser?	Ser una empresa que tome el liderazgo e innove en la atención de la población infantil y jóvenes con discapacidad, a través de sus servicios de rehabilitación y Habilidad
¿Qué tratamos de conseguir?	Tratamos de conseguir una alta calidad de gestión en los programas de atención soportados y evaluados por el talento humano.
¿Cómo queremos que nos describan?	Como una entidad que garantice y promueva el derecho e inclusión social de esta población.

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado el análisis de la misma y en conjunto con el equipo de la IPS se procedió a mejorar y redefinir la misma quedando plasmada de la siguiente forma:

Visión propuesta: Para el 2024 Ebenezer IPS será una empresa líder e innovadora en la prestación del servicio a la población infantil y jóvenes con discapacidad, a través de sus servicios de rehabilitación y Habilitación, caracterizados por la calidad en los programas de atención, documentado en talento humano, recurso tecnológico e infraestructura física, con el objetivo de que ayude a la garantía de derecho e inclusión social de esta población.

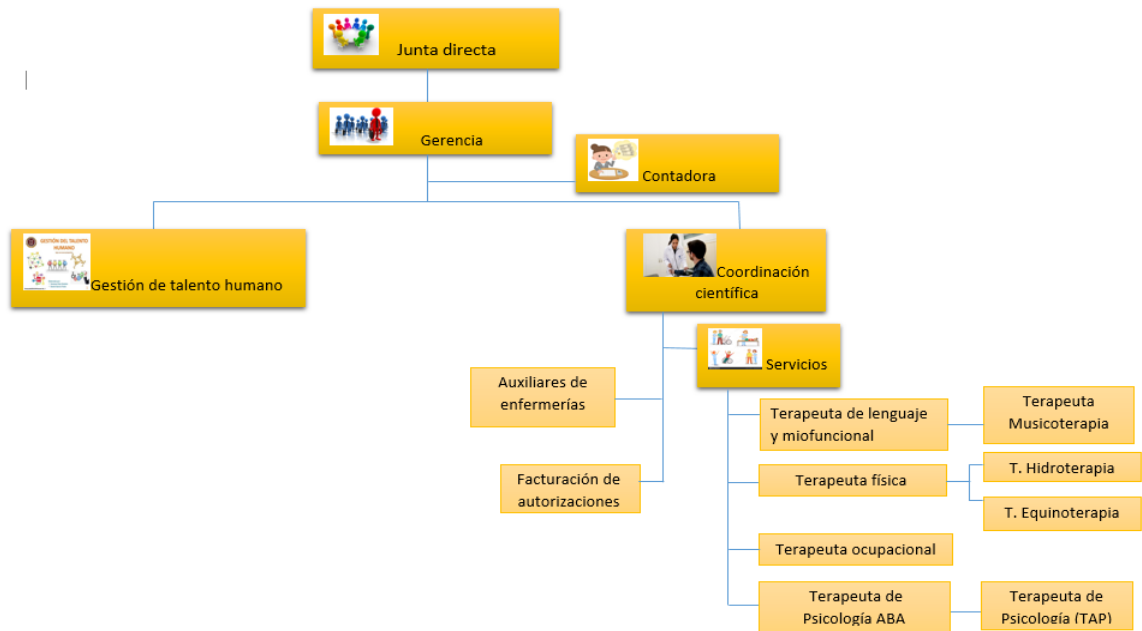
10.1.3 Valores corporativos. La organización contaba con los siguientes valores corporativos que se respetaron y se dejaron como estaban definidos:

- Compromisos: entrega, dedicación, convencimiento, siempre presentes en nuestras acciones, para el cumplimiento de nuestros objetivos;
- Ética: nuestros principios morales nos conducen al buen comportamiento, orientándonos hacia el logro de una armonía individual y social;
- Honradez: Ebenezer IPS actuara aplicando este principio, en sus actividades administrativas y asistenciales, honradez en el uso de recursos, con los usuarios y sus familias y con la institución;
- Excelencia: nos esforzamos permanentemente por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, buscando siempre ser los mejores del mercado en cuanto a recursos humanos, procesos, tecnologías y estructura con enfoque hacia el servicio;
- Respeto: valoramos a las personas como a nosotros mismos, entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás;
- Equidad: buscamos continuamente prestar nuestros servicios de salud, enmarcados dentro de la normatividad vigente reconociendo los derechos, deberes, y necesidades individuales de nuestros usuarios, teniendo en cuenta su participación activa.

10.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Teniendo claro los componentes de la misión, misión y valores corporativos, se crea la necesidad de definir la estructura jerárquica del Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer IPS, estableciéndose las áreas y funciones específicas de sus integrantes. Para ello, se elaboró el organigrama institucional, el cual es definido según Franklin Fincowsky, (1998), como “la representación gráfica de la estructura orgánica de una institución o de una de sus áreas o unidades administrativas, en la que se muestran las relaciones que guardan entre sí los órganos que la componen” (p. 65). En este sentido en la figura 3, se presenta el organigrama de la IPS, el cual fue desarrollado mediante un trabajo participativo.

Figura 3. Estructura Organizacional



Fuente: elaboración propia.

10.3 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

El análisis del contexto organizacional se desarrolló en la entidad durante el periodo de julio de 2018 y agosto 2020, para ello, se realizaron entrevistas no estructuradas (ver anexo B), a los empleados dentro del plantel, lográndose la participación de la coordinadora científica, personal administrativo y terapeutas, que se encontraban laborando en el IPS Ebenezer. Para lograr cumplir con los resultados del SGC, la IPS analizo aquellos factores que afectaban y afectan tanto positiva como negativamente a la institución, por tal razón se tiene en cuenta el contexto interno y externo de la organización.

10.3.1 Análisis del contexto interno y externo. Para la comprensión del contexto de la organización se realizó una mesa de trabajo y entrevistas con el personal de la IPS, haciendo uso de las herramientas de la matriz Dofa y Pestel generando el diagnostico interno y externo. Thompson et al., (2012) establece que el análisis Foda o Dofa estima el hecho que una estrategia tiene que lograr un equilibrio o ajuste entre la capacidad interna de la organización y su situación de carácter externo; es decir, las oportunidades y amenazas. En cuanto el análisis Pestel, es una herramienta de planeación estratégica que sirve para identificar el entorno sobre el cual se diseñará el futuro proyecto empresarial, de una forma ordenada y esquemática, analizando los factores externos políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y jurídicos. En la tabla 8, se muestra el análisis Dofa realizado para conocer partes de las cuestiones internas y externas del contexto de la institución.

Tabla 7. Matriz DOFA

MATRIZ DOFA	FACTORES INTERNOS	
	<p>FORTALEZAS</p> <p>F1. Ofrece servicios de rehabilitación integral cubierta por el pos y no pos.</p> <p>F2. Infraestructura amplia para la atención de los usuarios.</p> <p>F3. Equipos interdisciplinarios para la atención de los usuarios.</p> <p>F4. Ofrece servicios en las dos jornadas de lunes a viernes.</p> <p>F5. Facilidad de transporte a los usuarios.</p> <p>F.6. Portafolio de servicios definido.</p> <p>F.7. Habilidad para competir con precios.</p> <p>F.8. Trabajo en equipo con la comunidad y sus programas de integración.</p>	<p>DEBILIDADES</p> <p>D1. Insuficientes profesionales para la cobertura de pacientes en todas las áreas.</p> <p>D2. Falta de organización en los horarios de los usuarios para la rotación de los servicios</p> <p>D3. Barreras en la accesibilidad en la infraestructura</p> <p>D4. Alto grado de rotación del personal, elemento que impide la continuidad de los procesos en las diferentes áreas</p> <p>D5. Capacitación y actualización a los profesionales en cada área.</p> <p>D.6 No existen planes estratégicos para el cumplimiento de las metas.</p> <p>D.7 aplicación de tecnología de computadores, sistemas y software para la utilización en las actividades de la IPS.</p> <p>D.8. no existe innovación en la empresa.</p> <p>D.10. falta de compromiso de la dirección con el mejoramiento continuo.</p> <p>D.11. No hay acompañamiento y asesoría en las partes interesadas.</p> <p>D.12. Falta de un sistema de gestión de calidad</p>
FACTORES EXTERNOS		
<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Único centro que tienes todos los servicios de rehabilitación integral</p> <p>Cobertura en los servicios de rehabilitación integral para la población infantil y adolescente con discapacidad en el meta y otros departamentos cercanos.</p>	<p>ESTRATEGIA FO</p> <p>F1-O1 Convenios con otras EPS existente en el meta.</p> <p>O2. Aperturas de nuevos servicios terapéuticos.</p>	<p>ESTRATEGIA DO</p> <p>D1. Gestionar convenios institucionales educativos superiores relacionados con las áreas requeridas por la rehabilitación integral.</p> <p>D2. Sistematizar agendas para la atención de los usuarios.</p> <p>D3. Realizar los ajustes necesarios en la infraestructura como facilitador para el acceso de los usuarios a los servicios de rehabilitación.</p>

Tabla 7. (Continuación)

