

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS

ANA CECILIA VÉLEZ CASTRO

MARYLUZ POSADA MARÍN

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA CON ÉNFASIS EN CALIDAD

Asesor CLAUDIA REGINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Médico y Cirujano
Especialista en Control Organizacional Especialista en Administración Servicios de Salud con Énfasis en Desarrollo Empresarial

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE INGENIERÍA

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

MEDELLÍN; 2005

Tabla de contenidos

GLOSARIO .	1
INTRODUCCIÓN .	3
1. JUSTIFICACIÓN .	5
2. OBJETIVOS . .	7
2.1 GENERAL . .	7
2.2 ESPECÍFICOS .	7
3. MARCO DE REFERENCIA .	9
3.1 ANTECEDENTES EN COLOMBIA .	9
3.2 MARCO HISTORICO .	12
3.3 REFERENCIA NORMATIVA .	12
3.4 REFERENCIA CONCEPTUAL . .	14
3.4.1. Características de la norma NTCGP 1000:2004 .	14
3.4.2 Componentes del sistema de habilitación: .	22
3.4.3 Componentes del sistema de acreditación .	26
3.4.4 Compatibilidad entre los tres sistemas .	28
4. METODOLOGÍA . .	33
4.1 IDENTIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA NORMA NTC GP1000:2004 POR PARTE DE LAS IPS PÚBLICAS .	33
4.2 DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SGC BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 . .	34
4.2.1. Diagnóstico: . .	34
4.2.2. Capacitación: . .	35
4.2.3. Planificación del sistema: . .	35
4.2.4. Diseño del sistema de gestión de la calidad: .	35
4.2.5. Implementación: .	36
4.2.6. Verificación: . .	36
4.3 CALIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE NORMA NTC GP1000:2004 FRENTE AL SISTEMA DE ACREDITACIÓN . .	37

5. RESULTADOS OBTENIDOS .	41
5.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS .	41
5.2 GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 .	43
5.3 CALIFICACIÓN DE UN S.G.C BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN . .	43
6. CONCLUSIONES . .	45
BIBLIOGRAFÍA .	47
REFERENCIAS DE INTERNET .	48
ANEXOS .	49
Anexo 1: .	49
Anexo 2: .	50
Anexo 3. .	61
Anexo 4. .	79

GLOSARIO

CALIDAD: grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

DECRETO: resolución de una autoridad política o gubernativa, hecha pública de acuerdo a las formas prescritas.

EPS: entidad Promotora de Salud.

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

IMPLEMENTACIÓN: acción y efecto de implementar. Poner en funcionamiento, aplicar métodos, medidas, etc , para llevar algo a cabo

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MODELO: pasos a seguir.

NORMA: pauta o regla a la que deberá ajustarse la conducta en cualquier orden de cosas.

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

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PRODUCTO O SERVICIO: resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

REQUISITOS MÍNIMOS: son las condiciones básicas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema de habilitación.

RESOLUCIÓN: plan o proyecto que se decide.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN: sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

SISTEMA: conjunto de elementos mutuamente relacionados que interactúan con el fin de lograr un propósito.

USUARIO: organización, entidad o persona que recibe un producto o servicio.

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

INTRODUCCIÓN

Con la evolución de la prestación de los servicios de salud en Colombia a través del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cual se promulga la calidad como uno de sus fundamentos, se hace evidente la necesidad de contar con herramientas que le ayuden a las entidades que componen el sistema a prestar sus servicios bajo parámetros que garanticen la calidad de la atención en salud.

En relación con este tema, el Gobierno Nacional ha desarrollado diferentes normas con el fin de brindar las directrices sobre lo que debe ser la garantía de la calidad en el marco del SGSSS, iniciando con la definición e implementación de los requisitos esenciales para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios y las entidades administradoras, hasta llegar a determinar estándares superiores de calidad para aquellos organismos que voluntariamente deseen demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad.

Recientemente el Congreso de la República, con base en los principios constitucionales de la función pública y con el propósito de aumentar la satisfacción de los clientes, expidió la Ley 872 de 2003, por medio de la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado, como una herramienta que va a ayudar a dirigir y a evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social.

Lo que se ha observado en las instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público es que aún no conocen sobre la expedición de esta norma y mucho menos la han acogido, lo cual puede hacer notar que aunque cumplan con los estándares

mínimos para su funcionamiento, todavía no cuentan con las bases de un sistema que les permita hacer las cosas bien, mejorando continuamente sus procesos y asegurándose de dar siempre la respuesta y la atención adecuada al usuario, quien es la razón de ser de los servicios de salud.

La motivación para la implementación de esta norma, que se hace obligatoria en un término de 4 años a partir de la fecha de expedición del decreto 4110 de 2004, no debe ser simplemente el cumplimiento de la ley o la certificación, sino el aumento de la satisfacción de los clientes y/o usuarios y la mejora del desempeño de las entidades.

A través de esta monografía se pretende mostrar cómo se relaciona la norma que crea el Sistema de Gestión de la Calidad aplicada a las IPS públicas, con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad establecido para estas entidades, con el fin de poner a disposición del personal de salud un documento que permita visualizar de manera integrada estas herramientas para la calidad con las cuales se abre el camino para que las condiciones de la prestación de los servicios de salud en Colombia se acerquen cada vez más a los niveles deseados.

1. JUSTIFICACIÓN

Con la reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante el Decreto 2309 de 2002 del Ministerio de Salud (hoy vigente), se retomaron nuevamente los planteamientos y la organización para Colombia de un sistema de garantía de la calidad (SGC), el cual se había instaurado por primera vez en nuestro país con el Decreto 2174 de 1996 (ya derogado) y que surgió a raíz de la promulgación de la Ley 100 de 1993 en el artículo 227, el cual crea un sistema obligatorio de garantía de calidad con el ánimo de alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud.

Uno de los componentes del SOGC es el Sistema Único de Habilitación (SUH), el cual está definido en el Decreto 2309 y reglamentado en la Resolución 1439 de 2002, constituyéndose en una herramienta fundamental para garantizar el cumplimiento de estándares mínimos necesarios para el funcionamiento de los prestadores de salud. Es así como en la actualidad las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) inscritas en el registro especial de prestadores de servicios de salud cumplen con los requisitos esenciales para proteger la salud de los usuarios, pero será esto suficiente para que el sistema de salud colombiano produzca salud de calidad?

Aunque el Decreto 2309 también incluye entre sus componentes el Sistema Único de Acreditación (SUA), reglamentado en el Resolución 1474 de 2002 con el fin de que las instituciones de salud puedan demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el SUH, éste se asume de manera voluntaria por aquellas entidades que deciden acogerse al proceso.

Este proceso de acreditación lo viene promoviendo el Gobierno Nacional en las entidades del sistema de salud como propuesta metodológica para alcanzar la máxima calidad en su actividad, y el sector salud por su parte está avanzando en el proceso de aprendizaje y preparación sobre la operación del SUA y los resultados que se buscan.

Con los elementos del SUH y el SUA y los demás componentes del SOGC definidos en las normas mencionadas, se podría decir entonces que se tienen las herramientas suficientes para lograr la garantía de la calidad en las IPS. Pero además de estos componentes se cuenta ahora en el país con la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTC GP 1000:2004, la cual salió a la luz pública en diciembre de 2004 como una norma de obligatoria aplicación y cumplimiento, la cual determina los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos de la Rama Ejecutiva del Poder Público y en las entidades que componen el Sistema de Seguridad Social Integral entre otras entidades prestadoras de servicios. Esta norma se base en la serie de normas internacionales ISO 9000:2000 para la gestión de la calidad y adopta un enfoque basado en los procesos y en las necesidades y expectativas de los usuarios.

De esta manera las IPS públicas deben pensar en articular y complementar el cumplimiento de estos estándares mínimos con estándares superiores, como los definidos en el sistema de acreditación y en otros instrumentos de evaluación y de gestión de la calidad, entre ellos la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP1000:2004, con el fin de optimizar la calidad de la atención al usuario.

Debido a que la expedición de la norma NTC GP 1000:2004 aún se considera reciente, todavía no se cuenta con experiencias de implementación en el sector salud. Por esto, y como ya se dio el primer paso para la implementación del SOGC con la aplicación de los requisitos esenciales para su funcionamiento, es necesario brindar una mayor divulgación de la norma y a su vez identificar de qué manera complementa las disposiciones del SUH. Así mismo se puede establecer los elementos que harían falta para iniciar el proceso de acreditación una vez se cumpla y se ponga en marcha el sistema de gestión de la calidad en las entidades prestadoras de servicios

Lo que se pretende con esta monografía es brindar a las IPS públicas elementos que les permitan identificar las diferencias entre los sistemas de calidad mencionados anteriormente y los alcances de cada uno, lo que a la larga ayudará a ampliar el conocimiento sobre la norma NTC GP1000:2004. Además, con respecto a la acreditación, también se busca establecer cuál es el avance que se daría en este proceso al implementar la NTC GP 1000:2004 y así se puede conocer qué tan lejos o cerca se puede estar de lograr la acreditación.

De esta manera se dan las bases para que las IPS empiecen a articular las tres herramientas para la gestión y la garantía de la calidad, en un gran sistema de elementos interrelacionados, evitando duplicidad de esfuerzos y recursos.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Realizar una propuesta metodológica para la implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC GP1000:2004 integrada con el sistema de garantía de la calidad en salud para instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público.

2.2 ESPECÍFICOS

Determinar el grado de conocimiento la norma NTC GP 1000:2004 en las IPS públicas.

Identificar por medio de la calificación si con el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2004, una entidad de salud pública puede acreditarse bajo los estándares del Sistema Único de Acreditación reglamentado por la Resolución 1474 de 2002 y su anexo técnico

Establecer las actividades, etapas y pasos que se requieren para la implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC GP 1000:2004 en las IPS públicas.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 ANTECEDENTES EN COLOMBIA

Los pilares de la calidad en salud en Colombia se vienen presentando hace varios años. La Ley 10 de 1990 define que se debe “establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”, dicha ley fue reglamentada y complementada en los Decretos 1760 de 1990, 2759 de 1991, 1088 de 1991, 560 de 1991, 739 de 1991 y las Resoluciones 412 de 1992, 13565 de 1991 y 14707 de 1991 del Ministerio de Salud.

Con la reforma de la Constitución Política de Colombia de 1991, donde en el artículo 48 se hace referencia a que: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”, dando lugar para comenzar a pensar que todos los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud con calidad. El artículo 49 nos direcciona al pensamiento de establece que la salud debe cumplir con ciertos requisitos para su buen funcionamiento y la prestación del servicio, allí se describe que: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y

reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y del saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.”

Dado lo anteriormente descrito se nota claramente que el gobierno tiene toda la autoridad para dirigir y controlar la calidad en salud en Colombia, y al mismo tiempo crear la reglamentación que oriente a las entidades prestadoras de servicios de salud hacia la manera en que se debe prestar el servicio.

De esta manera se ve que la calidad en salud en Colombia no es algo nuevo de lo que se está hablando, y continúa notablemente su evolución con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de la Ley 100 de 1993, la cual hace referencia a que el Estado establecerá los mecanismos de control necesarios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención de acuerdo con estándares aceptados y dispone la acreditación en salud como un mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el artículo 186.

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

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996 se reglamenta el Sistema de Garantía de Calidad en Salud con el Decreto 2174 el cual tenía como objetivos:

Garantizar parámetros mínimos de Calidad, el mejoramiento continuo de los Servicios de Salud, la promoción del desarrollo de una cultura de la calidad, fomento de la sana competencia entre las Entidades Promotoras de Salud y entre los Prestadores de Servicios de Salud sobre la base de la Calidad en beneficio de los usuarios del Sistema.

Crear condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

Este decreto fue derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual modifico el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS.

Cuatro años más tarde, el Ministerio de Salud contrató la realización de un estudio

para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS. En él se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia y los principios desarrollados por la ISQUA (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, el consorcio entre el Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed de México y el entonces Ministerio de Salud, redefinieron nuevamente el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad en Colombia después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS como en EPS.

El Sistema Único de Habilitación fue reglamentado por la Resolución 1439 de 2002. Así mismo, el Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002, como uno de los componentes del Sistema de Garantía de la Calidad.

Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de Protección Social, mediante la Resolución 0003559 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo de 2004. Durante los meses de abril a junio de 2004 se diseñó el Servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación.

La Ley 872 de 2003, crea el sistema de gestión de la calidad para las entidades públicas definidas en el artículo 2 "El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, y de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarios del Estado". . Esta ley fue reglamentada mediante el decreto 4110 de 2004 expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el cual se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública NTC GP 1000:2004.

Con respecto a la NTC GP 1000:2004 no hay antecedentes de implementación, debido a su reciente expedición (diciembre de 2004). EL Departamento Administrativo de la Función Pública y la Red de Extensión en calidad de Universidades Públicas (Córdoba, Tolima, Antioquia, Magdalena, Pamplona, Tunja la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) y COREDI han suscrito un convenio para elaborar la guía de implementación de esta norma en diferentes sectores, trabajo que lidera el Grupo Regional ISO de la Universidad de Antioquia y que debe entregar productos a finales de este año.

3.2 MARCO HISTORICO

La evolución del concepto de calidad en los servicios de salud a lo largo de la historia del hombre, siempre ha estado unida al avance de los conocimientos científicos y a las experiencias que demuestran la importancia del seguimiento y evaluación de los procesos de la atención en salud. En la historia más reciente (comienzos del siglo XX), en Estados Unidos el Colegio Americano de Cirujanos puso en funcionamiento un programa de estructuración orgánica hospitalaria incluyendo los primeros requerimientos mínimos de Acreditación, estrategia que sentó las bases para los procesos de acreditación desde la década de los 50's en Estados Unidos y Canadá.

En la década de los 80, los profesionales de la salud reevaluaron la garantía de la calidad basada en acreditación y estándares y comenzaron a poner a prueba y a incorporar elementos y filosofías provenientes de la administración y de la producción industrial, como el mejoramiento continuo de la calidad y la administración total de la calidad.

En 1996 Avedis Donabedian introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado que hoy en día se constituyen en el paradigma dominante de la evaluación de la calidad y la atención en salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud y por eso ahora se entiende que los procesos de salud no son una serie de eventos sin relación, sino un proceso complejo.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (ISQUA), organización sin ánimo de lucro cuyos miembros regulares son de Norteamérica, Europa y Asia. Hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudamérica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado o implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

3.3 REFERENCIA NORMATIVA

En 1996 el Ministerio de Salud expidió el Decreto 2174 de 1996 "Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social

en Salud”, donde la atención en salud se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además se plantea que la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios”.

Este decreto define las características principales de la calidad de la atención en salud como: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. Además la calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Dentro de sus lineamientos define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad como el “conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del Sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo”.

Donde es función principal del Ministerio de Salud, hoy llamado Ministerio de Protección Social “definir las normas de calidad y satisfacción del usuario y velar por su permanente actualización; expedir la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto y prestar asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades”.

Actualmente este decreto no es vigente, ya que fue derogado posteriormente por el decreto 2309 de 2002, el cual es fruto de un proceso que se inició en diciembre de 1999 cuando el Ministerio de Salud, con el apoyo del consorcio conformado por el Congreso Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, la Corporación QUALIMED de México y la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, comenzaron a trabajar en un proyecto que fue la materia prima para que se implementara el actual Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las IPS y EPS. Este sistema tiene cuatro componentes principales:

El sistema único de habilitación (SUH), cuyos manuales de estándares y procedimientos se establecen en la resolución 1439 de 2002, modificada parcialmente por las resoluciones 486 de 2003 y 1891 de 2003.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, como una herramienta para la evaluación del cumplimiento de los estándares.

El sistema único de acreditación (SUA), el cual mediante la resolución 1474 de 2002 adopta los manuales de estándares y las funciones de la entidad acreditadora.

El sistema de información para la calidad, que permite estimular la competencia entre

los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud.