AMENAZAS	ESTRATEGIA FA	ESTRATEGIA DA
<p>A1. Inadecuado proceso de admisión para los profesionales que van a laborar en la institución.</p> <p>A2. Usuarios insatisfechos en la atención del servicio.</p> <p>A3. Falta de compromisos de los padres en la asistencia de sus hijos en el proceso de rehabilitación.</p> <p>A4. Incumplimiento en los acuerdos de los pagos por parte de las EPS.</p> <p>A5. Falta de gestión de los padres para las autorizaciones</p> <p>A6. Dificultad en el acceso a la institución</p> <p>A7. Carencia de insumos y mantenimientos a los equipos.</p> <p>A.8. cumplimiento de requisitos legales y normativos.</p> <p>A.9. Altos costos de equipos</p> <p>A.10. Pérdida de información</p>	<p>A3. Realizar citación de acuerdos con los padres para el cumplimiento de asistencias de los usuarios.</p> <p>A5. Concientizar a los padres en la gestión oportuna para las autorizaciones de los usuarios.</p> <p>A6. Mejorar la ubicación geográfica de la institución.</p> <p>A7. Proveer recursos para mantenimientos y compras de equipos requeridos en los servicios.</p>	<p>D2.-A2 Sistematizar agendas en los servicios para la rotación de los pacientes.</p> <p>D4. Diseñar estrategias de capacitación y reconocimiento del personal.</p> <p>A1. Diseñar estrategias de reclutamiento, selección, contratación e inducción para el mejoramiento de estos procesos en la institución.</p>

Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, con base en el análisis anterior, surgen las siguientes estrategias que fueron discutidas, revisadas y aprobadas por la autoridad de la organización.

- Desarrollar un sistema de gestión de la calidad que pueda prevenir las problemáticas que surgen en la prestación del servicio.
- Fortalecer programas de capacitación a los profesionales del Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer.

- Realizar la sistematización de agendas para mejorar la rotación de los usuarios con el fin de optimizar la calidad del servicio.
- Contratar más profesionales con el fin de mejorar la calidad del servicio.
- Adecuar la infraestructura para cumplimiento de requisitos y necesidades de partes interesadas.
- Implementar desde talento humano el proceso de admisión del personal con su respectiva inducción con el fin de mejorar la comunicación y fortalecimiento de la gestión del talento humano
- Socializar los compromisos que deben tener los padres frente a la rehabilitación de sus hijos.
- Reubicar geográficamente el instituto para mejorar el acceso de los usuarios.
- Fortalecer el nivel de tecnología para el desarrollo de actividades en la IPS.
- Implementar el ciclo de auditorías internas en todos los procesos para la mejora continua del SGC.

A los efectos de reforzar la determinación de los aspectos externos se elaboró un análisis PESTEL que se presenta en la tabla 8. Esta herramienta permitió tener conocimiento del contexto externo de la organización, que puede influir en el SGC y que facilita el trazado de acciones para mejorar la calidad del servicio, en especial brindar una atención de calidad en cumplimiento de las políticas establecidas por entes externos de control.

Tabla 8. Análisis PESTEL

Político	Económico	Social
<p>-El cambio de gobierno afecta a sector salud ya que no se puede controlar como empresa privada el incremento o decrecimiento en las tarifas de los impuestos.</p> <p>- Con el cambio de gobierno y dirigentes se generan políticas que pueden afectar a la organización.</p>	<p>-En este contexto ebenezer debe evaluar los aspectos que afecten al mercado en términos monetarios, ya que la situación económica del país afecta la capacidad de compra en los servicio de sector salud.</p> <p>-La tendencia de inflación que desvíe los recursos de las personas para otro servicios o productos. De igual manera se evaluamos los factores como la tasa de empleo, ciclo económico, PIB, grado de satisfacción de cliente, entre otros factores.</p>	<p>-las tendencia sociales tienen efecto sobre demanda/oferta en los servicios prestados.</p> <p>- la imagen es cada vez más importante en la actualidad, así mismo la percepción de los usuarios de los servicios prestados en el sector salud.</p> <p>- la tendencia en la satisfacción de los usuarios en el sector salud a nivel general y específico.</p>
Tecnológicos	Ecológicos	Legales
<p>-Modernización de los servicios con base en las nuevas tecnologías.</p> <p>-establecimiento de tecnologías impositivas por los actores del sector salud (gobierno, EPS, entidades reguladoras)</p>	<p>- la IPS tiene claro el impacto ambiental, puesto que se cuidan por la clasificación de los residuos y desechos en las diferentes canecas (roja, verde y gris). Así mismo opta por el uso de hojas recicladas.</p> <p>- regulaciones en la disposición de los residuos generados por el desarrollo de las actividades</p>	<p>Al ser una IPS son más las leyes que se deben cumplir en comparación de otras, como las reformas en el sector salud realizadas por el gobierno afectan o aumentan los requisitos a cumplir para el desarrollo de la actividad, así mismo la legislación emitida por el Ministerio de Salud y protección dificulta el desarrollo de las actividades, por otra parte las medidas regulatorias que especifique la capacidad técnica de los profesionales que desarrollan los servicios.</p>

Fuente: elaboración propia

10.4 IDENTIFICACIÓN DE PARTES INTERESADAS

En la tabla 9 se identifica y describe a las partes interesadas del Instituto de Rehabilitación y Habilitación Ebenezer IPS y se analizan sus necesidades y expectativas. Este análisis es relevante tanto para establecer el alcance del SGC como para la planificación del mismo, incluyendo el abordaje de los riesgos y oportunidades y por supuesto para que la institución pueda trazar cuál es la mejor estrategia para manejar a una parte interesada en particular.

Tabla 9. Partesinteresadas

PARTES INTERESADAS	IDENTIFICACIÓN PRECISA	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
SOCIOS	Socios	-Rentabilidad -Crecimiento económico- Reconocimiento en el mercado nacional e internacional	-Expansión a nivel nacional e internacional. -Retribución económica por los resultados obtenidos -alto desempeño organizacional
GERENTE	Gerente	-Rentabilidad y competitividad. -Estabilidad financiera -Riesgos controlados	-Incrementar los ingresos y rentabilidad de la Institución. -Lograr la total satisfacción de ver el trabajo bien hecho. - Generar valor agregado a la empresa -sostenibilidad y cumplimiento de los objetivos
CLIENTES es familia USUARIO es el paciente -Pacientes que cumplen con los criterios de ingresos a la IPS	Clientes	-Atención y rotación rápida. Prestar un servicio oportuno. - Brindar atención individualizada. -Cobertura adecuada- Equipos y dispositivos médicos de acuerdos a sus necesidades.	-Sistematizar agendas para la atención de los usuarios -Dar respuesta oportuna a cualquier requerimiento. -Dar cubrimiento oportuno, en caso de ausencias o retiro del personal asistencial.
PROVEEDORES	-Servicios locativos (infraestructura) -Servicios de transporte de pacientes y profesionales -Proveedor de insumos, equipos, herramientas terapéuticas	- Disponer de tiempo y espacio para realizar los respectivos mantenimientos a la infraestructura. - Cumplir con las cláusulas del contrato. - tener claro los requisitos de cada uno de los servicios y/o elementos adquirir. - pago oportuno	- Oportunidad de ampliar la prestación de sus servicios en diferentes áreas. - tiempo de entrega flexible. -
EMPLEADOS	Personal administrativo. Personal asistencial.	-Salario justo -Horarios adecuados -Pago oportuno -Trabajar cerca a la casa -Estabilidad laboral -Trato digno y respetuoso por parte jefes, compañeros clientes. -Recibir la formación necesaria, u otras actividades que faciliten su desempeño. -Capacitación en los temas relacionados con la prestación de servicio.	-Incentivos. -Desarrollo profesional -Bienestar laboral. -oportunidad de estudiar -Garantizar que las capacitaciones se realicen dentro del horario laboral. -Garantizar una adecuada inducción (Teórica y práctica).
EPS	EPS	-Cobertura a nivel departamental. -Atención a todos sus pacientes -Brindar información clara y real sobre la discapacidad del paciente.	-Satisfacción de sus pacientes -Profesionales competentes y con experiencias -Infraestructura de calidad
Entidades gubernamentales:	Entes de control: Ministerio de salud y protección social, superintendencia de salud, secretaria distrital.	-Respuesta oportuna a las comunicaciones externas. -Cumplimiento de las disposiciones aplicables y vigentes, interpuestas por la entidad	-Respuesta oportuna a cualquier requerimiento

Fuente: elaboración propia

10.5 REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS APLICABLES A LA IPS

En cuanto al contexto interno se muestra la identificación de la normatividad aplicable en la IPS y evidencia de su cumplimiento.

- Ley 1438 de 2011 que establece la reforma del sistema general de seguridad social en salud, que tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud (Congreso de la República de Colombia, 2011)
- Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación (Ministerio de Protección Social, 2006).
- Decreto 1011 de 2006 mediante el cual se determina el establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que aplicarán los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud (Congreso de la República de Colombia, 2006a).
- Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 2002).
- 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 (Congreso de la República de Colombia, 2006b).
- Ley 1122 de 2007 que presenta modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios (Congreso de la República de Colombia, 2007).
- Circular instructiva 045 de 2007 contentiva del Código del buen gobierno y ética, Se trata de normas auto impuestas que más allá del acatamiento de las de carácter jurídico, se establecen por los directos responsables del servicio como mecanismos autorregulatorios de alcance ético y que sirven para orientar el desarrollo de cada organización(Superintendencia Nacional de Salud - Colombia, 2007).

10.6 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

El sistema de gestión de calidad en la IPS Ebenezer, aplica para la prestación de los servicios de rehabilitación y habilitación a la población con discapacidad infantil y servicios de salud en general en la ciudad de Villavicencio-Meta, de tal forma que se cumplan los lineamientos de la NTC ISO 9001: 2015, para cumplir con los requisitos y expectativas de las partes interesadas.

Para el alcance de Ebenezer IPS no aplica el numeral 8.3 de la NTC 9001: 2015 diseño y desarrollo de productos y servicios, debido a que esta es una entidad prestadora de servicio de salud la cual opera bajo normativa y protocolos establecido previamente de manera Reglamentaria.

10.7 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

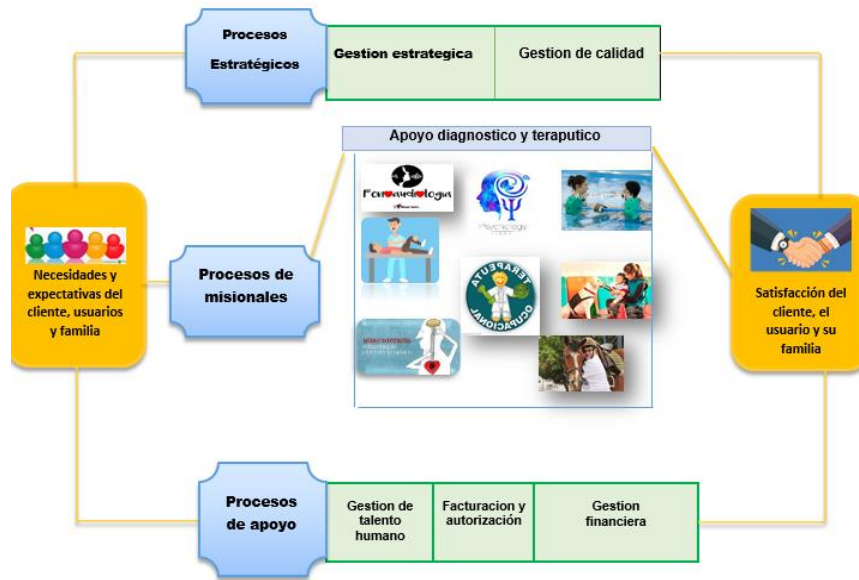
La entidad ha definido los procesos que integran su gestión, los cuales se clasifican en:

- Procesos estratégicos: son todos aquellos procesos que definen la estrategia de la organización, a través del establecimiento de políticas y objetivos, que permiten armonizar los procesos operativos con los de apoyo. En la IPS estos procesos son el direccionamiento estratégico y la gestión de la calidad, tomando el segundo como eje principal del presente proyecto (Ver anexo D)
- Procesos misionales: son aquellos que le permiten a la organización asegurar directamente la prestación del servicio, en el cual el cliente percibirá y valorará la calidad. En Ebenezer estos procesos son: apoyo diagnóstico y terapéutico y sus subprocesos (Ver anexo E).
- Procesos de apoyo: son los que aportan los recursos necesarios para los procesos operativos, estos procesos son: Gestión de talento humano, facturación y autorización y gestión financiera (Ver anexo F).

De acuerdo con los procesos anteriormente explicados, el presente proyecto se enfoca en las caracterizaciones de los procesos de gestión de calidad, el apoyo diagnóstico y terapéutico y la gestión de talento humano. La IPS Ebenezer no contaba con un mapa de procesos donde se identificarán los pasos establecidos en el desarrollo de las actividades programadas, donde se visibilizará de manera orientadora y coherente la secuencia e interacción. Por consiguiente, fue necesario diseñar el mapa de procesos mediante la concertación y ratificación de la

información con cada funcionario responsable de cada proceso. En la figura 4, se presenta el mapa de procesos del instituto Ebenezer el cual se identifican los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

Figura 4. Mapa de Procesos



Fuente: elaboración propia.

10.8 LIDERAZGO

10.8.1 Compromiso y liderazgo. La alta dirección de la IPS Ebenezer cumplirá a cabalidad con la implementación del SGC asumiendo la responsabilidad de la rendición cuentas con respecto al seguimiento, la eficacia y desempeño del mismo; con esto se asegurara el establecimiento de la normatividad y la política de calidad con respecto a los objetivos del sistema de gestión de calidad, por tanto, estos lineamientos estarán completamente alineados con relación al análisis del contexto y la estrategia de la entidad, del mismo modo, esta implementación proporcionara recursos necesarios para su implementación, esto se realizara por canales de comunicación que serán establecidos para compartir información sobre la importancia de este sistema de gestión de calidad, además se realizara un seguimiento con reuniones gerenciales y revisión por la dirección, con esto se permitirá la identificación de distintos riesgos y oportunidades que estarán dentro del plan de acción para la mejora continua.

10.8.2 Política de la calidad. Posterior a la elaboración de la misión y visión propuesta para la IPS Ebenezer, con la participación de la alta dirección, se inició el

desarrollo de la política y los objetivos de la calidad, dando cumplimiento a los numerales 5.2 y 6.2.1 de la NTS ISO 9001: 2015. En este proceso, se analizaron diferentes diseños de política, se tomaron ideas y sugerencias, y se establecieron las siguientes preguntas, ¿Qué es exactamente lo que hacemos?, ¿Qué es lo que espera del futuro de la IPS?, ¿Cuáles son las necesidades de los clientes que podemos cubrir?, que se desarrollaron con los diferentes participantes, con el fin de establecer una propuesta de política de la calidad acorde a la normatividad y orientada a las necesidades de la organización, en las cuales fueron discutidas y aprobadas por la organización, quedando de la siguiente forma.

Tabla 10. Elementos para definir la política

Elementos para definir la política	Descripción
¿Qué exactamente lo que hacemos?	Somos una entidad prestadora de servicios de Rehabilitación y Habilitación en paciente con discapacidad.
¿Qué es lo que espera del futuro de la IPS?	Lo que se espera a llegar es la mejora continua de los diferentes procesos que se brindan en la entidad, así mismo la infraestructura del servicio prestado.
¿Cuáles son las necesidades de los clientes que podemos cubrir?	Las principales necesidades que queremos cubrir como entidad prestadora de la salud es proporcionar la excelencia y la humanización de los servicios de salud.

Fuente: elaboración propia

Las respuestas y análisis de las preguntas establecidas permitieron tomar algunas palabras y frases claves en la unificación de los criterios del diseño de la política de la Institución, descrita en el párrafo anterior, que se relacionan en la tabla 11. El resultado es la siguiente propuesta que fue revisada y aprobada por la alta dirección de la institución:

Política de Calidad. En Ebenezer IPS, estamos comprometidos en prestar servicios de rehabilitación y habilitación cumpliendo los requisitos de nuestros clientes y los legales aplicables, con personal competente, a través de la mejora continua de los procesos y la infraestructura del servicio, buscando la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros clientes y partes interesadas, propendiendo la excelencia y la humanización de los servicios de salud.

10.8.3 Comunicación de la política de calidad. De acuerdo con lo planificado en la matriz de comunicación de la IPS, véase la tabla 13, la política de calidad se encuentra disponible y se divulgara a través de carteleras, procesos de inducción y reinducción, redes sociales y reuniones gerenciales.

La política será revisada y evaluada de manera periódica en las diferentes reuniones de revisión por la dirección, esto se hará con el fin de asegurar el cumplimiento pertinente para el propósito de la IPS.

10.8.4 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización. La estructura organizacional del instituto de rehabilitación y habilitación Ebenezer ips, está encabezada por la gerencia, quien es la encargada de tomar las decisiones de organización, por tal motivo la alta dirección asegurando que se comuniquen las responsabilidades y autoridades, documentó un manual de perfil de cargos, en el cual se identifican los objetivos y los requisitos, los roles, responsabilidades y autoridad, las funciones básicas, competencias y la rendición de cuentas requeridas por cada cargo (ver anexo g, ejemplo de formato de descripción de perfil, roles, responsabilidades).

10.9 PLANIFICACIÓN

10.9.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Para dar cumplimiento a lo establecido en la norma en el numeral 6.1, acciones para abordar los riesgos y oportunidades, se diseñó la matriz de gestión de riesgos y oportunidades presentada en el (Anexo H, Matriz de Riesgos y Oportunidades) incluyendo las tablas explicativas para la clasificación de los riesgos. Por lo tanto, se realizó un proceso de verificación de los posibles riesgos operativos, con el fin de analizar la importancia de prevenir aquellas situaciones que son latentes y pueden perjudicar de forma directa el desarrollo de los diferentes procesos dentro de la entidad.