La Ley 872 de 2003, crea el sistema de gestión de la calidad en las entidades del Estado y en otras entidades prestadoras de servicios como las que conforman el sistema de seguridad social integral definidas en la Ley 100 de 1993. Esta ley fue reglamentada mediante el decreto 4110 de 2004 expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el cual se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública NTC GP 1000:2004.

3.4 REFERENCIA CONCEPTUAL

3.4.1. Características de la norma NTCGP 1000:2004

El sistema propuesto por la Norma NTC GP1000:2004, establece los requisitos para llevar a cabo la implementación de un sistema de gestión de calidad en las entidades de la rama ejecutiva del poder público y otras prestadoras de servicios, entre ellas las IPS públicas, con el propósito de mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.

Esta norma orienta a las entidades hacia un enfoque basado en procesos, el cual identifica y gestiona numerosas actividades relacionadas entre sí. Una de las grandes ventajas de este enfoque es que proporciona un control continuo sobre la interacción entre procesos individuales.

Esta norma, basada en las normas internacionales de la serie ISO 9000:2000, es de aplicación genérica y sus requisitos son aplicables a las entidades obligadas según la ley 872 de 2003, pero no pretende establecer uniformidad en los sistemas de gestión de calidad, ya que todas las entidades tienen quehaceres y procesos diferentes. Así mismo permite complementarse con otros sistemas de gestión por medio de la identificación de los elementos comunes.

Un sistema de gestión de la calidad se concentra en dos grandes objetivos:

Demostrar la capacidad de las organizaciones para proporcionar de forma coherente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

Aumentar la satisfacción de los clientes a través de la aplicación eficaz del sistema, incluido los procesos para mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

La implementación de un modelo de gestión de la calidad ofrece a la entidad beneficios externos que son los obtenidos por un desarrollo eficiente de negociaciones, como:

Consistencia del producto o servicio.

Diferenciación en el mercado que le corresponde.

Precios competitivos.

Mayor efectividad en la logística de clientes.

Menores tiempos en los plazos de entregas.

Garantías de funcionamiento.

Eliminación de malos entendidos.

Mayor satisfacción de los clientes y/o usuarios del servicio.

Intercambiabilidad de procesos, bienes y servicios.

Compatibilidad de procesos, bienes y servicios.

Y beneficios internos, los cuales están relacionados con hacerlo bien desde el principio, al reducir desperdicios y el trabajo repetido, los tiempos ociosos y evitar la frustración humana de aquellos que no pudieron satisfacer los requerimientos. Entre estos encontramos los siguientes:

Eliminación de etapas, actividades innecesarias que no generan valor agregado al producto.

Mejor control para disminuir el número de fallas y aumentar los rendimientos.

Documentación oficial de los procesos, conservando de esta forma la experiencia y el conocimiento de las operaciones.

Reducción de costos, por el hecho de contar con un control adecuado y compatible a algunos procesos organizados.

Integración del personal al conocer sus competencias y la forma de relacionarse con otros.

Impulsar la cultura de orientación de la organización hacia el cliente.

Compromiso y sentido de pertenencia.

Facilitar la comunicación del personal.

Mejorar el trabajo en equipo.

Generara polivalencia del personal.

Calificar al personal en técnicas de trabajo de categoría mundial.

Mejoramiento continuo de los procesos y el producto.

Reducción de costos.

Durante el proceso de implementación de un sistema de gestión de la calidad se pueden presentar algunas dificultades o problemas que se relacionan a continuación, con el fin de ayudar a evitarlos.

Falta de claridad sobre lo que se pretende lograr con el proceso, esto es no tener claro lo que puede o no ofrecer el SGC.

Falta de un diagnóstico que detecte claramente las condiciones actuales de las IPS frente al cumplimiento de los requisitos para la implementación del SGC.

Desconocimiento de los roles que tiene cada uno de los integrantes de la entidad en el proceso de implementación del SGC.

Falta de liderazgo por parte de los dirigentes de las entidades para impulsar el proceso, dejando a los niveles intermedios toda la responsabilidad.

Creer que con el hecho de poner en marcha el SGC es suficiente para lograr el mejoramiento continuo de los procesos, olvidándose de las acciones de mejora.

Desistir del proceso de implementación del SGC ante el fracaso de una de las etapas o la incapacidad de cumplir con algún requisito.

Implementar el SGC simplemente como cumplimiento de una ley, y no con la convicción de los beneficios que se pueden conseguir.

Falta de seguimiento en cada una de las etapas que permitan detectar el avance del proceso.

Factores relacionados con la disponibilidad de recursos pueden afectar o causar incumplimiento de algunos requisitos como los de infraestructura y talento humano.

Deficiencias en la capacidad técnica de las instituciones por parte de cada uno de los participantes en el proceso para cumplir los roles y las responsabilidades asignadas.

En cuanto a las barreras o resistencias al proceso por parte de las personas están:

La resistencia a cambiar hábitos porque es mejor dejar las cosas como están.

Temor a la disolución de los grupos actuales de trabajo y la resistencia a crear nuevas relaciones.

Temor a la pérdida del empleo y a lo desconocido.

Entre los tipos de resistencia frente al proceso se encuentran:

Resistencia activa, es la de aquellos que manifiestan su desacuerdo abierto con el proceso y se niegan a participar.

Resistencia pasiva, es la de quienes aceptan de palabra pero no manifiestan su compromiso real ni participan para nada en la implementación del proceso.

Resistencia subversiva, es la de quienes atacan el proceso soterradamente, generando mal ambiente, pero sin hacer evidente su desacuerdo e incluso hablando bien del proceso.

Muchas veces en la implementación del sistema se comenten errores frecuentes por parte de los facilitadores en el manejo de la resistencia, como son:

No reconocer la resistencia por parte del personal

Interpretar la resistencia como un rechazo al proceso.

Interpretar la resistencia al proceso como rechazo personal.

Enfocarse en los síntomas de la resistencia, sin identificar las causas reales.

Utilizar siempre la misma solución general.

Ejercer autoridad formal como mecanismo de presión.

Visión limitada del impacto del proceso en las áreas involucradas.

Para implementar la norma NTC GP1000:2004 en las Instituciones de salud es necesario tomar la entidad como un todo, integrar todos los procesos de manera que se logre la prestación de un servicio de salud al usuario con estándares de calidad que permita la satisfacción de sus necesidades desde su ingreso hasta su egreso de la organización

Existen varias formas para visualizar el que hacer de la empresa, una de ellas es el enfoque basado en procesos, que es un nuevo concepto en la forma de administrar las empresas por medio del dominio de actividades y procesos, el cual consiste en identificar y gestionar de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Este nuevo enfoque consiste en un estilo gerencial orientado al mejoramiento, su actitud mental es siempre de romper barreras. Es un estilo gerencial proactivo y orientado a la previsión. El modelo sería el siguiente:

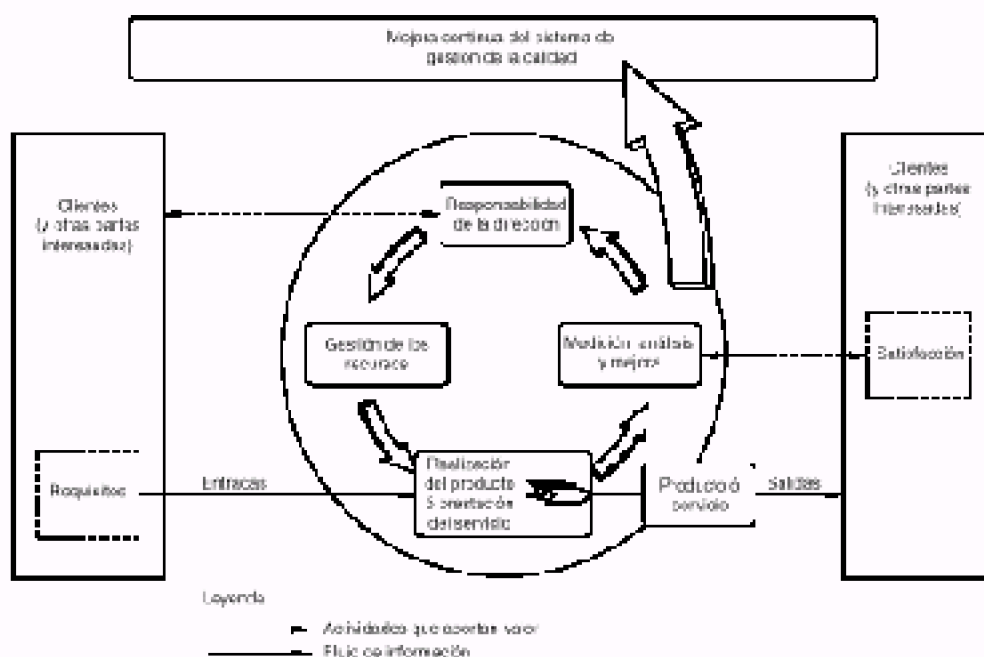


Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos

Figura

1

Se entiende por proceso un grupo de actividades organizadas en forma lógica y secuencial que transforman unos insumos para generar o suministrar un producto o servicio de valor a un cliente externo o interno. Entre sus elementos encontramos:

Actividades

Insumo

¹ Tomado de la norma NTC GP1000:2004

Valor agregado

Medio y recursos para desarrollar el proceso

Producto

Sistema de control conocido

Límites claros y conocidos

El enfoque basado en procesos se constituye entonces en una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad cumpliendo las expectativas de los clientes.

A través de la aplicación por gestión de procesos se puede identificar al cliente con sus necesidades y expectativas, asignar responsabilidades personales a cada proceso, evaluar la capacidad del proceso para satisfacer los requisitos del producto y/o servicio, ofrecer una visión sistemática e integral de la organización, mantener los procesos bajo control, mejorar en forma continua el funcionamiento global de la organización, medir el grado de satisfacción del cliente interno o externo, generar ventaja competitiva duradera y facilitar el anticiparse al cambio.

La retroalimentación de la satisfacción o insatisfacción del cliente por los resultados del proceso, es un elemento de entrada esencial para el proceso de mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad (ver figura 1).

La mejora continua fue definida por Shewhart como un ciclo de cuatro fases (planear, hacer, verificar y actuar) y su objetivo es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas, con base en la identificación de oportunidades de mejora provenientes de:

La revisión de los resultados de los procesos.

La información obtenida de los clientes y partes interesadas.

Las auditorías.

El enfoque de la implementación de un sistema de gestión de la calidad bajo la norma GP 1000:2004 es la estructuración de la organización por procesos, a los cuales se aplica la herramienta administrativa del ciclo PHVA.

El ciclo PHVA consiste en que todo proceso tenga una fase de planeación, del hacer, del verificar y del actuar, donde:

Planificar: establecer los objetivos del proceso y las actividades necesarios para conseguir resultados esperados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad.

Hacer: identifica las etapas o actividades de realización del proceso.

Verificar: consiste en el seguimiento y la medición del proceso y el servicio con relación al cumplimiento de las políticas, los objetivos y los requisitos del servicio, e informar sobre los resultados.

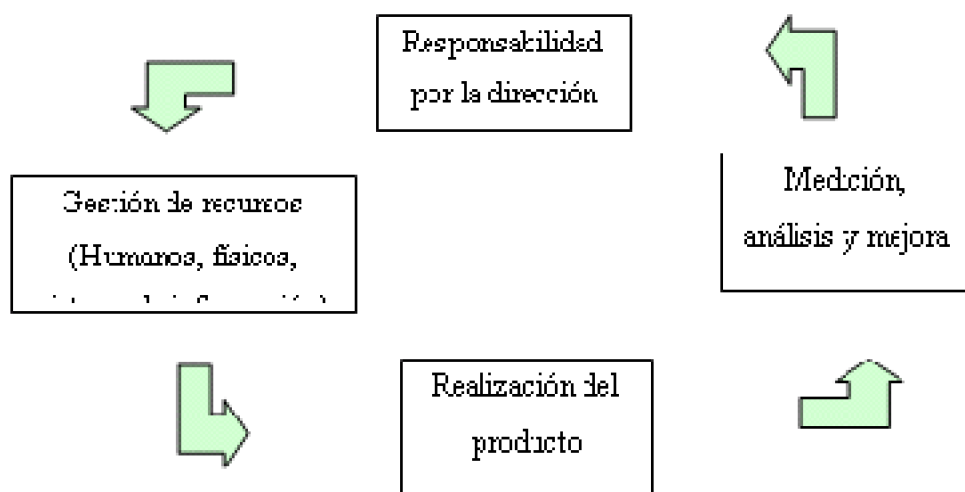
Actuar: tomar acciones de acuerdo al resultado obtenido para mejorar continuamente el desempeño de los procesos y la prestación del servicio.

Trabajar por medio del enfoque por procesos esta ligado a los programas de calidad y mejoramiento continuo, y presenta las siguientes ventajas:

- Reduce los costos internos innecesarios
- Acorta los plazos de entrega
- Mejora la calidad y el valor percibidos por el cliente o usuario
- Racionaliza la organización y las operaciones de la organización
- Aporta una visión de la organización y de sus relaciones internas y externas
- Permite a la organización detectar fácilmente sus clientes
- Permite optimizar y racionalizar el usos de los recursos
- Orienta a la entidad hacia la comprensión y el control de cómo sus insumos se convierten en productos
- Permite identificar limitaciones y obstáculos en el desarrollo de los procesos y con ello favorece la toma de decisiones y el cumplimiento de objetivos
- Proporciona la estructura que fomenta la cooperación interfuncional
- Favorece el empoderamiento y la motivación de los empleados

El modelo propuesto por la NTC GP1000:2004 establece o identifica cuatro componentes que son:

- Responsabilidad de la dirección
- Gestión de los recursos
- Realización del producto
- Medición, análisis y mejora



Como lo muestra la figura 2.

Estos componentes evidencian el ciclo PHVA del sistema de gestión de la calidad donde el componente responsabilidad por la dirección es la fase de planeación y mejoramiento del sistema, los componentes realización del producto y gestión de los recursos corresponden a la fase del hacer del sistema, el componente medición, análisis y mejora corresponde a la fase de verificación y el actuar estaría involucrado de el componente de responsabilidad de la dirección el mejoramiento continuo del sistema

Los principios del sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC GP1000:2004 son el marco de referencia para su implementación y son los siguientes:

Enfoque hacia el cliente: la razón de ser de las entidades es satisfacer las necesidades de los clientes, por lo tanto es fundamental que las entidades comprendan cuales son as necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumplan con los requisitos y expectativas. Los beneficios claves son el aumento de los ingresos y de la cuota de mercado a través de una respuesta flexible y rápida a las oportunidades del mercado, el aumento de la eficacia en el uso de los recursos de una organización para aumentar la satisfacción del cliente y la mejora de la fidelidad del cliente, lo cual conduce a la continuidad en los negocios. La aplicación de este enfoque conduce a estudiar y comprender las necesidades y expectativas del cliente, asegurarse de que los objetivos y metas de la organización están ligados a las necesidades y expectativas del cliente, comunicar las necesidades y expectativas del cliente a toda la organización, medir la satisfacción del cliente y actuar sobre los resultados, gestionar en forma sistemática las relaciones con los clientes y asegurarse del equilibrio entre satisfacción de los clientes y las otras partes interesadas.

Liderazgo: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección es capaz de lograr la unidad de propósito dentro, manteniendo y generando un ambiente interno favorable, en el cual los empleados se involucren totalmente con el logro de los objetivos de la entidad. Entre los beneficios que trae consigo se encuentran que el personal entenderá y estará motivado hacia los objetivos y las metas de la organización, las actividades se evalúan, alinean e implementan de una forma integrada y la falta de comunicación entre los niveles de una organización se reducirán. La aplicación conduce normalmente a considerar las necesidades de todas las partes interesadas, establecer una clara visión del futuro de la organización, establecer los objetivos y metas desafiantes, crear y mantener valores compartidos y modelos éticos de comportamiento en todos los niveles de la organización crear confianza y eliminar temores, proporcionar al personal los recursos necesarios la formación y la libertad para actuar con responsabilidad y autoridad, y inspirar, animar y reconocer las contribuciones del personal.

Participación activa de los servidores público y/o particulares que ejercen funciones públicas: es el compromiso de los empleados tanto públicos como particulares en todos los niveles, que permiten el logro de los objetivos de la entidad. Los beneficios que trae consigo son personal motivado, involucrado y comprometido dentro de la organización, la innovación y creatividad en promover los objetivos de la organización, un personal valorado por su trabajo y un personal deseoso de participar y contribuir con la mejora

² Figura 2. Componentes del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma NTC GP1000:2004

continua. La aplicación del principio conduce normalmente a comprender la importancia de su contribución y su papel en la organización, identificar las limitaciones en su trabajo, aceptar la responsabilidad de los problemas y de su resolución, evaluar la actuación de acuerdo a los objetivos y metas personales, búsqueda activa de oportunidades para aumentar las competencias, conocimiento y experiencia, compartir libremente conocimientos y experiencias, y discutir los problemas y cuestiones.

Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Los beneficios claves son la reducción de costos y tiempos mediante el uso eficaz de los recursos, resultados mejorados, coherentes y predecibles, y permite que las oportunidades de mejora estén centradas y priorizadas. Y su aplicación conduce a definir sistemáticamente las actividades necesarias para lograr el resultado deseado, establecer responsabilidades y obligaciones para la gestión de actividades, analizar y medir la capacidad de las actividades, identificar las interfaces de las actividades claves dentro de las funciones de la organización, centrarse en los factores como recursos, métodos y materiales que mejorarán las actividades, y evaluar los riesgos, consecuencias e impactos de las actividades en los clientes, proveedores y otras partes interesadas.

Enfoque del sistema para la gestión: se define como identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema que contribuyen a la eficiencia y eficacia de una organización en el logro de sus objetivos. Entre los beneficios claves que trae consigo este ítem encontramos la integración y alineación de los procesos que alcanzarán mejor los resultados deseados, y la capacidad para enfocar los esfuerzos en los procesos principales, proporcionar confianza a las partes interesadas en la coherencia, eficacia y eficiencia de la organización. La aplicación normalmente conduce a estructurar un sistema para alcanzar los objetivos de la organización de la forma más eficaz y eficiente, entender las interdependencias existentes entre los diferentes procesos del sistema, estructurar los enfoques que armonizan e integran los procesos, proporcionar una mejor interpretación de los papeles de responsabilidades necesarias para la consecución de los objetivos comunes, y así reducir barreras interfuncionales, entender las capacidades organizativas y establecer las limitaciones de los recursos antes de actuar, definir y establecer como objetivo la forma en que deberían funcionar las actividades específicas dentro del sistema, y mejorar continuamente el sistema a través de la medición y la evaluación.

Mejora continua: en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta. Los beneficios claves que trae consigo son incrementar la ventaja competitiva a través de la mejora de las capacidades organizativas, alineación de las actividades de mejora a todos los niveles con la estrategia organizativa establecida y la flexibilidad para reaccionar rápidamente a las oportunidades. La aplicación del principio normalmente conduce a la aplicación de un enfoque a toda la organización coherente para la mejora continua del desempeño de la organización proporcionar al personal de la organización formación en los métodos y herramientas de la mejora continua, hacer que la mejora continua de los productos, procesos y sistemas sea un objetivo para cada persona dentro de la organización, establecer objetivos para orientar la mejora continua, y medidas para hacer el seguimiento de la misma, y reconocer y admitir las mejoras.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información. Los beneficios claves que trae consigo son las decisiones basadas en la información, aumento de la capacidad para demostrar la eficiencia de decisiones anteriores a través de la referencia a registros objetivos, y aumento de la capacidad para revisar, cuestionar y cambiar las opiniones de decisiones. Y la aplicación de este principio conduce a asegurarse de que los datos y la información son suficientemente precisos y fiables, hacer accesibles los datos a quienes los necesitan, analizar los datos y la información empleando métodos válidos, y tomar decisiones y emprender en base al análisis objetivo, en equilibrio con la experiencia y la intuición.

Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. Los beneficios aplicables son el aumento de la capacidad de crear valor para ambas partes, flexibilidad y rapidez de respuesta conjunta a un mercado cambiante a las necesidades y experiencias del cliente, y la optimización de costos y recursos. La aplicación conduce a establecer relaciones que equilibren los beneficios a corto plazo con las consideraciones a largo plazo, poner en común experiencia y recursos con los aliados de negocio, identificar y seleccionar los proveedores claves, comunicación clara y abierta, compartir información y planes futuros, establecer actividades conjuntas de desarrollo y mejora, e inspirar, animar y reconocer las mejoras y los logros obtenidos por los proveedores.

Coordinación, cooperación y articulación: el trabajo en equipo y entre las mismas entidades es de gran importancia para el desarrollo de las relaciones que benefician a los clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles de la empresa. Dentro de los beneficios claves encontramos la unificación de criterios para alcanzar un bien común, y la integración entre el personal de la organización y las empresas afines. La aplicación conduce a mejorar el desempeño interinstitucional en cuanto a la integración, cooperación y articulación de criterios en base del mejoramiento de la organización.

Transparencia: la gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras, por tal motivo, es importante que las organizaciones garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos facilitando el control social. La aplicación conduce a demostrar que la organización trabaja en forma legal y hace las cosas bien de tal forma que en cualquier momento se puede realizar una auditoría y demuestra que su forma de hacer las cosas es como está descrito.

3.4.2 Componentes del sistema de habilitación:

Los componentes del sistema de habilitación para IPS están definidos en la resolución 1439 de 2002, los cuales se enuncian a continuación de manera general permitiendo obtener un panorama de lo que esta norma exige.

Principios de la formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica

Los estándares establecidos en el sistema de habilitación son claros, explícitos y sencillos para facilitar una evaluación objetiva y homogénea. Estos estándares son los necesarios y suficientes para reducir los riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios de los servicios de salud.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.

Se refiere de forma general al estado financiero en el que se deben encontrar y mantener las IPS de manera que sean económicamente sostenibles.

Anexo técnico 1.

En este anexo se presentan los estándares y las condiciones tecnológicas y científicas que deben cumplir las IPS de acuerdo con lo estipulado en el SUH.

En este anexo se hace referencia a nueve grandes componentes llamados *estándares* que hacen parte del funcionamiento habitual de las IPS, de los cuales se menciona para cada uno los requisitos o elementos que debe poseer la IPS de acuerdo con los servicios asistenciales que ésta ofrece.

La resolución 1439 de 2002 presenta estos estándares con la siguiente estructura:

Nombre del estándar

Estándar: Descripción del requisito general del estándar que debe cumplir la I.P.S.

Criterios: Son las condiciones más detalladas de lo que se describió en el estándar y que debe cumplir la I.P.S.

Tabla: Muestra en detalle los requisitos a cumplir en el estándar por cada uno de los servicios que se pueden prestar en la I.P.S.

SERVICIO	ESTANDAR
Cada uno de los servicios que puede prestar la IPS.	Descripción detallada de los requisitos a cumplir en cada servicio.

A continuación se describe cada estándar y se presentan de manera general los requisitos para cada uno.

Recursos Humanos

Estándar: Se refiere al personal asistencial de la IPS que presta los servicios de salud a los usuarios.

Criterios:

Título formal en institución reconocida por el Estado

Procesos de selección de personal

Requisitos de formación y entrenamiento

Supervisión del personal en entrenamiento

Tabla: Perfiles del recurso humano exigido para los servicios.

Infraestructura - Instalaciones Físicas – Mantenimiento

Estándar: Instalaciones físicas de las áreas asistenciales en condiciones y con mantenimiento adecuados.

Criterios:

Edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.

Suministro garantizado de servicios públicos, comunicaciones, manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos.

Procesos de limpieza y asepsia en las áreas donde se requiera y características de los pisos, techos y paredes.

Ubicación en lugares que no se encuentren con riesgo inminente de desastres naturales o de salubridad.

Tabla: Condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución y mantenimiento exigidas para los servicios.

Dotación – Mantenimiento

Estándar: Equipos indispensables para prestar los servicios de salud en condiciones y con mantenimiento adecuados.

Criterios:

Equipos con condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.

Programa de revisiones preventivas periódicas de los equipos y calibración de los mismos.

Hoja de vida de los equipos.

Tabla: Detalle de la dotación, equipos y su mantenimiento mínimos obligatorios por servicio.

Insumos – Gestión de insumos

Estándar: Procesos para el manejo de los insumos, condiciones de almacenamiento, distribución y entrega.

Criterios:

Especificaciones técnicas para la adquisición de insumos.

Procedimientos y condiciones técnicas para el almacenamiento y la distribución, así como procedimientos para controlar estas condiciones.

Disponibilidad permanente de los insumos indispensables para la prestación de los servicios.

Tabla: No tiene.

Procesos prioritarios asistenciales

Estándar: Procesos asistenciales documentados, guías clínicas internas o legales y acciones para divulgar su contenido y controlar su cumplimiento.

Criterios:

Procedimientos o guías clínicas de atención y protocolos de enfermería para los

servicios mas frecuentes, incluyendo las actividades para verificar su cumplimiento.

Procedimientos, guías y protocolos conocidos por el personal correspondiente.

Guías de atención para las patologías que corresponden a las 10 primeras causas de consulta o egreso.

Normas técnicas de detección temprana y protección específica para actividades de promoción y prevención.

Procedimientos para el manejo de residuos hospitalarios o de riesgo biológico.

Procedimiento para la revisión del equipo de reanimación, la solicitud de interconsultas y un sistema de alerta en los servicios que aplica.

Procedimientos de coordinación entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento.

Guías para el manejo de gases medicinales, tanques de agua y sistemas de alarma.

Procedimientos para la entrega de turno y ronda médica.

Tabla: Detalle de los procedimientos, procesos, guías y protocolos por servicio.

Historia Clínica y Registros Asistenciales

Estándar: Manejo adecuado de la historia clínica y de otros registros de procesos clínicos.

Criterios:

Apertura de historia clínica.

Historia única institucional y registro de entrada y salida de historias del archivo.

Historias clínicas identificadas adecuadamente, con los contenidos y anexos mínimos.

Custodia y conservación integral de las historias.

Procedimientos y mecanismos de seguridad para el manejo de las historias cuando se utilizan medios electrónicos.

Diligenciamiento y conservación de los otros registros asistenciales.

Tabla: No tiene.

Interdependencia de Servicios

Estándar: Se refiere a los servicios asistenciales que debe tener la IPS para garantizar la atención oportuna e integral a los usuarios.

Criterios:

Se relaciona para cada servicio, las áreas o servicios complementarios de que debe disponer la IPS para prestar una atención completa.

Tabla: No tiene.

Referencia de Pacientes

Estándar: Guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de

pacientes.

Criterios:

Definición formal de los flujos de urgencias de pacientes.

Tabla: Menciona los procesos y servicios de apoyo que se deben aplicar para la referencia de pacientes de acuerdo al servicio ofrecido.

Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

Estándar: Se refiere a los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos que se pueden presentar en la prestación de los servicios de salud.

Criterios:

De acuerdo al servicio que se presta se deben identificar los riesgos, evaluarlos y hacerles un seguimiento.

Tabla: No tiene.

3.4.3 Componentes del sistema de acreditación

El sistema de acreditación está compuesto por la Resolución 1474 de 2002 donde se describen las funciones de la entidad acreditadora, y su anexo técnico, el cual referencia al manual de estándares para la acreditación en instituciones prestadoras de servicios de salud y presenta los lineamientos conceptuales e instrumentales que guían el procesos de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación.

Entre las bases conceptuales encontramos términos de importancia descritos en el anexo técnico de la siguiente manera:

“Garantía de la calidad: conjunto de acciones que deliberadamente y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar mantener o mejorar la calidad. Mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y la atención centrada en el cliente: el mejoramiento continuo es un filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la cual en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes / usuarios y sus familias. Este enfoque introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el MCC, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios de sus familias, de nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.”

Entre los propósitos del sistema único de acreditación se encuentra que tiene como misión la mejora de la gestión por medio de la calidad de las organizaciones de salud, es un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa con unos estándares óptimos factibles para mejorar cada día la salud de los usuarios, la visión es prestarse como un mecanismo de credibilidad para direccional el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia y entre los principios fundamentales encontramos la confidencialidad, la eficiencia y la gradualidad.

Los estándares en los cuales se basa la resolución se encuentran ordenados de

modo de que en la primera sección aparecen los estándares del proceso de atención a los usuarios y una segunda sección en la que se hallan los estándares de apoyo administrativo – gerencial a los procesos asistenciales.

La Resolución cuenta con los siguientes estándares:

Estándar de procesos de atención al cliente – asistencial: donde se encuentra el proceso de atención de un paciente en una institución hospitalaria. Pretende señalar el camino en la relación paciente – organización en el proceso de atención. La organización debe tener definida la política con respecto a los derechos de los clientes, donde debe estar definida la admisión para la atención inicial e información del paciente, el registro para la atención, la evaluación inicial de ingreso y el consentimiento informado. Se debe contar con un proceso de gestión de la atención, el cual debe contener un sistema de información, manejo de quejas y el proceso y políticas de aislamiento de pacientes. Proceso para el egreso del paciente y monitoreo por medio de indicadores de desempeño.

Estándar de direccionamiento: debe estar en capacidad permanente de desarrollar, implementar y desplegar competencias organizacionales que oriente a la organización hacia la calidad. Los principales ítems para tener en cuenta en este estándar son la misión, la visión, los principios y valores de la organización proceso de vinculación y selección del gerente, directivos y equipo de trabajo asistencial, y los indicadores que evalúan la calidad del direccionamiento.

Estándar de gerencia: es responsabilidad de la gerencia de la organización garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar las tipos de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. Involucra los procesos de identificación de clientes internos y externos, la identificación de necesidades, asignación de recursos y el mejoramiento continuo.

Estándar de gerencia de recursos humanos: basado en filosofías de mejoramiento continuo de la calidad. Se debe tener presente a los trabajadores de la organización ya que ellos son clientes internos y su participación es valiosa en la toma de decisiones, en la implementación y en la retroalimentación. Los procesos a tener en cuenta son el cumplimiento de condiciones básicas por clientes internos, la planeación del recurso humano, la evaluación del personal por medio de competencias, calificaciones, inducción, entrenamiento y capacitación, y los procesos de mejoramiento continuo y el proceso de salud ocupacional y seguridad industria.

Estándar de gerencia del ambiente físico: la provisión de los servicios y desarrollo de los procesos se desarrolla dentro de un ambiente trae una serie de riesgos con consecuencias adversas al bienestar de los clientes y de los empleados. Los procesos a tener en cuenta son la política y gerencia del ambiente físico (recursos físicos), control de infecciones, control y manejo de emergencias y desastres, indicadores de gerencia de ambiente físico y el proceso de mejoramiento continuo.

Estándar de gerencia de la información: pretende señalar los elementos de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso de gerencia de la información y de los recursos utilizados para el adecuado desarrollo. Los procesos a tener en cuenta son el de atención y necesidad del cliente (planeación, direccionamiento,

mejoramiento de la organización, gestión de recursos, productividad), indicadores de gerencia de la información, y el proceso de mejoramiento continuo.

3.4.4 Compatibilidad entre los tres sistemas

En la siguiente tabla se identifican las correspondencias entre estos tres sistemas, de manera que se pueda observar en una forma resumida los componentes de cada uno y la relación que tienen con los demás. Con ello se pretende encontrar la complementariedad de estas tres normas partiendo del sistema de habilitación como la base para la implementación del sistema de Gestión de la calidad, y a su vez este último como plataforma para la acreditación.