10.9.2 Objetivos de la calidad y planificación para abordarlos. Con base en la política de calidad se procedió a identificar la intención de esta, determinando los objetivos de la calidad que se muestran en la tabla 12, así mismo se identificaron los indicadores, tipo de indicador, meta, frecuencia de medición, fuente de la información y responsable de medición.

Tabla 11. Objetivos e indicadores de calidad

Objetivos de Calidad	Nombre del indicador	Indicador	Tipo de Indicador	Meta	Frecuencia de Medición	Fuente de información	Responsable
Desarrollar acciones de mejora de los procesos y de la infraestructura del servicio	Mejoramiento	(Número de mejoras implementadas/ total de mejoras planificadas) *100	Eficacia	70%	Semestral	Resultado de la revisión por la dirección	Gerente
Asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes y los legales aplicables	Cumplimiento de requisitos legales	(Número de requisitos legales cumplidos/ total de requisitos legales Aplicados) *100	Eficacia	100%	Trimestral	Análisis de cumplimiento	Gerente
	Orden de servicios conformes	(PQR gestionado satisfactoriamente/ total PQR recibido)*100				Seguimiento de PQR	
Fortalecer la competencia del personal	Capacitaciones	(Número de capacitaciones realizadas/número de capacitaciones programadas) *100	Eficacia	80%	Trimestral	Análisis del cumplimiento	Talento Humano
Garantizar la satisfacción de los clientes y otras partes interesadas	Satisfacción de los usuarios y partes interesadas	Número de reclamos atendidas/ Número de quejas y reclamos recibidos) *100	Efectividad	70%	Mensual	Informe de satisfacción del cliente	Coordinadora Científica
Propender por la excelencia y la humanización de los servicios de salud.	Excelencia y humanización del servicio	Número de acciones implementadas del programa/ total de acciones implementadas*100	Efectividad	80%	Semestral	Evaluación de la calidad en los servicios	Coordinadora Científica

Fuente: elaboración propia.

10.9.3 Gestión del cambio. A los efectos de planificar los cambios en el SGC de la IPS de manera planificada, se ha elaborado y aprobado el procedimiento de gestión del cambio y un formato para el registro de los cambios (Ver anexo I, Procedimiento de Gestión del Cambio).

De igual manera se realizó un formato de gestión del cambio GC-FR-23 que hace parte del procedimiento de gestión del cambio, el cual busca facilitar el proceso, identificando el elemento afectado, descripción del cambio, justificación del cambio, implementación del cambio con sus respectivas actividades y responsables, la aprobación del cambio y el seguimiento del cambio, contribuyendo de esta manera a la mejora continua del sistema de gestión de calidad.

10.10 APOYO

10.10.1 Recursos. En relación a los recursos, Ebenezer ips ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora continua que se describen a continuación:

- Personas: provee el personal idóneo para el desarrollo de los procesos de acuerdo a los roles, responsabilidades y autoridades: alta dirección, responsable del SGC, líderes de procesos (Ver anexo K, Procedimiento de Talento Humano).
- Infraestructura: cuenta con una infraestructura adecuada, sin embargo requiere ajustes necesarios para facilitar el acceso de los usuarios, además cuenta con equipos para la prestación de sus servicios, equipos terapéuticos y herramientas para las labores de mantenimiento de las instalaciones, equipos de cómputo, servicios y logística para lograr los objetivos propuestos, los cuales se encuentran incluidos en el inventario y de manera periódica se someten a verificación, de acuerdo con el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de la IPS.
- Ambiente para la operación de los procesos: es conveniente tener un ambiente tranquilo y sin conflictos. Para lograr un buen clima laboral en la IPS que contribuya a garantizar la eficacia de los procesos de la empresa, mediante el cumplimiento de los requisitos legales, se ha conformado un comité de convivencia que se encarga de velar por un ambiente tranquilo y libre de conflicto, así mismo canales de comunicación adecuados, cabe resaltar, que se tiene que tener en cuenta los diferentes factores que involucran los aspectos sociales, psicológicos y físico, es por eso que la IPS Ebenezer proporciona servicios de calidad ofreciendo un buen espacio físico y adecuado con respecto a la higiene, ruido, circulación del aire e iluminación, con este proceso se

obtendrá como resultado un buen desarrollo de los diferentes procesos establecidos dentro de la operación y el cumplimiento de los requisitos definidos por la Secretaria de Salud.

- Recursos de seguimiento y medición. La IPS Ebenezer identifica y determina diferentes recursos adecuados para asegurar un seguimiento válido y confiable de los resultados que servirán de apoyo para la verificación de la conformidad del servicio ofrecido frente a los requisitos establecidos; de igual manera, se proporcionarán recursos que ayuden a la calibración de los equipos utilizados durante la prestación del servicio, llevando de la mano el cronograma ya establecido para el logro de los objetivos referente a los resultados esperados, así mismo, el cumplimiento de las visitas de habilitación por parte de los entes de control que darán la verificación del proceso, cabe resaltar, que se conserva la información documentada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son eficientes al propósito planteado, así mismo se tiene un formato de inventarios de los equipos y un formato para la trazabilidad de las mediciones (Ver anexo J).

- Conocimiento: Para lograr la efectividad y conformidad de los servicios ofrecidos, la IPS Ebenezer determina los conocimientos necesarios que ayudarán a la operación de sus procesos, a través de la planificación del SGC, los perfiles de cargo y demás herramientas que permitan identificar el capital intelectual de la organización, esto se proporciona a través de la gestión del talento humano, la capacitación, formación y evaluación del desempeño, por otra parte se mantiene a través de la revisión y mejora continua del sistema de gestión y de los resultados alcanzados, así mismo se mantiene en la medida que se fortalece el desempeño de la organización y las personas, por lo tanto, de manera periódica se realizará la evaluación de los mismos con el área de talento humano y se dispondrá de los recursos necesarios acorde con el programa de capacitación ya establecido, con la finalidad que permitan alcanzar los objetivos propuestos, donde se potencializaran las competencias del personal de la organización, cabe destacar, que esta información quedará documentada en los protocolos de cada uno de los servicios que presta la IPS.

10.10.2 Competencia. Para la determinación de las competencias necesarias de los colaboradores cuyas funciones afecten al cumplimiento de los requisitos del SGC, se estableció un formato de descripción de perfil de cargos, en el cual se identifica el nivel de educación, formación y experiencia requerida para cada cargo (Ver anexo G, Ejemplo de Formato de descripción de perfiles, roles y responsabilidades). Así mismo para asegurar la competencia del personal, la IPS estableció que el eje de talento humano es el responsable de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos y tomar acciones con los líderes de cada

proceso para lograr el resultado esperado (Ver Anexo K, Procedimiento de Talento Humano).

10.10.3 Toma de conciencia. La entidad debe tomar la iniciativa de transmitir que funciones deben realizar los empleados para que se cumpla a cabalidad el sistema de gestión de calidad, de acuerdo con la NTC ISO 9001: 2015. Con el fin de asegurar la toma de conciencia se determinó un programa de inducción y reinducción que busca transmitir al personal la importancia del cumplimiento de los objetivos y política de calidad, Además de motivar al personal a la implementación del SGC y al cumplimiento de sus responsabilidades de manera eficiente y eficaz. (Ver anexo L Programa de inducción y Re inducción).

10.10.4 Comunicación. En la tabla 12, se presenta la matriz de comunicaciones como herramienta que permite mejorar los procesos de la organización, en el intercambio de información de manera eficaz y precisa, donde los empleados podrán identificar claramente los objetivos y los valores que promueve la organización, generando mayor fidelidad, sentido de pertenencia y cultura de apropiación, evitando ambigüedades, que debiliten los procesos comunicativos internos y externos. El proceso de intercambio de información se integra en la IPS Ebenezer, mediante el Sistema de Gestión de Calidad, donde se especifica, cuando comunicar, a quien comunicar, como comunicar, tipo de comunicación y el responsable, como se evidencia en la siguiente:

Tabla 11.Matriz de comunicación

¿QUE SE COMUNICA?	VIA DE COMUNICACION	¿QUIEN LO COMUNICA?	¿CUANDO SE COMUNICA?	TIPO DE COMUNICACION		¿A QUIEN SE COMUNICA?
				INT	EXT	
Plataforma estratégica (misión, visión, principios corporativos, política de calidad y objetivos de calidad).	Reunión, Folletos, redes sociales y Correo electrónico	Jefes Inmediatos de Área de Recursos Humanos	Cuando ingrese personal nuevo y cambios significativos	X	X	Partes interesadas
Documentación del sistema de gestión de calidad (procedimientos, manuales, y formatos)	Reuniones, medios electrónicos, carteleras	Líder de calidad	Inducciones, reuniones y cambios significativos	X		Colaboradores relacionados con cada proceso

Tabla 11.(Continuación)