Tabla 1. Compatibilidad entre los tres sistemas

SISTEMA DE HABILITACION RESOLUCIÓN 1439 DE 2002		SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2004		SISTEMA DE ACREDITACION RE 2002
TEMA	NUMERAL	TEMA	NUMERAL	TEMA
Principios	Artículo 2	Principios Enfoque al cliente	1.2 5.2	Principios Derechos de los pacientes Gerencia
		Objeto	2.1	Misión, visión
		Aplicación	2.2	Definición
		Términos y definiciones	3.	
Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	Artículo 5	Compromiso de la dirección Provisión de recursos	5.1 e) 6.1	Direccionamiento Ger
Recursos humanos	Anexo técnico 1, numeral 1	Compromiso de la dirección Generalidades del talento humano Competencia, toma de conciencia y formación	5.1 e) 6.2.1 6.2.2	Derechos de los pacientes Direccional humanos
Infraestructura - instalaciones físicas – mantenimiento	Anexo técnico 1, numeral 2	Compromiso de la dirección Provisión de recursos Infraestructura Proceso de adquisición de bienes y servicios Información para la adquisición de bienes y servicios Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	5.1 e) 6.1 6.3 7.4.1	Gerencia Recursos humanos Ambiente físico
Dotación - mantenimiento	Anexo técnico 1, numeral 3	Compromiso de la dirección Provisión de recursos Infraestructura Proceso de adquisición de bienes y servicios Información para la adquisición de bienes y servicios Verificación de los productos y/o servicios adquiridos Control de los dispositivos de seguimiento y de medición	5.1 e) 6.1 6.3 7.4.1	Gerencia Recursos humanos Ambiente físico Información
Insumos – gestión de insumos	Anexo técnico 1, numeral 4	Compromiso de la dirección Provisión de recursos Proceso de adquisición de bienes y servicios Información para la adquisición de bienes y servicios Verificación de los productos y/o servicios	5.1 e) 6.1 7.4.1 7.4.2	Gerencia Ambiente físico 7.4.3 7.5.3 7.5.5

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

SISTEMA DE HABILITACION RESOLUCIÓN 1439 DE 2002	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2004	SISTEMA DE ACREDITACION 2002	
		adquiridos Identificación y trazabilidad Preservación del producto y/o servicio	
Procesos prioritarios asistenciales	Anexo técnico 1, numeral 5	Requisitos generales Generalidades de la gestión documental Manual de la calidad Planificación de la prestación del servicio Determinación de los requisitos relacionados con el servicio Revisión de los requisitos relacionados con el servicio Planificación del diseño y desarrollo del servicio Elementos de entrada para el diseño y desarrollo Resultados del diseño y desarrollo Revisión del diseño y desarrollo Verificación del diseño y desarrollo Validación del diseño y desarrollo Control de los cambios del diseño y desarrollo Control de la producción y prestación del servicio Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio Control de los dispositivos de seguimiento y evaluación Generalidades de la medición, análisis y mejora Auditoría interna Seguimiento y medición de los procesos Seguimiento y medición del servicio	4.1 4.2.1 4.2.2 4.2.3 4.2.4 7.1 7.2.1 7.2.2 7.3.1 7.3.2 7.3.3 7.3.4 7.3.5 7.3.6 7.3.7 7.3.8 7.3.9 7.3.10 7.3.11 7.3.12 7.3.13 7.3.14 7.3.15 7.3.16 7.3.17 7.3.18 7.3.19 7.3.20 7.3.21 7.3.22 7.3.23 7.3.24 7.3.25 7.3.26 7.3.27 7.3.28 7.3.29 7.3.30 7.3.31 7.3.32 7.3.33 7.3.34 7.3.35 7.3.36 7.3.37 7.3.38 7.3.39 7.3.40 7.3.41 7.3.42 7.3.43 7.3.44 7.3.45 7.3.46 7.3.47 7.3.48 7.3.49 7.3.50 7.3.51 7.3.52 7.3.53 7.3.54 7.3.55 7.3.56 7.3.57 7.3.58 7.3.59 7.3.60 7.3.61 7.3.62 7.3.63 7.3.64 7.3.65 7.3.66 7.3.67 7.3.68 7.3.69 7.3.70 7.3.71 7.3.72 7.3.73 7.3.74 7.3.75 7.3.76 7.3.77 7.3.78 7.3.79 7.3.80 7.3.81 7.3.82 7.3.83 7.3.84 7.3.85 7.3.86 7.3.87 7.3.88 7.3.89 7.3.90 7.3.91 7.3.92 7.3.93 7.3.94 7.3.95 7.3.96 7.3.97 7.3.98 7.3.99 7.3.100
Historia clínica y registros asistenciales	Anexo técnico 1, numeral 6	Generalidades de la gestión documental Control de los registros Control de los dispositivos de seguimiento y evaluación Auditoría interna Seguimiento y medición	4.2.1 4.2.4 7.6 7.6.1 7.6.2 7.6.3 7.6.4 7.6.5 7.6.6 7.6.7 7.6.8 7.6.9 7.6.10 7.6.11 7.6.12 7.6.13 7.6.14 7.6.15 7.6.16 7.6.17 7.6.18 7.6.19 7.6.20 7.6.21 7.6.22 7.6.23 7.6.24 7.6.25 7.6.26 7.6.27 7.6.28 7.6.29 7.6.30 7.6.31 7.6.32 7.6.33 7.6.34 7.6.35 7.6.36 7.6.37 7.6.38 7.6.39 7.6.40 7.6.41 7.6.42 7.6.43 7.6.44 7.6.45 7.6.46 7.6.47 7.6.48 7.6.49 7.6.50 7.6.51 7.6.52 7.6.53 7.6.54 7.6.55 7.6.56 7.6.57 7.6.58 7.6.59 7.6.60 7.6.61 7.6.62 7.6.63 7.6.64 7.6.65 7.6.66 7.6.67 7.6.68 7.6.69 7.6.70 7.6.71 7.6.72 7.6.73 7.6.74 7.6.75 7.6.76 7.6.77 7.6.78 7.6.79 7.6.80 7.6.81 7.6.82 7.6.83 7.6.84 7.6.85 7.6.86 7.6.87 7.6.88 7.6.89 7.6.90 7.6.91 7.6.92 7.6.93 7.6.94 7.6.95 7.6.96 7.6.97 7.6.98 7.6.99 7.6.100

SISTEMA DE HABILITACION RESOLUCIÓN 1439 DE 2002	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2004	SISTEMA DE ACREDITACION RE 2002		
		de los procesos Seguimiento y medición del servicio		
Interdependencia de servicios	Anexo técnico 1, numeral 7	Manual de la calidad	4.2.2	Gerencia Ambiente físico
Referencia de pacientes	Anexo técnico 1, numeral 8	Requisitos generales Generalidades de la gestión documental Manual de la calidad Control de la producción y prestación del servicio Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio Seguimiento y medición de los procesos Seguimiento y medición del servicio	4.1 4.2.1 4.2.2	Acceso a Registro de ingreso Evaluación inicial de necesidades al ingreso Planeación del cuidado y tratamiento Ejecución del tratamiento Evaluación del tratamiento Salida y seguimiento Ambiente físico
Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	Anexo técnico 1, numeral 9	Información para la revisión Control de la producción y prestación del servicio Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio Control de los dispositivos de seguimiento y evaluación Satisfacción del cliente Auditoría interna Seguimiento y medición de los procesos Seguimiento y medición del servicio	5.6.2 h) 7.5.1 7.5.2	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico Información
		Control de documentos	4.2.3	Recursos humanos Información
		Compromiso de la dirección	5.1	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico
		Política de la calidad	5.3	Direccionamiento
		Objetivos de la calidad	5.4.1	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico
		Planificación del sistema de gestión de la calidad	5.4.2	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico
		Responsabilidad y autoridad	5.5.1	Direccionamiento
		Representante de la dirección	5.5.2	Direccionamiento
		Comunicación interna	5.5.3	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico
		Generalidades de la revisión	5.6.1	Direccionamiento Gerencia Ambiente físico

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

SISTEMA DE HABILITACION RESOLUCIÓN 1439 DE 2002	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2004	SISTEMA DE ACREDITACION 2002
	por la dirección	humanos
	Información para la revisión	Direccionamiento C humanos Informac
	Resultados de la revisión	Direccionamiento C humanos Informac
	Ambiente de trabajo	Gerencia Recursos humanos Ambiente físico
	Comunicación con el cliente	Direccionamiento C
	Propiedad del cliente	Ambiente físico
	Control del producto y/o servicio no conforme	Gerencia Informac
	Análisis de datos	Gerencia Recursos humanos Informac
	Mejora continua	Mejoramiento de la calidad Informació
	Acción correctiva	Mejoramiento de la calidad Informació
	Acción preventiva	Mejoramiento de la calidad Informació

En la tabla anterior se puede observar por ejemplo cómo a partir de los procesos asistenciales se desencadenan las principales acciones del sistema de gestión de la calidad y del sistema de acreditación. Se nota además que entre los componentes de la norma NTCGP 1000:2004 y el sistema de acreditación existe mucha compatibilidad, pues el cumplimiento de cada uno de los requisitos de esta norma es un punto a favor para llegar a alcanzar niveles superiores de calidad.

Este cuadro ofrece entonces una guía para que una institución prestadora de servicios de salud que se encuentra actualmente habilitada, identifique más fácilmente en cuáles aspectos debe concentrar sus esfuerzos para cumplir los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004. Obviamente es necesario consultar cada numeral de la norma y la guía presentada en el anexo 3 de esta monografía cuando se quieren saber los detalles del requisito correspondiente.

Así mismo se aclara que cada uno de los estándares del sistema de acreditación presentados en la resolución 1474 de 2002 contiene los aspectos detallados que se deben tener en cuenta para su implementación en la entidad. En esta tabla se pueden encontrar los numerales de cada estándar que son aplicables a cada numeral de la NTCGP 1000:2004 con el fin de ubicarlos más fácilmente.

4. METODOLOGÍA

La metodología que se estableció para el desarrollo de esta monografía fue la siguiente:

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA NORMA NTC GP1000:2004 POR PARTE DE LAS IPS PÚBLICAS

Dada la reciente expedición de la norma NTC GP1000:2004 por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, se hizo un sondeo en entidades prestadoras de servicios de salud por medio de una encuesta, para la cual se escogió como escenario una reunión de gerentes de hospitales del occidente antioqueño realizada en el mes de septiembre del presente año en la E.S.E San Juan de Dios del Municipio de Santafé de Antioquia, con el fin de indagar si conocían la norma y, su objeto, si estaban enterados que las IPS que dirigen están cubiertas por esta nueva norma, y si estarían dispuestos a recibir asesoría si fuera necesario para implementar un sistema de gestión de la calidad, al igual que si les gustaría tener acceso a un instrumento para facilitar su implementación. (Ver anexo 1).

Las entidades que hicieron presencia en esta reunión fueron:

E.S.E Hospital Horacio Suescún, Sopenarán

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Santafé de Antioquia

E.S.E Hospital San Francisco de Asís, Anza

E.S.E Hospital San Lorenzo, Liborina

E.S.E Hospital Nuestra Señora de Perpetuo Socorro, Dabeiba

E.S.E Hospital Tobias Puerta, Uramita

E.S.E Hospital San Luís Beltrán, San Jerónimo

E.S.E Hospital San Antonio, Buriticá

Las respuestas de las encuestas se tabularon y se definieron los porcentajes del sondeo, los cuales se presentan en el capítulo de resultados.

4.2 DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SGC BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004

De acuerdo a lo visto en el módulo Asesoría de las Organizaciones de la Especialización en Alta Gerencia con Énfasis en calidad, para la implementación de un sistema de gestión de la calidad bajo cualquier norma, lo mas práctico es realizarla bajo la orientación y actividades de un proyecto; porque permite dimensionar su real importancia, sus costos, trabajar en equipo con participación del personal, establecer indicadores de avance y hacerle seguimiento hasta el logro de los objetivos propuestos (implementación, habilitación, certificación y acreditación).

Un proyecto para la implementación del sistema de gestión de la calidad cuenta con seis etapas básicas, algunas de ellas pueden darse en paralelo de acuerdo al estado de avance que arroje el diagnóstico inicial. Las etapas son:

4.2.1. Diagnóstico:

Se realiza una evaluación inicial del estado de la organización con respecto a los requerimientos del modelo de gestión de la calidad escogido para ser implementado.

Dentro del diagnostico se realizan dos actividades importantes para tener en cuenta:

Análisis estratégico: para realizarlo se encuentra una herramienta muy usada, la matriz DOFA, donde se analizan las fortalezas y debilidades (internas), y las amenazas y oportunidades (externas), donde se consideran los proveedores, los clientes, los competidores y las asociaciones gremiales.

Diagnóstico del grado de cumplimiento de los requisitos de la norma en la organización: se puede hacer por medio de una auditoría de los requisitos utilizando una lista de chequeo (ver anexo 2). Se realiza mediante la relación de la situación actual de la

organización y los requisitos del sistema de gestión de la calidad que se haya escogido para la implementación. Mide cualitativamente qué tan lejos está la organización de alcanzar los requisitos exigidos por la norma, evaluando tanto su nivel de documentación como de implementación y de mejoramiento continuo. Permite conocer el punto de partida para planear el proyecto y alcanzar los objetivos propuestos. Se deben definir ciertos aspectos claves como son el alcance del proyecto (identificar la norma de referencia que se va a utilizar, identificar los procesos que van a estar cubiertos por el proyecto) y los aspectos generales de la organización (actividad que desarrolla la organización, número de empleados, líneas de servicio y aspectos reglamentarios y legales aplicables).

Luego se elabora el informe con los hallazgos encontrados, el cual contiene:

Referencia de la organización

Objetivo del diagnóstico

Análisis DOFA de la organización frente al sistema

Grado en que cumple los diferentes requisitos de la norma

Conclusiones

Recomendaciones

Y por último se presenta el informe de diagnóstico a la empresa.

4.2.2. Capacitación:

Se realiza a un grupo de la organización que contenga representantes de todas las áreas que están involucradas en el sistema, especialmente los líderes. La duración de la capacitación se concerta con la empresa y depende del grado de conocimiento que tengan los miembros de la organización frente al sistema.

4.2.3. Planificación del sistema:

De acuerdo al resultado del diagnóstico se elabora o concerta un plan detallado de trabajo que contiene cada una de las etapas del proyecto con sus respectivos tiempos (cronograma de actividades)

4.2.4. Diseño del sistema de gestión de la calidad:

Presenta varias etapas, entre ellas se encuentran:

- | | |
|-----------------------------|----|
| Identificación de procesos | 1. |
| Caracterización de procesos | 2. |
| Documentación de procesos | 3. |

Para comenzar con la documentación, es recomendable tener en cuenta las siguientes

etapas:

Evaluar la información y la documentación que la entidad tiene en el momento.

Diseño de borradores de los procesos, procedimientos, instructivos, etc.

Evaluación con el equipo de trabajo.

Revisión de la documentación con el líder y/o comité de calidad.

Aprobación por parte del gerente o representante de la dirección.

Durante el desarrollo del proyecto se deben asignar responsabilidades con funciones claras y definidas, como son las del representante de la dirección, el cual lidera el proyecto y se encarga de informar permanentemente a la dirección del avance del mismo; los facilitadores que son los encargados de orientar los procesos en las diferentes áreas; el soporte operativo o documentadores, los cuales son los que ayudan en la transcripción de la documentación de todo el sistema de gestión de la calidad; y el personal en general, a quienes se les involucra en el proceso participando en la elaboración de los procedimientos documentados.

Se requiere que los ejecutores del proceso describan la manera como lo realizan, identificando si se ajusta a los requerimientos definidos por la norma de referencia utilizada. Dentro de los beneficios de la documentación se encuentran:

Permite que el dueño del proceso reflexione sobre su trabajo y analice si las actividades que está llevando a cabo son o no son necesarias para lograr un producto de calidad.

Unifica el lenguaje en la organización.

Preserva el saber hacer de la empresa.

Facilita los procesos de inducción y entrenamiento.

4.2.5. Implementación:

La puesta en ejecución de los procesos de acuerdo a lo diseñado.

En esta etapa se debe:

Realizar socialización del sistema por medio de talleres, actividades lúdicas y/o concursos; los cuales motivan al personal y evidencian el entendimiento del sistema de gestión de la calidad.

Reuniones del comité encargado del sistema (comité de calidad).

Mediciones del desempeño del proceso y del servicio.

Medición de la satisfacción del cliente.

4.2.6. Verificación:

Consiste, por medio de la auditoría, en establecer la conformidad del sistema. En esta etapa se realizan varios tipos de auditorías:

Auditoría internas de calidad: es realizada por personas de la organización capacitadas como auditores internos. Estas auditorías son periódicas y planeadas, lo que indica que el sistema de calidad permanentemente se va a revisar y tendrá mejoramiento.

Preauditoría: es una auditoría opcional que se realiza con un ente externo contratado, el cual evalúa el estado real del sistema de gestión de la calidad. Los resultados de ésta sirven de base para implementar ajustes que permitan dejar el sistema a punto para el proceso de certificación.

La auditoría de certificación: la realiza un organismo externo autorizado por el gobierno para certificar la conformidad del sistema bajo la Norma NTC GP1000:2004.

Para la certificación bajo la norma NTC GP1000:2004 y la acreditación, la organización elige la entidad que mas le convenga y que tenga el reconocimiento de los clientes en el mercado que ella atiende, en el caso de las entidades de salud es el ICONTEC, el cual fue elegido por el Ministerio de Protección Social mediante la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, por medio de un concurso de meritos MPS-03-2003 como entidad acreditada para el Sistema Único de Acreditación (SUA), al igual que para la certificación bajo la Norma NTC GP1000:2004.

4.3 CALIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE NORMA NTC GP1000:2004 FRENTE AL SISTEMA DE ACREDITACIÓN

Para realizar la calificación de los estándares de acreditación se tomó como referencia una IPS que tuviera un sistema de gestión de la calidad implementado y funcionando bajo la norma NTC GP1000:2004, con el fin de evaluar que tan cerca se encuentra la entidad de acreditarse con solo tener el cumplimiento de lo exigido por la norma anteriormente citada. Es de anotar que la IPS ya debe de estar cumpliendo los requisitos de la habilitación descritos en la Resolución 1439 de 2002 para poder acceder a la acreditación y aún más estar funcionando.

Se calificó cada estándar de acreditación descrito en la resolución 1474 de 2002, como lo describe la misma resolución teniendo en cuenta el enfoque e implementación, y el de sus correspondientes variables, así como el estándar a evaluar (tabla 2). En cada estándar se define el grado de desarrollo de la organización teniendo como referencia la escala de calificación de numeral 3, que nos indica que la organización se encuentra en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación. Se comparó la organización con las características del numeral 3 si supera las características de este numeral se pasa al cuatro y si por el contrario el grado de madurez es menor se devuelve al 2; y así sucesivamente se sigue hacia arriba o hacia abajo.

El estándar se debe calificar teniendo en cuenta el enfoque y la implementación como un todo, no deben ser calificados por separado.

El mecanismo para dar la calificación final a cada estándar fue el sugerido por el

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

Centro de Gestión Hospitalaria, donde el valor a tener en cuenta es la moda, o sea el valor que mas se repita, y en el caso donde sea difícil su identificación se toma el valor que mejor califique el estándar de acuerdo a las condiciones de la empresa; no se utiliza el promedio aritmético. El resultado final de la calificación institucional se realiza de la misma forma.

La calificación correspondiente a cada estándar se describe en el anexo 4.

Tabla 2. ESCALA DE CALIFICACIÓN

Variables	1	2	3	4
ENFOQUE				
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene un grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.
Impacto		.		Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación en los procesos más importantes
IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE				
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas,	Existe un enfoque implementado en todas las áreas, con brechas significativas en áreas de soporte
Despliegue al	El enfoque no se	Hay evidencias de	Hay evidencias de	El enfoque se desp

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

Variables	1	2	3	4
cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	despliega hacia los clientes	despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente

5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

En la reunión realizada en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santafé de Antioquia el pasado mes de septiembre del presente año, se obtuvieron las respuestas a ocho encuestas, donde al analizar los resultados se evidenció la siguiente información:

Tabla 3

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

PREGUNTA	SI	%	NO	%	No resp.	%
1. Conoce la norma NTC GP1000:2004?			8	100		
2. Sabe usted cual es el objeto de la norma NTC GP1000:2004?			8	100		
3. Sabe a que entidades aplica?			8	100		
4. Si la entidad que usted dirige se encuentra cubierta por esta norma, ¿estaría dispuesto(a) a recibir asesoría para su Implementación?	3	37.5	3	37.5	2	25
5. Le parece importante tener acceso a un instrumento metodológico (cartilla, manual) para facilitar su implementación?	3	37.5	1	12.5	4	50

3

Con respecto a las tres primeras preguntas donde se indagaba acerca del conocimiento de la Norma NTC GP1000:2004, cual es su objeto y a que entidades aplica, el 100% de los encuestados manifiestan su desconocimiento y desinformación. Se evidenció que los encuestados, quienes son los altos directivos de los hospitales del occidente antioqueño, hasta el momento no conocen la norma NTC GP1000:2004 y no tienen ninguna referencia de ella. Al mismo tiempo no saben que como entidad de salud del sector público están obligados y cobijados por ella, y que en un término de cuatro años deberá estar implementado y funcionado un sistema de gestión de la calidad que garantice la calidad de la prestación de los servicios ofrecidos a la comunidad en general.

En cuanto a la cuarta pregunta donde se hace referencia que si estarían dispuestos a recibir asesoría para la implementación de la norma, es decir de un sistema de gestión de la calidad, el 37.5% de los encuestados no están interesados y no evidencian tener ningún compromiso de liderazgo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad bajo esta norma que garantiza la prestación del servicio. El 37.5% de los gerentes sí están interesados pero reflejan que solo si el estado les brinda la colaboración necesaria para poderlo realizar y si es estrictamente necesario. El 25% no respondió la pregunta, queda la duda de que no se quiere implementar el sistema o que no les interesa la nueva norma que ha emitido el Estado, o que por desconocimiento no saben de la importancia y el tiempo que tienen para su implementación.

Y en la última pregunta donde se les indagaba si les serviría un instrumento metodológico que les facilite su implementación, el 37.5% declara que es de ayuda y les gustaría tener acceso a él, mientras que al 12.5% no le interesa; pero se evidencia que un alto porcentaje, el 50%, se niega a responder esta pregunta, dejando entre dicho que no les interesa en lo rotundo la implementación de un sistema de gestión de la calidad, reiterándose que se posee un total desconocimiento de la norma y al mismo tiempo no se sabe de su importancia y la vigencia que se tiene para su implementación.

³ Tabla 3. Resultados de las encuestas

5.2 GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004

Teniendo en cuenta todos los requisitos de la Norma NTC GP1000:2004, se elaboró una guía que tiene como objetivo describir los lineamientos a tener en cuenta en el momento de implementar un sistema de gestión de la calidad, con el fin de orientar al personal de las instituciones de salud sobre lo que es esencial de cada ítem y cómo se puede lograr de tal modo que se facilite la estructuración del sistema y la puesta en marcha del mismo. Un beneficio clave de esta guía es que proporciona herramientas para llevar a cabo las actividades dentro de un proyecto de implementación de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2004 y a la vez permite hacer una planeación mas efectiva del mismo. (Ver anexos 2 y 3).

5.3 CALIFICACIÓN DE UN S.G.C BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

Al evaluar cada estándar calificado, se obtuvo como resultado final lo siguiente:

ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
Estándares de direccionamiento	4
Estándares de gerencia	4
Estándares de gerencia de recursos humanos	4
Estándares de gerencia del ambiente físico	3
Estándares de gerencia de la Información	4
CALIFICACIÓN TOTAL	4

4

Según la calificación de todos los estándares se obtuvo como calificación final un cuatro(4), dejando a la organización en un puntaje óptimo para acceder a la acreditación, ya que la entidad acreditadora, en este caso ICONTEC otorga certificados de acreditación con un mínimo de tres (3).

Queda evidenciado que una IPS pública con un sistema de gestión de la calidad

⁴ Tabla 4. Resultados de la calificación de los estándares de acreditación.

implementado bajo la Norma NTC GP1000:2004 puede acceder fácilmente a una acreditación y estará en la capacidad de responder efectiva y eficazmente al sistema único de acreditación, dejando a la entidad en un nivel de cumplimiento óptimo para demostrar que es una entidad que trabaja con calidad y en pro de sus clientes internos y externos, y a su vez posesionarse en el mercado para obtener más contratos y hacer mas rentable su negocio con respecto a las demás organizaciones.

6. CONCLUSIONES

Con el desarrollo de esta monografía se demostró una vez mas la importancia del seguimiento y la evaluación de los procesos de la atención en salud, ya que a través de la utilización de las diferentes herramientas que se emplean en la implementación de los sistemas de gestión y garantía de la calidad, se puede lograr elevar el nivel de la calidad de la atención en salud hacia los estándares óptimos deseados.

La incorporación de elementos provenientes de otras disciplinas como la administración, la producción industrial y la teoría general de sistemas en los procesos de atención en salud ha contribuido a estimular la producción de servicios de salud interiorizando cada vez mas el concepto de calidad por parte de las instituciones que componen el sistema general de seguridad social en salud.

El Sistema Único de Habilitación se constituye entonces en la base para la implementación del sistema de gestión de la calidad al proporcionar los elementos iniciales que garantizan el acceso a los servicios de salud en condiciones mínimas de calidad. A su vez la NTC GP1000:2004 nos muestra un sistema de gestión de la calidad como un todo, integrando todos los servicios de la entidad y constituyéndose en un buen punto de partida para llegar a alcanzar la acreditación tan anhelada.

Queda evidenciado por medio de las encuestas realizadas en IPS públicas, el desconocimiento de la Norma NTC GP1000:2004, y que hasta el momento no hay ninguna iniciativa por parte de las mismas para comenzar a implementar un sistema de gestión de la calidad que dé cumplimiento a esta norma.

A nivel personal y profesional la realización de esta monografía nos aportó conocimiento en cuanto al cumplimiento de unos estándares que deben tener las IPS para la buena realización de sus funciones y que en el quehacer diario de nuestras profesiones nos orienta al buen ejercicio de la labor como empleadas en instituciones de salud, sin dejar de paso que podemos aportar lo aprendido y lo experimentado para lograr el buen desempeño de la organización y en el futuro la acreditación de la misma.

Es necesario para que una IPS acceda a una acreditación tener un sistema de gestión de la calidad implementado, con el fin de hacer más fácil y llevadero el cumplimiento de todos los ítems y estándares necesarios para el buen funcionamiento y que a mitad del camino no fallezca o quede grande.

RECOMENDACIONES

Con el trabajo realizado en esta monografía una IPS puede tomarla como guía para comenzar a implementar su sistema de gestión de la calidad con miras a la acreditación, ya que en ella se describen todos los ítems necesarios y solicitados por la Norma NTC GP1000:2004 y que son de utilidad para la buena ejecución del sistema.

Se puede recomendar para el desarrollo de otra monografía la aplicación práctica de la guía descrita anteriormente en una empresa de salud que quiera acceder a la acreditación, y evaluar de forma práctica cómo incide un sistema de gestión de la calidad bajo la Norma NTC GP1000:2004 como plataforma para la acreditación bajo la Resolución 1474 de 2002.

Dado el poco conocimiento que se tiene de la norma NTCGP 1000:2004 entre las instituciones del sector salud, se recomienda por parte del estado dar una mayor difusión sobre ésta y empezar a brindar el apoyo y acompañamiento del que se habla en el artículo 8 de la ley 872 de 2003. De manera que después de un tiempo de haber llevado a cabo estas actividades, se realice un diagnóstico a nivel nacional sobre el grado de implementación de la norma y sobre los beneficios o dificultades que se hayan presentado.

BIBLIOGRAFÍA

- COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Norma técnica de calidad en la gestión pública NTC GP1000:2004. Bogotá D.C.: El Departamento, 2004. 53 p.
- QUIROZ A., Héctor A. Fundamentos y legislación de la calidad y auditoría en salud. Colombia: Editorial Zuluaga, 2001. 294 p.
- DUQUE, José Humberto. ISO 9000 en clínicas y hospitales de categoría mundial. En: Promotora Médica Las Américas S.A. Vol. 9, No. 1. (Nov 2001); p. 22-23.
- CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Requisitos esenciales: realidades y expectativas de un instrumento fundamental. En: Vía Salud. No.14. (Cuarto trimestre 2000); p 8-15.
- CAICEDO, Carlos. La importancia sobre la normatización sobre calidad: a propósito sobre el decreto sobre garantía de calidad. En: Vía Salud. No.2. (Sep 1997); p 24-26.
- ESGUERRA, Roberto. El decreto de garantía de calidad: algo que el sistema estaba necesitando. En: Vía Salud. No.2. (Sep 1997); p 27.
- CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA Colombia y el interés por calidad En: Vía Salud. No.12. (Segundo trimestre 2000); p 3-4.
- CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia En: Vía Salud. No.12. (Segundo trimestre 2000); p 5-12.

CONSORCIO ASOCIACIÓN CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA-CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION-QUALIMED. Proyecto: evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Bogotá, D:C, 2001. 44 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002, Octubre 15, 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. Bogotá D.C: El Ministerio, 2002.

COLOMBIA. CONGRESO. Ley 872 de 2003, Diciembre 30, por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá D.C: El Congreso, 2003.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 4110 de 2004, Diciembre 9, por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública. Bogotá D.C: El Departamento, 2004.

LÓPEZ C, Francisco José. ISO 9000 y la planificación de la calidad. Guía para la planificación de la calidad con orientación en la gestión por procesos. Colombia: ICONTEC, 2004. 127 p.

Memorias Diploma en gestión y auditoría de la calidad en ISO 9000 y gestión y auditoría ambiental en ISO 14000. Universidad de Antioquia. Facultad de Ingeniería, Centro de extensión Académica Grupo Regional ISO.

REFERENCIAS DE INTERNET

<http://www.cmdcm.com.ve/noticias/noticias.asp?id=48>

http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/A/AM70-AS_acreditacion/AM70-AS_acreditacion.a

<http://www.unydos.com/acreditacion/csua.php>

<http://www.cgh.org.co/portafolio/oferta.htm>

<http://docencia.udea.edu.co/bibliotecologia/procesosycostos/conclusiones.html>

<http://www.gerenciasalud.com/art12.htm>

http://cvirtual-colombia.bvsalud.org/tiki-read_articlephp?articleId=76

<http://www.cgh.org.co/calidad/acreditacion.htm>

<http://www.periodicoelpulso.com/html/sep04/debate/debate-01htm>

<http://www.periodicoelpulso.com/html/sep04/debate/debate-06htm>

ANEXOS

Anexo 1:

ENCUESTA ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LA NORMA NTC GP1000:2004

OBJETIVO: Indagar acerca del conocimiento de la Norma NTC GP1000:2004 por parte de los directivos de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E)

DIRIGIDO A: Directivos de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E)

PREGUNTAS

Marque con una equis (X) la respuesta correcta, y en caso de ser afirmativa describa su apreciación en caso de ser requerida.

Conoce la Norma NTC GP1000:2004?

SI _____ NO _____

Sabe cual es el objeto de la norma NTC GP1000:2004?

SI _____ NO _____

CUAL _____

Sabe a qué entidades aplica?

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

SI _____ NO _____

CUALES _____

Si la entidad que usted dirige se encuentra cubierta por esta norma, ¿estaría dispuesto(a) a recibir asesoría para su implementación?

SI _____ NO _____

5. Le parece importante tener acceso a un instrumento metodológico (cartilla, manual) para facilitar su implementación?

SI _____ NO _____

Anexo 2:

LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO ANTE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA ENTIDAD.