¿QUE SE COMUNICA?	VIA DE COMUNICACION	¿QUIEN LO COMUNICA?	¿CUANDO SE COMUNICA?	TIPO DE COMUNICACION		¿A QUIEN SE COMUNICA?
				INT	EXT	
Requisitos legales y otros	Reunión e Informe	Ata dirección	Cuando salga otros requisitos legales nuevos, o se modifiquen uno ya existente.	X	X	Partes interesadas y toda la organización
Mapa de proceso Caracterizaciones de procesos Organigrama	Publicaciones de carteles y medios electrónicos	Líder de procesos y coordinador de calidad	Inducción y cambios significativos	X		Toda la organización
Programa de auditorías Cambios en el SGC	Reuniones, carteleros y correo electrónico. Correo electrónico, Informe	Alta dirección y Coordinador de calidad Alta dirección y Coordinador de calidad	Semestral Cada vez que se genere un cambio	X X		Procesos involucrados Todo el personal
Cambios en el SGC	Correo electrónico, Informe	Alta dirección y Coordinador de calidad	Cada vez que se genere un cambio	X		Todo el personal
Acciones correctivas y preventivas	comunicación escrita y medios electrónicos	Alta dirección y líderes del proceso	Plazo máximo de haber sido comunicada	X		Procesos involucrados

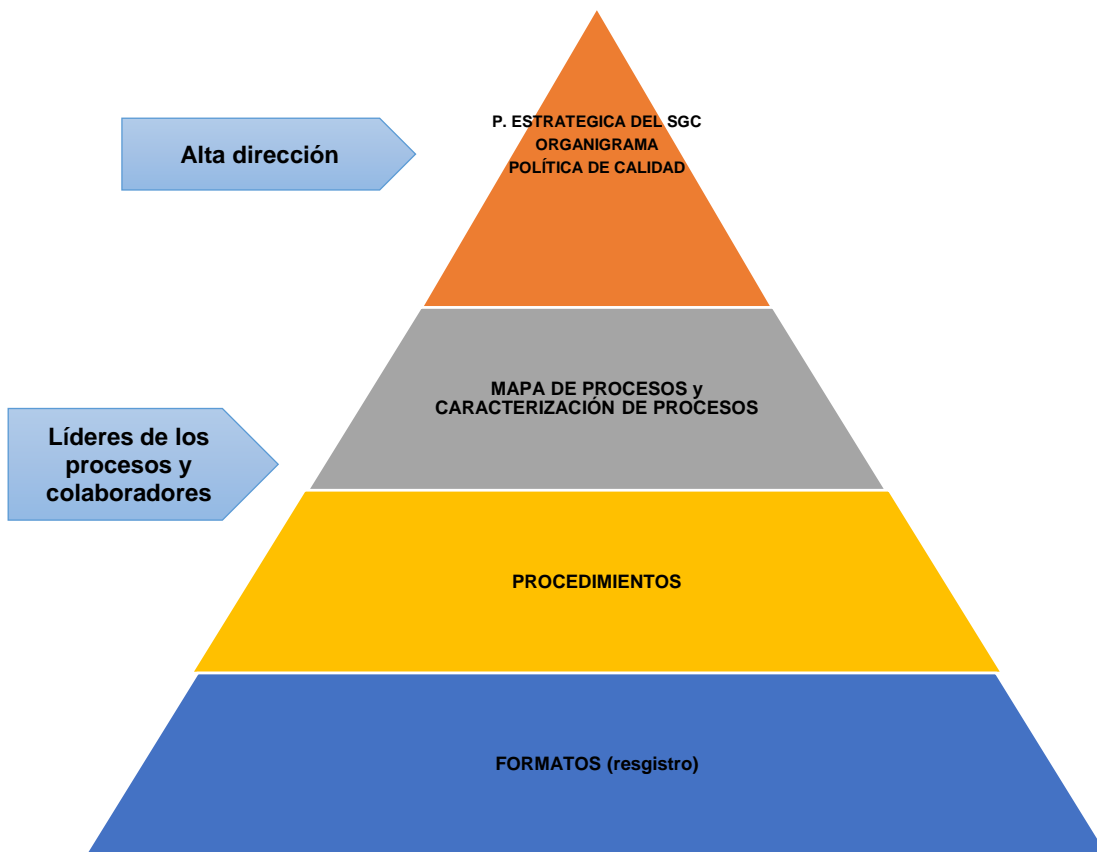
Fuente: elaboración propia

10.10.5 Información documentada. De acuerdo con la NTC ISO 9001:2015 y su numeral 7.5 la IPS debe asegurar que se controle la información documentada en donde esté disponible cuando sea necesario, para lo cual, se establecieron unos lineamientos que se describen en el procedimiento para el control de la información documentada con sus respectivos formatos de solicitud documental y listado

maestro de información documentada (Ver anexo M, Procedimiento de información documentada).

En cuanto a la elaboración y control de los documentos, la IPS lleva la trazabilidad de los mismos, a medida que los procesos se modifiquen, actualicen o se crean unos nuevos, bajo la estructura de la pirámide documental presentada en la figura 5.

Figura 5. Pirámide Documental



Fuente: elaboración propia

10.11 OPERACIÓN

10.11.1 Planificación y control operacional. En el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer, para realizar el cumplimiento del numeral 8 de la NTC ISO 90001: 2015, se procede a la planificación de los procesos operacionales determinando los requisitos establecidos, así mismo los recursos necesarios para garantizar los resultados antes previstos y la conformidad del servicio prestado, del mismo modo se determina, mantiene y conserva la información documentada necesaria para tener confianza que el proceso se lleva a cabo según lo planificado y demostrar la conformidad del servicio con sus requisitos (Ver anexos D,E,F. Caracterizaciones de procesos).

Por consiguiente, la IPS Ebenezer cuenta con los procedimientos, protocolos, y formatos, donde se especifican los recursos y las actividades a desarrollar en cada área de servicio terapéutico ofrecido, buscando la satisfacción de sus clientes y la conformidad de los servicios, ver Anexo W carpeta de documentos de ebenezer.

10.11.2 Requisitos para los productos y servicios.

10.11.2.1 Comunicación con el cliente. Para la IPS es importante la comunicación con el cliente, porque de esto dependerá el ofrecimiento de servicios, teniendo en cuenta requerimientos y la satisfacción de las necesidades de los usuarios con respecto a sus expectativas que serán plasmadas en un consentimiento informado e historias clínicas (Ver anexo w carpetas de documentos Ebenezer). Una vez se ha prestado la asesoría pertinente del servicio, se han dado a conocer todos los medios de comunicación existente, donde el usuario determinara según los servicios prestados si estos cumplen con sus necesidades.

10.11.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios. La IPS Ebenezer tiene establecido un portafolio de servicios por cada área (Neurodesarrollo, psicología, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia asistida con perro, hidroterapia y musicoterapia). Cabe resaltar que la IPS tiene establecido diferentes protocolos en los que se determinaran paso a paso el cumplimiento de cada servicio prestado (Ver anexo N, Portafolio de servicios).

10.11.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios. Ebenezer se compromete a cumplir los requisitos de los diferentes servicios ofrecidos a través de la actualización del portafolio de servicios, así mismo del cumplimiento de los protocolos establecidos previamente por la entidad, donde se incluyen la verificación de los insumos que son requeridos para cada proceso terapéutico, cabe resaltar que se toma en consideración los requisitos especificados por el usuario, incluyéndose todo esto en el consentimiento informado e historia clínica, del mismo modo se cumplen los requisitos establecidos en la normatividad, demostrando la conformidad de los servicios con sus requisitos.

10.11.2.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Ebenezer definió el procedimiento en el que se establecen los criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento, y la reevaluación de los proveedores externos que suministran productos y servicios, en este procedimiento se determina una escala de calificación de desempeño, para evaluar si el proveedor es bueno, excelente, aceptable o deficiente de acuerdo con los criterios establecidos (Ver anexo O. Procedimiento de proveedores)

10.11.3 Producción y provisión del servicio

10.11.3.1 Control de la producción y de la provisión de servicios. En Ebenezer para llevar un seguimiento de los lineamientos para la prestación de servicios, se identifican diferentes requisitos para velar el cumplimiento de la normatividad por la IPS, recursos (insumos, profesional competente, infraestructura, entorno adecuado) y actividades necesarias para evitar salidas no conformes (procedimientos, protocolos y formatos). Implementando controles en cada procedimiento que permita, velar por el cumplimiento de los resultados esperados por la organización (Ver anexo P Procedimiento de Salidas No Conformes).

10.11.3.2 Identificación y trazabilidad. Para asegurar la conformidad del servicio prestado la entidad cuenta con los formatos de historia clínica, consentimiento informado y un formato de seguimiento de servicio de atención del usuario, en este se registran diferentes actividades que se realizan durante todo el proceso de cada sesión con cada paciente. Toda esta información se encuentra en la carpeta de documentos de SGC de la IPS Ebenezer (Ver anexo W. Carpeta de documentos).

10.11.3.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos. En la IPS Ebenezer todos los equipos y herramientas que son utilizados durante cada proceso terapéutico por cada profesional son propia de esta entidad, cabe destacar, que todas estas herramientas son de gran utilidad y tienen un manejo adecuado por parte de los profesionales vinculados a la entidad.