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
4.1 REQUISITOS GENERALES	
¿Tiene definido la misión?	
¿Tiene definido la visión?	
¿Tiene los procesos de la entidad definidos?	
¿Demuestran su interacción?	
¿Tienen los procesos de la entidad caracterizados?	
4.2 GESTIÓN DOCUMENTAL	
4.2.1 GENETALIDADES	
¿Cuenta con un manual de calidad?	
¿Posee definidos los objetivos de calidad?	
¿Posee una política de calidad?	
¿Posee los procedimientos requeridos por esta norma documentados?	
¿Posee los procedimientos institucionales para el cumplimiento de sus objetivos, misión y visión que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos debidamente documentados?	
4.2.2 MANUAL DE CALIDAD	
¿Se cuenta con un manual de calidad que refleje el que hacer de la empresa y como esta definido y estructurado el sistema de gestión de calidad de la entidad?	
4.2.3 CONTROL DE DOCUMENTOS	
¿Cuentan con un procedimiento documentado para el control de documentos?	
¿Los documentos del sistema de gestión de la calidad cuentan con la aprobación de la persona responsable y asignada en el manual de calidad?	
¿Los documentos son revisados periódicamente para en cuanto a su actualización?	
¿Los cambios que se le realizan a los documentos se identifican?	
¿Las versiones vigentes de los documentos se encuentran disponibles en los puntos de uso?	
¿Los documentos son legibles y fácilmente identificables?	
¿Los documentos de origen externo se identifican como tal?	
¿Los documentos obsoletos se encuentran debidamente identificados?	
4.2.4 CONTROL DE REGISTROS	
¿Poseen registros de revisión por la gerencia?	
¿Poseen registros de educación formal, experiencia,	

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
formación y habilidades?	
¿Poseen los registros necesarios para proporcionar evidencia de los procesos designados por la entidad?	
¿Poseen registros de la revisión de los requisitos del producto y/o servicio?	
¿Poseen registro de evaluación de los proveedores?	
¿Posee registros de identificación? En este caso número de historia clínica único por paciente	
¿Posee registros de propiedad del cliente? Mas que todo en muestras del paciente y en los documentos que el paciente luenga que dar al entrar a la entidad	
¿Posee registros de calibración de equipos?	
¿Posee registros de las auditorias internas de calidad?	
¿Posee registros y medición del servicio prestado al usuario?	
¿Posee registro de la insatisfacción del usuario?	
¿Posee registros de las acciones correctivas tomadas para mejorar la prestación del servicio y del mismo sistema de gestión de la calidad?	
¿Posee registros de las acciones preventivas tomadas para mejorar la prestación del servicio y del mismo sistema de gestión de la calidad?	
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	
¿Existe evidencia por medio de actas de las reuniones por la dirección?	
¿Existe evidencia de la satisfacción de los clientes tanto internos como externos?	
¿Se evidencia el compromiso de la dirección con el sistema de gestión de la calidad en a política de calidad y en los objetivos de calidad?	
¿Se evidencia el compromiso de la dirección en cuanto asegurar la disponibilidad de recursos para la prestación de un buen servicio por parte de la entidad?	
5.2 ENFOQUE LA CLIENTE	
¿Tienen determinados los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción?	
¿Se cumplen los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción y mostrar mas atractivo el servicio prestado?	
5.3 POLÍTICA DE CALIDAD	
¿La política es adecuada a la misión de la entidad?	
¿Es coherente con el plan de desarrollo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos?	

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
¿Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos del cliente, de la mejora continua en cuanto a la eficacia y la eficiencia del sistema de gestión de la calidad enmarcados en la misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del estado?	
¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?	
¿Es comunicada a los trabajadores y usuarios del servicio?	
¿Se revisa periódicamente para su adecuación continua?	
5.4 PLANIFICACIÓN	
5.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD	
¿ Los objetivos del sistema de gestión de la calidad son medibles?	
¿Se cuentan con indicadores para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos?	
¿Los objetivos de calidad definidos tienen en cuenta el marco legal y los recursos financieros, humanos y operacionales con los que cuenta la entidad?	
5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
¿La entidad tiene definido y establecido como cumple con los requisitos del sistema de gestión de la calidad?	
¿Se tiene definido y estructurado como se da cumplimiento a los objetivos de calidad?	
¿La entidad tiene definido como se enfrentan cambios que en algún momento pueden afectar el sistema de gestión de la calidad?	
¿Se tiene definido y documentado quienes son los responsables de la integridad del sistema de gestión de la calidad?	
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	
5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	
¿Están definidas y documentadas las responsabilidades y autoridades del personal de la empresa?	
¿Estas responsabilidades y autoridades son conocidas y comunicadas al interior de la entidad?	
5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
¿Existe un representante del grupo directivo de la empresa que se asegure de que se llevan a cabo los procesos necesarios para la implementación del	

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
sistema de gestión de la calidad?	
¿Este representante informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y las necesidades de mejora?	
¿Se asegura de que en todos los niveles de la empresa se tenga conciencia de los requisitos del cliente?	
5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA	
Están establecidos los flujos de comunicación adecuados para garantizar la eficacia de los procesos?	
5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
5.6.1 GENERALIDADES	
¿Existe un procedimiento para realizar la revisión del sistema de gestión de la calidad por la dirección?	
¿Cada cuanto se realiza la revisión por la dirección?	
¿Se mantienen registros de las revisiones efectuadas por la dirección?	
5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	
¿Existe la siguiente información para efectuar la revisión? Resultados de auditorías internas Retroalimentación del cliente Desempeño de los procesos Conformidad del servicio Resultado de acciones preventivas y correctivas Cumplimiento de las tareas asignadas en la revisión anterior Cambios que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad Sugerencias para mejorar Riesgos identificados para la entidad	
5.6.3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN	
¿Después de realizar la revisión se toman decisiones y acciones con respecto a: Mejorar el sistema Mejorar el servicio Asignar recursos para implementar las acciones?	
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	
6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS	
¿La entidad proporciona los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad?	
6.2 TALENTO HUMANO	
6.2.1 GENERALIDADES	
¿El personal de la entidad es competente en cuanto a su educación, formación, habilidades y experiencia?	
6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	
¿La entidad tiene definidos los perfiles de los cargos requeridos para el desempeño de las actividades que	

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
afectan la calidad del servicio?	
¿Se brinda formación a los funcionarios en temas relacionados con su desempeño?	
¿Se asegura que todos los funcionarios son concientes de la importancia de sus actividades para el logro de los objetivos de calidad?	
¿Se mantienen los registros apropiados sobre la educación, formación, habilidades y experiencia de los funcionarios?	
6.3 INFRAESTRUCTURA	
¿La entidad determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para cumplir con los requisitos del servicio y las necesidades del cliente?	
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO	
¿Están definidas y se cumplen las características requeridas en el sitio de trabajo para lograr la conformidad del producto?	
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
7.1 PLANIFICACIÓN	
¿Está documentada la manera de prestar el servicio teniendo en cuenta los objetivos de la calidad y los requisitos de éste?	
¿Se determinan los recursos para el servicio?	
¿Se establecen los puntos de verificación, el modo de validación y los criterios de aceptación del servicio?	
¿Se definen los registros necesarios para proporcionar la evidencia de que se cumplen con los requisitos?	
¿Se tiene un formato para la presentación de los resultados de la planificación?	
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	
7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
¿La entidad determina cuales son los requisitos especificados por el cliente?	
¿Se identifican otros requisitos del servicio como los legales y reglamentarios, los necesarios para el uso y otros adicionales determinados por la entidad?	
7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
¿La entidad revisa los requisitos que se determinan en el numeral anterior antes de proporcionar el servicio?	

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
¿Se cerciora de que se entienden los requisitos del cliente y que se tiene la capacidad del cumplir con estos requisitos?	
¿Se tienen registros con los resultados de estas revisiones?	
¿Si se presenta algún cambio en los requisitos, éste se documenta y se comunica a todos los funcionarios?	
7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	
¿Existen mecanismos apropiados para suministrarle información a los clientes acerca de los productos o servicios y para recibir de ellos retroalimentación sobre su satisfacción, sus necesidades o requerimientos?	
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	
7.3.1 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿La entidad programa todas las etapas para el diseño y desarrollo de los productos y/o servicios?	
¿Se determinan los métodos para la revisión, verificación y validación en cada etapa del diseño y desarrollo?	
¿Se asignan las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo?	
7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿Se tienen en cuenta los siguientes elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicio: Los requisitos funcionales y de desempeño Requisitos legales y contractuales Diseños previos similares Otros requisitos esenciales para el diseño y desarrollo	
7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿Los resultados del diseño y desarrollo se pueden verificar con respecto a los elementos de entrada?	
¿Estos resultados se aprueban antes de ser aceptados?	
7.3.4 REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿Se hacen revisiones en cada etapa del diseño y desarrollo para comprobar su eficacia?	
¿Se llevan registros de las revisiones que se hacen?	
7.3.5 VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿Se verifica que los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos definidos en los elementos de entrada?	
Se mantienen registros de los resultados de la verificación y de las acciones tomadas?	

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿La entidad se asegura de que el servicio resultante del diseño y desarrollo satisface los requisitos para uso o la aplicación prevista?	
Se mantienen registros de los resultados de la validación y de las acciones tomadas?	
7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	
¿Existen registros que permitan controlar los cambios del diseño y desarrollo?	
¿Los cambios se revisan, se verifican y se validan?	
¿Se realiza una evaluación de los efectos ocasionados por los cambios?	
7.4 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
7.4.1 PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
¿Cuándo la entidad adquiere bienes o servicios, se controla que éstos cumplan con los requisitos especificados en los pliegos de peticiones, términos de referencia y otras disposiciones?	
¿Los proveedores son evaluados y seleccionados objetivamente de acuerdo a criterios establecidos y se tienen registros de estas evaluaciones?	
7.4.2 INFORMACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	
¿La entidad posee pliegos de condiciones, términos de referencia u otras disposiciones en las que se describa la información sobre los requisitos para la aprobación del producto y/o servicio?	
¿La entidad se asegura de que estos requisitos son adecuados antes de comunicárselos al proveedor?	
7.4.3 VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS ADQUIRIDOS	
¿Están definidas y se llevan a cabo las actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con las especificaciones, inclusive cuando las verificaciones quieran hacerse en las instalaciones del proveedor?	
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
¿La entidad cuenta con los siguientes elementos que ayudan a controlar los procesos de producción y prestación del servicio: Información sobre las	

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
características del servicio Instrucciones de trabajo Equipos apropiados Disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición Implementación del seguimiento y la medición Implementación de actividades de aceptación, entrega y posteriores a la entrega. Riesgos de mayor probabilidad	
7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
¿La entidad realiza la validación de estos procesos teniendo en cuenta: Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos La aprobación de los equipos utilizados en los procesos La calificación de los servidores públicos	
7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	
¿La entidad identifica el servicio prestado a través del registro de las actividades realizadas para hacerle un seguimiento desde que se inicia hasta que termina?	
7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE	
¿Cuándo el cliente suministra bienes para la utilización dentro de la prestación del servicio, éstos se identifican y se protegen adecuadamente?	
7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
¿La entidad se asegura de que tanto los productos en proceso como los productos terminados y los comprados se manipulan y se almacenan bajo condiciones de seguridad y protección en todos los momentos hasta la entrega al cliente?	
¿Están determinadas las actividades de seguimiento y medición así como los dispositivos necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio?	
¿Están definidos los requisitos para hacer las actividades de seguimiento y medición y la entidad se asegura de que se cumplan estos requisitos?	
¿Los equipos de medición se calibran, se verifican o se ajustan periódicamente o antes de su utilización comparándose con patrones establecidos?	
¿Se registran los resultados de la calibración y verificación y se toman las acciones necesarias sobre el equipo o servicio afectado?	
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	
8.1. GENERALIDADES	

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
¿En la entidad se planifican y se implementan procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora que permitan: Demostrar la conformidad de los servicios Demostrar la capacidad del sistema de gestión de la calidad para generar esos servicios conformes Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad?	
¿Para ello se utilizan métodos y técnicas estadísticas al alcance de la entidad?	
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	
8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	
¿Existen métodos para obtener y utilizar la información relativa a la percepción del cliente con respecto al servicio prestado por la entidad?	
8.2.2 AUDITORÍA INTERNA	
¿La entidad lleva a cabo auditorías internas para saber si el sistema de gestión de la calidad cumple con los requisitos de esta norma y si funciona de manera eficaz, eficiente y efectiva?	
¿Las auditorías internas se realizan con base en una programación y unos criterios establecidos?	
¿Se garantiza la objetividad e imparcialidad de las auditorías y de los auditores?	
¿Existe un procedimiento documentado donde se definan las responsabilidades y los requisitos para la planificación y la realización de las auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros?	
¿Se verifica que se hayan realizado las acciones generadas raíz de los resultados de las auditorías?	
¿Se hace un informe con los resultados de la verificación?	
8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	
¿Existe un sistema o método para hacer el seguimiento y la medición de los procesos que permita evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad?	
¿Este sistema de evaluación es accesible a los clientes y partes interesadas, y sus resultados son difundidos?	
8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	
¿Las características del servicio se miden y se les hace seguimiento en diferentes etapas del proceso de prestación para verificar que se cumplen las	

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
especificaciones?	
¿Se llevan registros de la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación y se indica la persona que autoriza la prestación del servicio?	
8.3 CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	
¿La entidad puede detectar y controlar fácilmente los servicios que no son conformes con los requisitos?	
¿Existe un procedimiento documentado donde estén definidos los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme?	
¿Se mantienen registros de las no conformidades y de las acciones tomadas?	
¿Una vez corregido el servicio no conforme se somete a una nueva verificación?	
¿Se toman acciones respecto a los efectos de la no conformidad cuando ésta se detecta después de la entrega?	
8.4 ANÁLISIS DE DATOS	
¿En la entidad se determinan, se recopilan, se procesan y se analizan los datos apropiados que permitan demostrar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad, y que ayuden a detectar dónde se puede realizar la mejora continua?	
¿En el análisis de datos se obtiene información sobre: La satisfacción del cliente La conformidad con los requisitos del servicio Las características y tendencias de los procesos Los proveedores	
8.5 MEJORA	
8.5.1 MEJORA CONTINUA	
¿La entidad define acciones de mejoramiento del sistema de gestión de la calidad con base en toda la información que se genera en el sistema como: La política de calidad Los objetivos de la calidad Los resultados de las auditorías internas El análisis de datos El sistema de seguimiento y medición La revisión por la dirección Las acciones correctivas y preventivas	
8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA	
¿Existe un procedimiento documentado en el que se describa la manera de implementar y luego revisar las acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades y evitar que éstas vuelvan a ocurrir?	
8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA	

REQUISITO	QUE TIENE LA ENTIDAD
¿Existe un procedimiento documentado en el que se describa la manera de implementar y luego revisar las acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y evitar que éstas ocurran?	

Anexo 3.

GUÍA DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004

4.1 REQUISITOS GENERALES.

Lo principal es identificar todos los procesos que pueda tener la entidad, cuál es su interacción, de qué consta cada uno (caracterización), qué recursos necesita, mecanismos de evaluación y monitoreo, qué elementos de entrada necesita y cuáles salidas provee.

Una de las formas para realizarlo es por medio del ciclo PHVA y la cadena de valor, la cual permite identificar cuáles son aquellos procesos centrales que definen el quehacer de la entidad.

También se requiere tener claramente definida la misión y la visión de la entidad.

4.2 GESTIÓN DOCUMENTAL

4.2.1 Generalidades. Se exige que la entidad cuente con los siguientes documentos: manual de calidad, política de calidad, objetivos de la calidad, procedimientos documentados para el control de documentos, control de registros, auditorías internas, control de producto no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas, y demás documentos que la entidad defina como necesarios para el buen funcionamiento del sistema de gestión de la calidad.

4.2.2 Manual de calidad. Debe tener referenciados los procedimientos destinados a los elementos de sistema de gestión de la calidad y debe ser reflejo de este. Puede ser utilizado y evaluado en licitaciones y presentaciones comerciales y en auditorías internas y de certificación. En él se describen el alcance, el sistema general y las relaciones entre sus diversos procesos.