10.11.3.4 Preservación. Actualmente con el fin de dar aseguramiento de la preservación de la información de los usuarios (historias clínicas), según la resolución número 1995 de 1999, esta se hace de manera física y por correo electrónicos, así mismo esta se conserva en un lugar seguro hasta la finalización del mismo, garantizando su confiabilidad, cuando el profesional requiera una historia clínica debe devolverla al archivo el mismo día, esta no debe salir de la IPS.

10.11.3.5 Actividades posteriores a la entrega. Con el fin de hacer seguimiento a la satisfacción de los usuarios, Ebenezer tiene establecido diferentes canales de comunicación que permiten la retroalimentación de los clientes posterior a la prestación del servicio brindado, así mismo, se incluyen encuestas de satisfacción con respecto al servicio prestado y formato de PQRSF (Ver anexo Q. Instrumento de medición percepción de clientes). Por otra parte, el comité de SIAU (Sistema de información y atención al usuario) con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a los usuarios en esta IPS, desarrolla un servicio basado en el ciclo PHVA:

- Planear: Organizar documentos y folletos con la información detallada para comunicar a todos los usuarios de los servicios de salud: que es la IPS Ebenezer, cual es el portafolio de los servicios y horarios, espacios de comunicación, requisitos para recibir el servicio, costos, derechos y deberes de los usuarios, eventos adversos y buzón de sugerencias;
- Hacer: asignación de horarios, enrutar a los usuarios hacia los servicios, resolver inquietudes y dificultades que se presentan dentro de la organización al momento de prestar el servicio;
- Verificar: hacer la comprobación que el usuario tiene su horario, que ha podido facturar, que su servicio fue bien recibido con el objetivo de lograr la satisfacción.

Este proceso se realiza en caso de insatisfacciones o falencias dentro del servicio prestado, con el fin de intervenir los problemas y dificultades que se presentan en los servicios prestados

10.11.3.6 Control de los cambios. De acuerdo con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2015, es necesario diseñar y planificar previamente los diferentes cambios que se realizaran dentro de la IPS Ebenezer, por tanto, se estructuró un procedimiento que permite en su totalidad identificar consecuencias de los cambios propuestos e implementados previamente. Del mismo modo, velar por la integridad del sistema de gestión, la disponibilidad de recursos y la asignación y reasignación de responsabilidades y autoridades. (Ver anexo I. Procedimiento Gestión del Cambio). Cabe resaltar, que cuando se implementan cambios imprevistos al instante de la prestación de los servicios que no se encuentren registrados en los protocolos de atención, se deja el registro en el formato de seguimiento del servicio prestado (Ver anexo w, carpetas de documentos), en este se detalla claramente la descripción de los cambios por parte de la persona autorizada para implementar los cambios dentro la entidad.

10.11.4 Liberación de los productos y servicios. Teniendo en cuenta que los servicios ofrecidos en Ebenezer se realizan de acuerdo a la patología o diagnóstico presentado por el paciente y siguiendo la sintomatología de este, esto es llevado a cabo por medio de una historia clínica donde se denota la salud del paciente, se toma en consideración protocolos estructurados para la atención de cada usuario, así mismo, se deja un seguimiento del servicio recibido (GC-FR-27 Seguimiento de servicio prestado), donde se realiza la validación de su conformidad con el servicio prestado, todo este proceso es documentado por cada profesional de las diferentes áreas que conforman los servicios que presta la IPS.

10.11.5 Control de las salidas no conformes. Con el fin de establecer diferentes actividades para identificar las salidas no conformes, así mismo, para prevenir su uso y entrega no intencionada por partes no autorizadas, además, para dar tratamiento oportuno de mejoras, evaluadas e identificadas previamente por la IPS, la entidad estableció un procedimiento de control de salidas no conformes, (Ver Anexo P. Procedimiento de Salidas no Conforme).

10.12 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

10.12.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. Las actividades realizadas como parte de un proceso en Ebenezer están sometida a medición y seguimiento de tal forma que se pueda ver el desempeño y mantener controlado dicho proceso para brindar una buena prestación del servicio, para esto, se estructuraron las fichas de indicadores de cada objetivo de calidad, incluyendo la frecuencia de medición y análisis respectivo de los resultados que permitan la identificación de la necesidad de implementar un plan de acción para la mejora continua del SGC (Ver tabla 13).

El establecimiento de un SGC bajo la Norma ISO 9001:2015 tiene como uno de sus principales objetivos que las organizaciones puedan tener un mayor incremento en la satisfacción de sus clientes. A los fines de medir y evaluar esta satisfacción, incluye en su numeral 9.1.2 que la organización debe realizar una evaluación y seguimiento con respecto a las percepciones de los clientes, del mismo modo, debe identificar los métodos para obtener información pertinente a la satisfacción de la necesidad de cada usuario, realizar seguimiento y revisar la información. Para este logro la IPS Ebenezer actualizo el instrumento de medición para hacer seguimiento a la satisfacción de sus necesidades y expectativas (Ver anexo Q. Instrumento de percepción del cliente).

10.12.2 Análisis y evaluación. Ebenezer realiza un análisis y evaluación en las reuniones gerenciales donde exponen la información de los resultados del cumplimiento de los objetivos y las metas planteadas en la entidad, así mismo, se evalúan los resultados de las encuestas de percepción del usuario, los PQRSF ya realizadas, la eficacia de la toma de decisiones llevada a cabo para solucionar riesgos y oportunidades, con el objetivo de determinar las oportunidades de mejora en la prestación del servicio.

10.12.3 Auditoría interna. Para dar cumplimiento de la NTC ISO 9001:2015, la entidad determina la realización de auditorías internas anualmente, esto se realiza con el objetivo de verificar la conformidad con respecto al cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad y evaluar la efectividad de la implementación de cada proceso, desempeño y veracidad de este, con el fin que permitan el análisis del SGC (Ver anexo R. Procedimiento de auditorías).

10.12.4 Programa de auditoría. La Norma ISO 9001:2015 expone en su numeral 9.2.2, que la organización debe realizar planificaciones e implementar

diferentes programas de auditoría, por lo cual, en la mesa de trabajo con cada líder de los diferentes procesos, se logra estructurar el programa de auditorías eficientes en el que se especificaran los objetivos, alcance, criterios, riesgos y oportunidades del mismo procedimiento, así mismo, la relación de procesos con respecto al objeto de auditoría, auditados, tiempo de auditoría y recursos requeridos para su cumplimiento. Los informes de las distintas auditorías que se realicen serán revisados por la alta dirección (Ver anexo R. Procedimiento de auditoría).

10.12.5 Plan de auditoría. De acuerdo con la GTC ISO 19011 en su numeral 6.3.2.1, establece que se debe realizar una preparación con respecto al plan de auditoría basado en información contenida en el programa de auditoría y en la información proporcionada por el auditado, en el plan de acción se especifican los objetivos, el alcance, los criterios, la ubicación, los procedimientos, los métodos, la asignación de recurso y por último, las funciones y responsabilidades de cada profesional (Ver anexo R. Procedimiento de auditoría interna)

10.12.6 Revisión por la dirección. La dirección del Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Ebenezer, será la encargada de revisar el sistema de gestión de calidad, para asegurar que su efectividad e idoneidad se mantiene tal como es, por lo cual esta revisión contiene la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de realizar el cambio al SGC, o algún caso extraordinario de ser necesario en la política y objetivos de calidad, en cuanto a las entradas de la revisión por la dirección el encargado del SGC, será el responsable de asegurar que la información documentada referente al SGC, este actualizada y disponible para cuando se realice la revisión, con el fin de que la situación actual sirva como punto de partida para la toma de acciones de mejora. (Ver anexo S. Procedimiento Revisión por la Dirección).

10.13 MEJORA

Con respecto al resultado del seguimiento de la retroalimentación de los usuarios y partes interesadas, IPS Ebenezer diseña un plan de acción necesario para ayudar a la búsqueda del cumplimiento de los diferentes requisitos con relación a las expectativas de los clientes entorno a la prestación del servicio y la mejora continua del SGC (Ver anexo T Procedimiento de Mejora Continua).

10.13.1 No conformidad y acción correctiva. Con el objetivo de tomar acciones frente a la detección de no conformidades, la IPS Ebenezer establece un formato de registro de acciones preventiva, correctiva y/o de mejora (GC-FR-17) que hace parte del procedimiento de mejora continua, en este se registra la acción y gestión realizada, exponiendo detalladamente la fuente y descripción paulatinamente de los hallazgos encontrados, procedimientos, responsables de gestionar la acción, identificación de las causas, el plan de acción y la formulación de acciones eficaces para evitar impactos negativos frente a los resultados esperados, la prestación de servicios, el SGC y la satisfacción de los usuarios frente a las expectativas en torno al servicio brindado.

11.AUDITORIA

Con el fin de evaluar el grado de conformidad del sistema de gestión de la calidad en el Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil Ebenezer, se llevó a cabo la primera auditoría interna sobre el desempeño de los procesos en cuanto al sistema de gestión de la calidad, ejecutándose el procedimiento de auditorías internas con base en lo establecido en la NTC ISO 9001:2015.