4.2.3 Control de documentos. Se refiere a las acciones que toma la organización para garantizar que los documentos que se están usando en todos los sitios donde se requieren, son los actualizados y vigentes. Esto con el fin de prevenir que se utilicen documentos que ya han sido declarados obsoletos, por haberse cambiado su contenido.

Los requisitos indicados en el presente numeral se pueden aplicar a los siguientes tipos de documentos:

Manual de calidad

Procedimientos documentados

Documentos específicos de áreas de trabajo (instructivos, normas, planos, actividades, videos, planes de calidad, fotografías, vallas, acuerdos, reglamentos, etc.) relacionados con el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

Se recomienda que todos los documentos estén redactados bajo un mismo formato o estilo que de uniformidad, la herramienta utilizada es la llamada "Norma fundamental" o "Norma cero", la cual describe las características de forma de todos los documentos elaborados en el sistema de gestión de la calidad.

Los documentos deben estar revisados y aprobados teniendo en cuenta que cumplan con los objetivos y/o requisitos de calidad para continuar o iniciar su aplicación.

Los cambios realizados a los documentos deben controlarse, un listado maestro de documentos es una buena herramienta que puede indicar cual es la versión que está vigente y al mismo tiempo en que lugar se encuentra.

4.2.4 Control de registros. Los registros de calidad son documentos que dan evidencia de las actividades realizadas o de los resultados conseguidos (eficacia de sistema), sirven para demostrar evidencia objetiva del cumplimiento de los requisitos de la norma.

Algunos ejemplos son: registros de temperatura, registros de mantenimiento de equipos, hoja de vida de los equipos, historias clínicas, contratos, ordenes de clientes, informes, entre otros.

Se aconseja manejar un listado maestro de registros, donde lo que se debe controlar es lo siguiente:

La identificación: nos permite reconocer los registros de calidad y relacionarlos con el producto o la actividad involucrada o los procedimientos del sistema de gestión de la calidad. Normalmente se hace por medio de un código y un nombre.

El almacenamiento: son aquellas condiciones que me permiten asegurar el buen estado de los registros de calidad. Se debe identificar donde y quien lo almacena.

La protección: son aquellas acciones definidas para garantizar la seguridad de la información consignada. Si se encuentra el documento en papel se debe garantizar que no hay deterioro físico o extravío, si se encuentra en medio magnético se debe proteger contra virus y sacarle copias de seguridad.

La recuperación: son aquellas medidas establecidas para recuperar la información de los registros de calidad mediante consultas y clasificación en las áreas almacenadas. A través de quién o cómo se accede al registro.

Tiempo de retención: es el tiempo mediante al cual se retienen los registros de calidad. Tiempo en uso en el que el registro permanece activo.

La disposición final: es la acción tomada cuando se ha cumplido el tiempo de conservación establecido para los registros de calidad. Se debe definir si se va a destruir, se microfilma o en archivo muerto.

Es recomendable que cada procedimiento al final contenga una tabla de registros

asociada a ese procedimiento, y a la vez hacer inventario de qué otros registros no están asociados a los procedimientos.

Los registros obligatorios que la norma pide son los siguientes:

Registro de revisión por la dirección.

Registro de competencias.

Control de producto.

Revisión de los requisitos del producto.

Registros de elementos de entrada relacionados con los requerimientos del producto.

Registro de revisión, diseño y desarrollo del servicio.

Registro de verificación.

Registro control de los cambios.

Registro proceso de compras.

Evaluación de proveedores.

Registro de identificación y trazabilidad.

Registro propiedad del cliente.

Registro de control de los dispositivos de seguimiento y medición.

Registro de seguimiento y medición del producto.

Registros de auditorías internas.

Registro de calibración y verificación.

Registro de conformidad del producto.

Registro de no conformidades.

Registro de acciones correctivas.

Registro de acciones preventivas.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.

Debe demostrar evidencia del compromiso con el desarrollo, implementación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, y a su vez con la mejora continua de la eficacia, eficiencia y la efectividad de lo implementado.

El compromiso de la dirección se puede evidenciar por ejemplo por medio de las actas de las reuniones y la asignación de responsabilidades.

Es de suma importancia que la dirección demuestre su compromiso con el sistema, ya que es la que debe liderar el proceso y aportar los recursos necesarios para su implementación y mejoramiento.

Dentro de las funciones de la dirección se encuentran:

Comunicación al interior de la entidad sobre la importancia de conocer y satisfacer

los requisitos del cliente y los legales.

Realizar la política de calidad, la cual corresponda al que hacer de la entidad y encierre la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo del sistema

Suministrar los recursos necesarios para la implementación y mejoramiento del sistema.

Realizar revisiones sistemáticas y periódicas del sistema.

Designar un representante para que coordine la implementación y el mantenimiento del sistema.

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE.

Le permite a la organización implementar un sistema de gestión de la calidad orientado a los demás componentes de la planificación estratégica de la entidad, ya que a medida que se satisfaga al cliente, la organización podrá tener un desarrollo mayor.

Es bueno entender la necesidad del usuario, satisfacer al usuario y agregar valor al usuario.

Es recomendable realizar un estudio de mercado que evidencie las necesidades de los clientes y como les gustaría que se les prestara la atención, esto se puede hacer por medio de videos, de entrevistas al cliente, encuestas de opinión o percepción, buzón de sugerencias, etc.

5.3 POLÍTICA DE CALIDAD.

Enmarca el camino de acuerdo a las necesidades y expectativas de los usuarios. Es la directriz, los lineamientos que evidencian el compromiso con el sistema de gestión de la calidad de acuerdo con el mercado que se quiera conquistar, en nuestro caso el sector salud.

Debe ser acorde con las metas organizacionales, expresadas en la visión, misión y los objetivos. Que incluya el compromiso de la entidad con el cumplimiento de los requisitos del usuario, los legales, entre otros; con la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

5.4 PLANIFICACIÓN

5.4.1 Objetivos de calidad. Son aquellos que le dan claridad a la política de calidad y al enfoque hacia el cliente al interior de la organización. Al redactarlos se debe tener cuidado de que no sean tan genéricos y que permanezcan en el tiempo.

Cada objetivo identificado debe tener acciones por realizar y debe ser coherente con la política de calidad definida.

Dentro del despliegue de los objetivos de calidad se debe incluir lo siguiente:

Acción: deben apuntar al cumplimiento del objetivo.

Estrategia: cómo se va a lograr la acción.

Responsables: cargos.

Recursos: humanos, económicos, logísticos, documentos.

Indicador: fórmula

Meta: grado de cumplimiento según el objetivo.

Frecuencia: cada cuánto se evalúa el indicador.

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad: Incluye tres componentes básicos:

Planificar como se van a cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad, indicando para cada requisito los procedimientos o acciones que la entidad va a realizar para dar cumplimiento.

Planificar como se van a cumplir los objetivos de calidad.

Planificar como se enfrentarán los cambios que puedan afectar la integridad del sistema de gestión de la calidad.

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1 Responsabilidad y autoridad: Se debe tener bien claro qué es responsabilidad y qué es autoridad. Se define responsabilidad ejecutiva como la persona o grupo de personas que tienen autoridad para establecer la política y los objetivos de calidad, planificar su implementación y revisar su cumplimiento; autoridad como el poder o el derecho de una persona para tomar decisiones que deben ejecutarse; responsabilidad como los deberes asignados a una persona que tiene la capacidad, la información y los recursos necesarios para su realización; y las interrelaciones como relaciones de jerarquía.

La norma no pide manual de funciones, pero si la empresa lo tiene, se actualiza y se le definen responsabilidades y autoridades, y se le comunica a todo el personal.

No todos los cargos tienen autoridades, pero sí tienen responsabilidades frente al sistema de gestión de la calidad.

Tanto la responsabilidad, la autoridad y las interrelaciones se pueden documentar en el manual de calidad, en una matriz de responsabilidades, en procedimientos documentados o en el manual de funciones.

5.5.2 Representante de la dirección: Tiene definida y documentada la autoridad y la responsabilidad que se le ha asignado, incluyendo la competencia y los recursos de los cuales dispone. Por la responsabilidad que tiene dentro del sistema debe pertenecer al grupo directivo de la empresa.

Dentro de sus funciones se encuentran:

Asegurar que se mantenga el sistema de gestión de la calidad.

Informar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

Promover la conciencia frente al sistema de gestión de la calidad.

5.5.3 Comunicación interna: En todo proyecto que involucre diferentes personas, en diferentes niveles, con diferentes competencias, formas de ser y formas de visualizar las situaciones, es difícil lograr la cooperación rápida y oportuna de todo el personal; por lo tanto se obliga a comunicar efectivamente los componentes del sistema de gestión de la

calidad y a sensibilizar al personal.

Se debe evaluar la eficacia de la comunicación frente al sistema de gestión de la calidad por medio de:

Encuestas internas de satisfacción con el desempeño.

Evaluaciones de desempeño.

Se pueden ejercer controles para garantizar la eficacia del proceso de implementación del sistema, los cuales se definen al darle respuesta a:

¿Qué tan crítico es para el proceso una falla de comunicación?

¿Quién es el responsable por generar dicha comunicación y quiénes son los receptores?

¿Cuál es el mensaje que se debe comunicar y qué debe contener?

¿Con qué frecuencia se debe comunicar ese mensaje?

¿A través de qué medios se debe comunicar ese mensaje?

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1 Generalidades: Se debería efectuar una revisión anual del sistema y es usual realizarse concluido un ciclo de auditoría interna a todo el sistema de gestión de la calidad que suministre la información necesaria para demostrar su nivel de cumplimiento.

Se aplica para cerrar el ciclo PHVA. Debe estar definido cada cuanto se realiza por medio de un acta.

Se redacta en el manual de calidad o se realiza un procedimiento para realizar la revisión por la dirección.

Información para la revisión: Normalmente la revisión por la dirección se efectúa con:

Resultados de auditorías internas.

Comprensión y aplicación de la política de calidad.

Logros de objetivos de calidad.

Cumplimiento del programa de auditorías internas.

Resultados de acciones correctivas y preventivas.

Cumplimiento de las tareas asignadas en la revisión anterior.

Retroalimentación con clientes o usuarios: informes de quejas y reclamos, encuestas o investigaciones del mercado, resumen de resultados recogidos en la línea de servicio al cliente o en la página web si la empresa la tiene.

Se debe dejar en las actas todos los comentarios, compromisos, proposiciones que afecten el sistema de gestión de la calidad.

Resultados de la revisión: Normalmente se genera un registro compuesto por:

Plan para la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus

procesos, mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.

Soluciones implementadas.

Asignación de recursos.

Modificaciones al plan maestro o general de calidad.

Se debe tener especial cuidado de dejar constancia y evidencia de las decisiones y acciones de mejoramiento.

6. GESTION DE LOS RECURSOS

6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

Entre los recursos básicos para la implementación del sistema están el personal, la infraestructura y el ambiente de trabajo.

Desde el momento en que se identifican los procesos de la entidad se puede determinar los recursos que se requieren en cada uno.

6.2 TALENTO HUMANO

6.2.1 Generalidades: La entidad debe procurar porque el personal que labora en ella sea competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación: La entidad debe elaborar los perfiles de los cargos donde se definan los requisitos de formación, experiencia y habilidades requeridas para el desempeño efectivo de las actividades. Se puede elaborar un plan de entrenamiento que además de capacitar sobre los temas propios de cada cargo incluya un programa de sensibilización frente a la implementación del sistema de gestión de la calidad.

Para determinar la competencia de una persona, esta debe evaluar o calificar para demostrar que es capaz de cumplir con los requisitos especificados en el perfil.

6.3 INFRAESTRUCTURA

La infraestructura necesaria no solo se debe determinar y proporcionar, sino que también se debe mantener cuando sea necesario en: edificios, despacio de trabajo y servicios asociados, equipos e instrumentos y servicios de apoyo como transporte o comunicación. Se debe verificar que el mantenimiento preventivo sea el adecuado para poder garantizar la disponibilidad de los equipos que tienen que ver con la calidad de la prestación del servicio.

AMBIENTE DE TRABAJO:

Se refiere a las condiciones necesarias para obtener la conformidad del servicio. Por lo tanto es necesario describir en los procedimientos o en las fichas técnicas las características de iluminación, ruido, espacio, humedad, temperatura, etc que se requieran en el sitio del trabajo para lograr la conformidad del servicio.

6.5 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO

6.5.1 Planificación de la realización del producto prestación del servicio: la planificación de los procesos debe ser consistente con los demás requisitos del sistema.

Por lo tanto se hace necesario definir los objetivos de calidad para el servicio o producto, el proyecto o el contrato en particular, y así demostrar la congruencia con la política de calidad y los objetivos del sistema de gestión de calidad.

En toda organización por pequeña que sea es necesario documentar, verificar, validar y registrar etapas críticas de los procesos productivos, y es precisamente a estas las etapas donde se debe dirigir la planificación de los procesos de realización.

El plan o los planes resultantes debe contener los requisitos de entrada y salida as actividades críticas dentro de los procesos, los puntos de control de esas actividades, análisis del proceso con la información obtenida de los controles la interacción con los procesos de apoyo, los departamentos que participan y el tiempo estimado para realizar cada operación, lo que daría como resultado oportunidades de mejora, la toma de acciones correctivas y preventivas, además de apoyar la toma de decisiones basada en hechos.

Una forma ágil y fácil que permite planificar de manera rápida y segura los procesos operacionales relacionados con la calidad se identifica en la siguiente tabla:

NOMBRE DEL PROCESO: _____

Actividad	Responsable (área)	Documento de ref.	Recurso (equipos y materiale	Entrada	Salida	Especificación o límite de control	Acción de mejoramiento
------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------	---------------	---	-------------------------------

Tabla 5. Identificación de los procesos operacionales

Una herramienta muy útil para determinar la prioridad de cada actividad dentro del proceso es utilizar un árbol de decisión, el cual se describe a continuación:

⁵

Quando se trata de proyectos o productos específicos es bueno realizar planes de calidas, el cual es una versión micro de un sistema de calidad y el documento que lo describe es un versión micro de un manual de calidad. Por ello se establece un plan de calidad como complemento del manual de calidad, y se puede utilizar como documento de uso interno o como exigencias del cliente para demostrar que un producto, servicio contrato o proyecto cumple con os requisitos exigidos por el cliente.

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON E CLIENTE

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto o servicio: los requisitos del cliente se deben definir de acuerdo con los requisitos del servicio solicitado por el cliente, sean definidos por este o se consideren inherentes. Para realizar para este proceso se pueden utilizar estudios de mercado, requisitos del contrato o pedido, comparación con el mejor sector o con un superior al propio, las responsabilidades legales y reglamentarias al adquirir, utilizar o suministrar un producto o servicio específico y los requisitos adicionales establecidos por la organización.

⁵ Figura 3. Árbol de decisión

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio: la organización debe identificar claramente los diferentes tipos de clientes en el mercado al que dirige sus servicios, lo que indica que debe esclarecer el alcance del sistema de calidad de acuerdo con los clientes que se tengan. Los posibles clientes de un sistema de calidad son:

Distribuidor o mayorista

Bodegas satélites

Detallistas

Consumidor final

Licitante

Empresas filiales.

Un proveedor puede tener mas de un cliente a la vez.

La identificación adecuada de los requisitos del cliente por la organización facilita el logro de satisfacer a los clientes. Para poder asegurar el logro de este propósito se debe revisar la solicitud del producto en mención y cerciorarse que se conocen y entienden sus requisitos e implicaciones se tiene la capacidad de cumplir y que se resuelven las diferencias existentes entre las necesidades y expectativas del cliente y la capacidad de la organización para cumplirlos.

Si por algún motivo se cambian los requisitos relacionados con el producto o servicio por cualquiera de las dos partes se debe contar con la documentación que permita identificar el cambio, informara todos los involucrados y ejecutar las actividades pertinentes para su logro.

Se debe contar con registros del resultado de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y de las modificaciones realizadas.

El propósito básico de este ítem es asegurar que la empresa ha entendido completamente los requisitos del cliente y esta en condiciones de satisfacerlo.