Esta primera auditoria fue planificada con el fin de realizar una evaluación del sistema para verificar los resultados de la implementación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015 y tener la certeza del cumplimiento de sus requisitos. Para ello se siguió el plan de auditoria donde se establecieron las actividades a desarrollar comenzando con la reunión de apertura donde se dio a conocer el objetivo de la auditoría, el alcance, la verificación y validación del sistema de gestión de calidad en todos los procesos del Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil Ebenezer. Ver anexo R programa y plan de auditorias

De igual manera se socializaron los criterios de auditoría y la metodología que se utilizó para la realización de esta, se tomó como referencia la norma ISO 9001: 2015 y la GTC ISO 19011: 2018, ya que esta última define las directrices para la auditoria del sistema de gestión. Por otra parte, se realizó la verificación de los criterios de cumplimiento establecidos por la norma del sistema de gestión mediante los documentos, planes de acción, programas y registro del sistema de gestión de calidad bajo el procedimiento de control de información documentada.

Seguidamente en la reunión de cierre se notificaron los hallazgos, los aspectos positivos y negativos y recomendaciones mediante la entrevista de manera remota, así mismo se determinaron las acciones correctivas para cerrar las observaciones y las no conformidades encontradas.

Para finalizar, se socializo el informe de auditoría correspondiente con la información de la IPS Ebenezer, los documentos, aspectos relevantes, programas y la metodología que se utilizó para la realización de la auditoria (Ver anexo U. Informe auditoria).

12. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Una vez socializado el informe de auditoría interna con base a los criterios de la NTC ISO 9001:2015, se procedió a realizar la revisión por la dirección, considerando este informe de auditoría como una entrada a este proceso de revisión. En este informe se destacaron los aspectos positivos identificados en cada proceso, así como las acciones correctivas y mejora, riesgo y oportunidades de mejora.

Este proceso tuvo como finalidad revisar el SGC a los fines de asegurar que el mismo sea conveniente, adecuado, eficiente y este alineado a la dirección estratégica de la IPS Ebenezer, considerando como entradas al proceso de revisión, los resultados del sistema de gestión y el informe de auditoría, con el propósito de identificar oportunidades de mejora y fortalecer los procesos de inducción y capacitación con el fin de interiorizar la política y objetivo de calidad, retroalimentación del clientes, desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios, seguimiento de No conformidades y acciones correctivas, resultados de seguimiento y medición, resultados de auditorías, evaluación de desempeño de proveedores, seguimiento de ejecución presupuestal, seguimiento de acciones de riesgo y oportunidades del SGC, y oportunidades de mejora.

También resulta relevante indicar que durante las actividades de consultoría se realizó capacitación a la alta dirección para el manejo del procedimiento revisión por la dirección, el cual tiene como objetivo establecer criterios para la revisión del SGC de la IPS Ebenezer actividad mediante la cual la Alta dirección, debe asegurar la convivencia, adecuación y la eficiencia del SGC y definir los cambios oportunos para prevenir y corregir desviaciones y mejorar los resultados alcanzados, tal como lo establece el numeral 9.31 de la NTC ISO 9001: 2015.

Así mismo se realizó un formato de “Acta de revisión por la dirección”, en el cual se incluyen los temas a tratar como las entradas de la revisión por la dirección establecida en el numeral 9.3.2 de la NTC ISO 9001: 2015 con el fin de realizar un análisis para la toma de decisiones en pro de la mejora continua. (Ver anexo S, Procedimiento de revisión por la dirección).

13. CIERRE DE LA CONSULTORÍA

Se realizó reunión con la alta dirección para el cierre de la consultoría (Ver anexo V. ACTA N.0015) con el fin de formalizar la entrega de los compromisos acordados al inicio de este proceso a los fines de implementar el sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2015. A continuación, se describen los puntos más relevantes de esta reunión de cierre (ACTA N.0012):

Con relación con el informe de auditoría se destacó la importancia de establecer planes de acciones que permitan mediante la implementación del ciclo de mejora continua hacer una retroalimentación de manera constante de todos los procesos de la IPS Ebenezer, el cual está enfocado en la satisfacción del cliente ya que ellos son la razón de la IPS.

Se relacionó el análisis del contexto de la IPS donde se logró determinar las cuestiones internas y externas que generan un impacto en la organización.

Del mismo modo, se determinaron las fortalezas y debilidades competitivas en la IPS en relación a la prestación del servicio prestado.

Por otra parte, se potencializaron las competencias y habilidades de los trabajadores relacionadas con el SGC y la metodología utilizada para que estimulen la participación de todos.

Se logró ejecutar el compromiso por parte de alta dirección que debe ser constante frente al sistema de gestión de calidad con el fin de garantizar su eficacia frente a las situaciones cambiante del sector salud.

Por último, se socializaron las oportunidades de mejora identificadas en los procesos de consultoría, así mismo se dieron recomendaciones que permitan seguir con la implementación del sistema de gestión de calidad, para así dar cumplimiento a los requisitos de los usuarios y partes interesadas, e incrementar la fidelización de los usuarios y lograr la sostenibilidad de la IPS.

14. CONCLUSIONES

- La implementación del sistema de gestión de calidad permite a la IPS la creación de una estructura organizacional ajustada, estructurada y enfocada en garantizar el cumplimiento de las directrices estipuladas por la entidad mediante la ejecución de los niveles de atención que planteados en la institución; no solo se mejoró la estructura organizacional, sino también los procesos, con el propósito de alcanzar resultados positivos en cuanto a los servicios prestados dentro de la entidad.
- El equipo consultor consideró de manera oportuna la participación general del personal profesional de la IPS para la obtención de resultados positivos en el mejoramiento de los servicios, apoyando a las directrices estipuladas en la construcción del sistema de gestión de la calidad, en este sentido, en equipo se logra mejorar el desempeño de la organización mediante la optimización de las capacidades tecnológicas y profesionales de la misma.
- Se efectuó un plan de acción para la implementación del sistema de gestión de la calidad, con el propósito de desempeñar acciones de mejora para el proceso de infraestructura de los servicios, así mismo, prestar servicios eficientes de rehabilitación y habilitación siendo el objeto de la entidad, contar con personal capacitado, lo cual permite cumplir con los objetivos propuestos en esta consultoría.
- Se estableció en conjunto a la gerencia, la misión, visión, políticas y procesos del sistema de gestión de la calidad, basado en directrices para la correcta ejecución y operación de las estrategias implementadas en el proyecto para beneficio de la IPS Ebenezer, orientada a la satisfacción del cliente y a la mejora continua.
- El desarrollo de la consultoría en la IPS Ebenezer permite tener un enfoque detallado de cada uno de los procesos definidos en este proyecto; estos son, los procesos estratégicos para el logro de objetivos, los procesos misionales para la prestación del servicio al cliente, y, por último, los procesos de apoyo definidos como aquellos recursos que permite la estabilización administrativa y financiera de la institución. De este modo, se lleva a cabo un seguimiento con mayor precisión y control para la ejecución del Sistema de gestión de la Calidad ISO 9001:2015.

- Se logró una buena intervención de la alta dirección para la implementación del sistema de gestión de calidad, en el cual fue de gran apoyo para la transición y generación de una nueva cultura organizacional a condición de brindar un servicio de calidad eficiente.

15.RECOMENDACIONES

Se recomienda a la IPS cultivar la motivación del personal mediante estrategias incentivas para fomentar el deseo adquisitivo de conocimientos en las distintas áreas profesionales que ofrece la entidad, para así garantizar la sostenibilidad del sistema de gestión de la calidad.

Se recomienda realizar auditorías internas de manera periódica, para identificar de manera oportuna posibles fallas o modificaciones necesarias, así mismo identificar las mejoras y fortalezas del SGC (Sistema de Gestión de la Calidad).

Por otra parte, se recomienda la verificación constante del sistema de gestión de la calidad, para así proceder con las acciones necesarias, pertinentes y solicitadas por la demanda de servicios, posteriormente poner en marcha el seguimiento riguroso de los factores que podrían generar riesgos para la entidad.

Además, el compromiso por parte de la alta dirección debe ser persistente e inclusivo frente al sistema de gestión de la calidad con la finalidad de garantizar su eficacia ante las dificultades que enfrenta el sector salud.

Así mismo, se recomienda mantener una constante actualización en cuanto a los procesos estratégicos para el logro de objetivos, asimismo, retroalimentar y documentar las modificaciones generadas a lo largo del seguimiento de los planes de la calidad.

Por otra parte, es necesario realizar de manera periódica cambios en la normatividad de la entidad, concretamente en aquellas que afectan las condiciones del contexto institucional e impide la ejecución de los procesos organizacionales, de este modo, se establecerán planes para el cumplimiento de requisitos normativos acertados.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Ospina, N., & Gómez Murillo, E. (2015). *Documentación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en la norma NTC 9001: 2008 en la fundación Yolanda Turizo, Medellín 2014* [Tesis de Especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/2454>
- Aranaz Andrés, J. M. (1999). La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Revista de Neurología*, 29(7), 647–651. <https://doi.org/https://doi.org/10.33588/rn.2907.99329>
- Baquero Gómez, S. M. (2014). *La importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad en los procesos misionales de las empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia* [Tesis de Especialización, Universidad Militar Nueva Granada]. <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/13230>
- Baquero Parrado, H. C., Rivera Quintero, M. A., Vargas Escobar, N. J., & Sierra Sierra, S. A. (2021). *Implementación del sistema integrado de calidad y de seguridad y salud en el trabajo en la IPS Llano Salud del Meta* [Tesis de Maestría, Universidad Santo Tomás]. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/34004>
- Basabe Santana, J. C., Aguiar Ferro, Y., Suárez Ordaz, D. I., Labrador Días, J. F., & Nazco Torres, J. (2017). Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Radioterapia del Centro Oncológico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 21(2), 239–249. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2017/rcm172m.pdf>
- Cantor Castañeda, D. L., Merchan Cañón, A. M., & Latorre Rosas, P. A. (2016). *Diseño del Sistema de Gestión de Calidad bajo los Requisitos Establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2015 para la Empresa Social del Estado Red de Servicios de Salud de Primer Nivel*. [Tesis de Pregrado, Universidad de los Llanos]. <https://repositorio.unillanos.edu.co/handle/001/754>
- Causado Rodríguez, E., Díaz Rocca, L. H., & Rago Murillo, R. (2008). Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. *Duazary*, 5(2), 161–166. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/671>
- Certuche Muñoz, P. M. (2021). *Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2015 de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/40399>
- Comunidad Educativa del Instituto Ebenezer. (s/f). *Misión y Visión – Instituto Ebenezer Santa Marta*. Recuperado el 6 de octubre de 2022, a partir de <https://ebenezer.edu.co/courses/mision-vision/>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.

- Diario Oficial. No.41148.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (1996). Decreto 2174 de 1996. *Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 42931. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1761211>
- Congreso de la República de Colombia. (2002). Decreto 2309 de 2002. *Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 44.967 . <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>
- Congreso de la República de Colombia. (2006a). Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 46230. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19975>
- Congreso de la República de Colombia. (2006b). Resolución 1446 de 2006. *Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*. Diario Oficial No. 46.271. http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46271/r_mps_1446_2006.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007). 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*. Diario Oficial No. 46506. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 47957. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Cuji Cevallos, J. C. (2016). *Implementación de un sistema de gestión de la calidad, en un centro de rehabilitación neuro músculo esquelético en menores de la ciudad de Portoviejo - Manabí* [Tesis de Maestría]. Universidad de Guayaquil.
- Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial*, 16, S29–S38. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
- Flores-Arreola, N. O., Porrás Ortiz, J. E., & Portillo-Hernández, A. L. (2016). *Desarrollo de un modelo de gestión de calidad para la certificación de una unidad de cirugía ambulatoria*. [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez]. <http://erecursos.uacj.mx/handle/20.500.11961/4234>
- Forero Gomez, L. C., Quintero Hoyos, J. F., & Garcia Duarte, K. M. (2020). *Planificación del sistema integrado de gestión de la calidad, ambiental, seguridad y salud en el trabajo en la fundación Manacacias* [Tesis de Maestría, Universidad Santo Tomás]. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30449>

- Franklin Fincowsky, E. B. (1998). *Organización de empresas. Análisis, diseño y estructura* (1a ed.). McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Gómez Rueda, M. P. (2013). *Planificación, implementación y control de un sistema de gestión de calidad conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 para la empresa Vitalger IPS* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/1649>
- Guzmán Vera, I. E. (2017). *Alba Calderón, Germania Paz y Miño y Piedad Paredes: La pintura social como medio de acceso al campo artístico de tres mujeres en el Ecuador de la década de 1930* [Tesis de Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5988>
- Kerguelén Botero, C. A. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. Editorial Scripto Ltda.
- León Espinosa, A. M. (2019). *Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en ISO 9001:2015 en el Laboratorio Clínico del Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi* [Tesis de Maestría, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21641>
- Linares Fuentes, D. C., Garzón López, J. A., & Escobar Rodríguez, M. P. (2017). *Diseño del Plan de Acción para la implementación del Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2015 en la IPS Anónima, Popayán (2017)* [Tesis de Especialización, Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1899/1/PROYECTO%20DE%20GRADO%20CON%20APPA%20PARA%20ENVIAR%20%281%29.pdf>
- Londono Sanchez, M. R., Restrepo Romero, P., & Riapira Roza, D. P. (2018). *Propuesta de un sistema de gestión de calidad según la Norma ISO 9001: 2015 para Medical Protection Ltda. Salud ocupacional, como estrategia de mejoramiento en la calidad de servicios* [Tesis de Especialización, Universidad Agustiniiana]. <http://bibliotecavirtualoducal.uc.cl:8081/xmlui/handle/123456789/1604338>
- López Alba, J. A., & Manchola Aguirre, E. F. (2016). *Documentación del sistema de gestión de la calidad, bajo los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001: 2015, para la empresa clínicas odontológicas dr. Jimmer Hernández* [Tesis de Especialización, Universidad de los Llanos]. <https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/handle/001/1075/RUNILLANOS%20E-GEC%200051%20DOCUMENTACION%20DEL%20SISTEMA%20DE%20GESTION%20DE%20LA%20CALIDAD%20BAJO%20LOS%20REQUISITOS%20ESTABLECIDOS%20EN%20LA%20NORMA%20ISO%209001-2015%20PARA%20LA%20EMPRESA%20CLINICAS%20ODONTOLOGICAS%20DE%20JIMMER%20HERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lozano, J., Sanabria, D., & Suarez, J. (2018). *Planificación y estructuración del sistema de gestión de calidad bajo la NTC ISO 9001:2015 en la IPS instituto nacional de demencias EMANUEL S.A.S.* [Tesis de Especialización, Universidad Santo Tomás]. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/13998>

- Ministerio de Educación Nacional. (2011). *Código de Ética - Buen Gobierno*. https://www.mineduacion.gov.co/1780/articles-265914_archivo_pdf_codigo_etica.pdf
- Ministerio de Protección Social. (s/f). *Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS)*. Programa de Apoyo a La Reforma de Salud (PARS). Recuperado el 5 de octubre de 2022, a partir de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Rcuentas/Paginas/programapars.aspx>
- Ministerio de Protección Social. (2006). 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*. Diario Oficial No. 46271. <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf>
- Organización Internacional de Normalización ISO. (2015). *ISO 9001:2015, Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos*. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2006). *Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos | Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud*. <https://www.observatoriorh.org/es/analisis-del-sector-salud-una-herramienta-para-viabilizar-la-formulacion-de-politicas-lineamientos-1>
- Páez Ortégón, V., & Garzón Aldana, C. L. (2018). *Diseño metodológico para el cumplimiento de los estándares* [Tesis de Especialización, Universidad de Santander]. <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/1085>
- Patiño Restrepo, J. F. (2005). El juramento hipocrático. *Revista Colombiana de Cirugía*, 20(2), 62–64. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=33193>
- Perez-Cupa, C. A., Puerto-Romero, A. N., & Serrano-Hernández, L. D. (2020). *Propuesta para estructurar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001: 2015, en la empresa Asisderma clínica de la piel* [Tesis de Especialización, Universitaria Agustiniiana]. <https://repositorio.uniagustiniana.edu.co/handle/123456789/1269>
- Sojos Asencio, C. G. (2021). *Propuesta para la implementación de un sistema de gestión de calidad en la farmacia del Centro de Salud Tipo C San Francisco de Tenguel* [Tesis de Maestría]. Universidad de Guayaquil.
- Superintendencia Nacional de Salud - Colombia. (2007). Circular 45 de 2007. En *Diario Oficial No. 46707*. https://www.redjurista.com/Documents/circular_45_de_2007_superintendencia_nacional_de_salud.aspx#/
- Thompson, A. A., Peteraf, M. A., Gamble, J. E., & Strickland III, A. J. (2012). *Administración estratégica* (18a ed.). McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. [http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/1.%20Peteraf,%20T%3B%20Strickland,%20G.%20\(2012\).pdf](http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/1.%20Peteraf,%20T%3B%20Strickland,%20G.%20(2012).pdf)

17. LISTA DE ANEXOS

Anexo A Cronograma de actividades
Anexo B Entrevista
Anexo C Diagnostico organizacional
Anexo D Caracterización de proceso estratégico
Anexo E Caracterización de proceso misional
Anexo F Caracterización de proceso de apoyo
Anexo G Manual de Perfiles, Roles y Responsabilidades
Anexo H Matriz de riesgo y Oportunidades
Anexo I Procedimiento de Gestión del Cambio
Anexo J Estructura presupuesto SGC
Anexo K Procedimiento de Gestión del Talento Humano
Anexo L Programa de Inducción y Re inducción
Anexo N. Portafolio de servicio
Anexo M Procedimiento Control de la Información documentada
Anexo O Procedimiento Selección y Evaluación de Proveedores
Anexo P Procedimiento Control de Salidas No Conformes
Anexo Q Instrumento percepción de clientes
Anexo R Procedimiento de Auditoría Interna
Anexo S Procedimiento Revisión por la dirección
Anexo T Procedimiento de Mejora Continua
Anexo U Informe de Auditoría
Anexo V Actas de Avance consultoría
Anexo W Carpeta de documentos de Ebenezer