7.2.3 Comunicación con el cliente: la organización debe establecer por medio de que mecanismos se comunicará con el cliente, sea por medio de de vía fax, e-mail, cartas o memorandos o comunicación verbal directa a través de reuniones, visitas, llamadas telefónicas.

Tales medios deben estar identificados, asociados a los canales de comunicación apropiados y debidamente soportados en registros que evidencien que ese sistema de comunicación con los clientes funciona correctamente.

En la comunicación con e cliente debe ser eficaz, en cuanto a:

Información sobre nuestros productos (organización)

Pedidos, quejas y reclamos (cliente)

Retroalimentación con el cliente.

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

Es de resaltar que este requisito se tiene en cuenta siempre y cuando aplique en a organización, si por el contrario no aplica se realiza la exclusión en el manual de calidad.

Estas actividades están orientadas a generar un modelo de producto o servicio que satisfaga las necesidades del cliente en la aplicación para la realización en línea del mismo.

Se entiende por:

Diseño y desarrollo: el conjunto de procesos que transforman los requisitos en características específicas o en la especificación del producto, proceso o sistema (ISO 9000:2000).

Diseño (de producto): la traducción de las necesidades de los clientes en especificaciones técnicas para el proceso y producto.

Diseño (de proceso) el establecimiento de las características requeridas de un proceso para hacerlo capaz de producir los productos requeridos.

Desarrollo: Parte del proceso general del diseño que cubre las actividades que van desde la selección del nuevo diseño hasta la preparación de un conjunto de planos, formulas de procesamiento, instrucciones específica.

Este requisito se aplica cuando a organización desarrolla actividades de investigación, diseño desarrollo y/o ingeniería de procesos puede o no ser exigido por e cliente.

7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo: consiste en a programación de todas las etapas del diseño con a finalidad de trazar el camino correcto para dar cumplimiento a las especificaciones del producto o servicio interpretadas a través de necesidades del cliente. Es necesario asignar responsables idóneos, con la autoridad información y recursos para llevar a feliz término el diseño, y considerar cuando es aplicable los posibles riesgos del diseño en cuanto al ciclo de vida del producto, inocuidad, seguridad de funcionamiento durabilidad mantenimiento, ergonomía, medio ambiente, entre otros.

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo: estos se obtienen de la interrelación con e cliente desde el momento mismo en que hace el contacto, bien sea antes de generar una oferta o después. Por lo tanto el equipo de mercadeo juega un papel muy importante en esta actividad, pues es quien conoce las necesidades del cliente y en conjunto con los demás departamentos de la organización deben transformarlas en especificaciones y requisitos, identificando los cambios en los procesos y a su vez las salidas de proceso determinantes en el diseño.

Es importante recordar que las entradas al diseño y desarrollo no son únicamente de origen externo, también hay de origen interno.

Encontramos como ejemplo las políticas, las normas de referencia, necesidades de los clientes requisitos de capacidad requisitos contractuales, condiciones de funcionamiento, almacenamiento y manejo, requisitos legales y reglamentarios aplicables.

7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo: es el resultado de cada etapa necesaria para lograr el cumplimiento de los requisitos del cliente. Por lo tanto estos resultados

deben ser expresados de tal forma que permitan el análisis de los mismos mediante la revisión, verificación y validación de las diferentes etapas. Entre los ejemplos se encuentran las especificaciones del producto, requisitos de formación, maquetas, planos, formulaciones, metodología de trabajo o de uso, requisitos de compra, entre otros.

7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo: su finalidad es comprobar y asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia en las diferentes etapas del diseño, además de identificar problemas y generar las soluciones en los casos pertinentes.

Las revisiones se practican en las etapas del proceso definidas en la planeación, de acuerdo a su criticidad, no obstante se recomienda revisar el diseño en la etapa final de proceso.

La revisión del diseño está orientada a los objetivos del diseño o desarrollo al comportamiento de las etapas de proceso, a los resultados esperados de dicha etapa, es decir al buen funcionamiento de proceso del diseño y desarrollo.

Se deben mantener registros de los resultados de las revisiones y de cualquier acción necesaria.

7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo: es la confirmación de los requisitos especificados, mediante examen y aporte de evidencia objetiva. Se refiere al proceso de examinar el cumplimiento de los requisitos establecidos para esa actividad, con la finalidad de avanzar en el proceso de manera segura.

Se deben mantener registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.

7.3.6 Validación del diseño y desarrollo: es la confirmación y aporte de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos particulares con respecto a un uso específico previsto. Se refiere al proceso de examinar un producto para determinar la conformidad con las necesidades del usuario, puede realizarse antes, durante o después de la entrega. Determina la satisfacción del cliente con respecto a unas condiciones definidas de uso para el producto o servicio.

Se deben mantener registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria.

7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo: las actividades de diseño generan cambios y ajustes tanto del plan como de las actividades, lo que implica registrar los cambios de acuerdo con un protocolo definido que permita controlar dichos cambios.

7.4 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios: este requisito se puede aplicar a los siguientes tipos de proveedores, dependiendo de la incidencia de los insumos o servicios suministrados en la calidad de producto:

Proveedores de insumos: materias primas, material de empaque y embalaje, partes para ensamble en el producto terminado

Proveedores de servicios: mantenimiento, transporte de producto y/o materias primas, confirmación petrológica, instalación, servicios asociados almacenamiento, auditorías internas, entrenamiento, ensayos, inspección, personal.

No significa que si un organización trabaja con un proveedor único o trabaja bajo alianzas estratégicas con sus proveedores haga exclusión del presente requisito.

Se debe realizar evaluación a los proveedores tanto internos como externos, teniendo en cuenta:

1. Evaluación previa a la selección de los proveedores: se debe tener en cuenta varios aspectos para decidir la aprobación o no de un proveedor, como son:

Evaluación del sistema de calidad

Evaluación de muestras

Experiencias con suministros similares

Resultados de ensayos sobre suministros similares

Experiencia publicada de otros usuarios

Capacidad instalada

2. Evaluación posterior y periódica: para la cual se define el tipo y el alcance del control ejercido sobre el proveedor. Además se deben tener en cuenta los siguientes aspectos para decidir si un proveedor permanece o no en la lista de aprobados.

Resultados de las visitas practicadas a sus instalaciones

Suministros aceptados, rechazados o derogados

Reclamos o retardos en los suministros

Sobrepago en los suministros con respecto al precio acordado

Respuesta ante los rechazos y reclamos

Los proveedores que son aceptables es conveniente hacer una selección para determinar a cuales se les comprará el producto y así agilizar las evaluaciones de seguimiento, en intervalos acordados.

Es bueno saber que no a todos los proveedores se les debe realizar control, se les realiza solo aquellos que tienen que ver con la producción del producto o servicio, es decir interacción directa con el producto.

7.4.2 Información para la adquisición de bienes y servicios: si en la orden de compra o en su equivalente no se indica explícitamente la descripción del producto que se va a comprar, es importante indicar una identificación de éste que permita conocer a través de un catálogo, un código, una especificación o un acuerdo, cual es la descripción del producto por comprar. Es bueno que los documentos anteriormente mencionados sean controlados, con el fin de garantizar que el proveedor posea la versión vigente de dicho documento.

7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos: se puede realizar tanto en las instalaciones del proveedor o en la misma organización en el momento de la entrega, se debe especificar por escrito las disposiciones requeridas para la verificación y el método para la liberación del producto.

La organización debe estructurar en su plan de mejoramiento la participación de los

proveedores y definir las necesidades de los mismos en mejorar para dar cumplimiento al plan de la organización. Para ello es pertinente considerar que toda organización, al tener buenas relaciones con sus proveedores comparte beneficios, pues se puede pensar que existe la misma relación cliente-organización.

Las relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores no se pueden enmarcar exclusivamente en la rentabilidad del producto o servicio suministrado y en la utilidad de la transacción. Estas relaciones deben verse como si la organización crece el proveedor crece y viceversa.

7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Una vez que la organización ha transformado los requerimientos del cliente en especificaciones de producto, y se han adquirido los elementos necesarios para su fabricación, se procede a la producción del bien o servicio.

En el proceso de producción está compuesto de una cadena interconectada de entradas – procesos – salidas influenciadas por varios procesos. Por lo tanto par un efectivo control de procesos se recomienda seguir las siguientes etapas:

Identificar la secuencia de actividades que componen el proceso y la interrelación existente con otros, sea que agreguen valor al producto o no

Definir las variables críticas que afectan la calidad de producto o servicio y las etapas críticas de proceso al que pertenecen

Para cada variable crítica, establecer parámetros, tolerancias y criterios de aceptación así como el método adecuado de medición.

Determinar los responsables de la verificación y el control de cada variable crítica

Enlazar con el elemento de acciones correctivas y preventivas, cuando en el proceso se detecten desviaciones de los parámetros del proceso

Consignar toda esta información en un documento de soporte, al que normalmente se le denomina Plan de Control de Procesos

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio: la organización está obligada a controlar las operaciones a través de mecanismos definidos por la norma, que faciliten el control y direcciones a las actividades y procesos críticos.

La planificación de los procesos incluye la definición de los puntos y métodos de control de acuerdo con la actividad, las características de los productos y los requisitos especificados. Además debe establecer las disposiciones para el control tanto de las condiciones de fabricación o prestación del servicio como del ambiente, el personal y los procesos de apoyo.

El control de proceso incluye los suministros que inciden en e proceso, como energía eléctrica, vapor, gas combustibles, aire comprimido y agua. Las actividades de seguimiento a los procesos involucran la determinación de la capacidad de proceso, utilizando técnicas tales como:

Control estadístico de procesos

Estudios de variabilidad

Simulación

Modelos matemáticos

Primeras muestras

Exámenes o inspecciones

Las fallas en a maquinaria y equipo se consideran fuentes para el desarrollo de acciones correctivas.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio: se debe realizar para aquellos procesos o servicios en los cuales la salida resultante no se pueda verificar por medio de una medición o seguimiento posterior, y las deficiencias solo se hagan evidentes después de uso del producto o del servicio. Debe demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados o esperados.

Entre los mecanismos par definir la revalidación de los procesos, encontramos los siguientes:

Cambios realizados a los apoyos del proceso

Tendencias evidenciadas por técnicas estadísticas

Quejas y reclamaciones de los clientes

Aumento de los productos no conformes

7.5.3 Identificación y trazabilidad: se entiende trazabilidad de producto o servicio como la capacidad de rastrear la historia, la aplicación y la localización de una entidad por medio de la identificación registrad; y la identificación de un material o producto como una marca o etiqueta que puede estar en e producto o en el empaque que lo contiene.

En el caso de los servicios, la trazabilidad se puede garantizar a través de los registros que evidencian las actividades realizadas con los clientes. La identificación se hace por medio de la identificación del cliente (cédula, carné, nombre, etc)

7.5.4 Propiedad del cliente: es objeto de este ítem es asegurar que el bien o los bienes que suministra el cliente para ser incorporados al proceso de fabricación del producto o atención en el servicio que están estipulados se:

Verifiquen en el momento de la recepción, se identifiquen adecuadamente y se detecte cualquier inconformidad

Almacenen correctamente, se realicen inspecciones periódicas durante el almacenamiento para detectar señales de deterioro o problemas relativos a producto

Conserven durante el tiempo pertinente bajo condiciones apropiada

Salvague el producto para evitar el uso no autorizado

Como producto se incluyen todos los suministros que el cliente aporte para la elaboración del producto o servicio como:

Maquinas o herramientas

Instalaciones

Materias primas

Personal o empleados

Procedimientos

Software

Información

Propiedad intelectual

7.5.5 Preservación del producto y/o servicio: este ítem se aplica a productos comprados, en proceso terminados, así como para bienes del cliente. El objetivo principal es asegurar que el producto no sufra deterioro por una inadecuada manipulación o manejo. Estas disposiciones son especialmente en materiales que son susceptibles de daño como muestras de materiales biológicos, medicamentos, equipos electrónicos.

Manipulación: los riesgos que pueden ocasionarse son:

Pedida

Mezcla

Rotura

Seguridad

Conviene incluir en los procedimientos el mantenimiento adecuado de los equipos y medios de manejo de los productos.

Almacenamiento: es importante evaluar la condición del producto almacenado, con el fin de detectar el deterioro.

Protección: incluyen el cuidado apropiado contra el deterioro y a contaminación durante el almacenamiento el transporte y las etapas posteriores hasta que la responsabilidad de la organización cese. La organización debe definir el tipo de protección que se usa según el caso. Los métodos de preservación incluyen disposiciones para la segregación de los productos, lo que implica tener áreas claramente identificadas o separadas que permitan clasificar el producto de acuerdo con las condiciones para el despacho, evitando su degradación por la cercanía de elementos sustancias o productos incompatibles. La responsabilidad del producto terminado deberá definirse claramente. En muchos casos, el producto de la organización está bajo la forma de documentos. Cuando así sucede, las disposiciones de preservación de producto se relacionan estrechamente con la de Control de documentos, y debe asegurarse que estos documentos no sufran ningún daño antes de ser entregados al cliente o usuario. Esto incluye medidas apropiadas de control sobre documentos entregados en medio magnético.

7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

Se entiende por:

Dispositivos de seguimiento: equipos utilizados para examinar las características del producto durante las actividades de inspección, en proceso, final o posterior a la entrega, con el propósito de evaluar las condiciones de desempeño del producto. Los dispositivos de medición en empresa de servicios pueden ser las encuestas.

Equipo de medición: se entienden como instrumentos de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares o combinación de ellos para llevar a cabo un proceso de medición. Estos equipos operan en las condiciones ambientales propias del proceso.

Incertidumbre: parámetro asociado con el resultado de la medición, que caracteriza a la dispersión de los valores que, en forma razonable, se le podrían atribuir a la magnitud por medir.

Comprobación: operación que consiste en la comprobación entre el error del equipo de medición determinado por los datos de calibración, y el error permisible del equipo, con la decisión de liberara, reparar, ajustar, descalificar o desechar el equipo.

Cuando la organización subcontrata la calibración de equipos con patrones secundarios, es importante conservar la evidencia de la trazabilidad de los patrones secundarios frente a los patrones nacionales o internacionales.

Las acciones por tomar con equipos fuera de calibración deben incluir:

Examinar los registros de la última calibración

Determinar a partir de cuando ocurrió la descalibración

Revisar las características del producto que se hayan podido medir con el equipo descalibrado

Evaluar los posibles efectos de la no conformidad sobre la calidad del producto

Revaluar los períodos establecidos para la calibración del equipo

Informar al cliente, si es necesario

Conviene definir para cada equipo las condiciones de manejo, preservación y almacenamiento.

Para garantizar que las mediciones que se realizan en a organización corresponden a las necesidades reales, el control de los dispositivos de seguimiento y medición debe incluir:

Identificación de las medicotes por hacer

Establecer los equipos y/o instrumentos requeridos, de acuerdo con las mediciones por hacer

Elaborar un programa de mantenimiento y calibración de equipos

Los intervalos de mantenimiento y calibración los determina la empresa en cuanto a:

Que tan crítica es la medición respecto al producto o proceso

Cuál es la exactitud requerida del instrumento respecto a la incertidumbre permitida en la medición

Que tan susceptible es el equipo o instrumento en cuanto a su uso es decir, que tan susceptible es de desajustarse o dañarse bajos sus condiciones habituales de uso.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 GENERALIDADES

En este requisito se consideran todas las mediciones por hacer dentro de un S.G.C para asegurar su afectividad y mejoramiento, tales mediciones incluyen:

La conformidad del producto: evaluación de las características especificadas para las materias primas y servicios comprados, e producto (servicio en proceso y e producto (servicio) terminado.

La capacidad del proceso para generar productos (servicios) conformes

La satisfacción de los clientes con el producto (servicio) recibido

La auditoría interna de calidad

De estas mediciones podrá conocerse si el producto es conforme, si el proceso está en condiciones de garantizar esa conformidad y si los clientes lo aceptan así. La existencia de no conformidades en cualquiera de los tres ítems anteriores obliga a tomar corrección inmediata (control de no conformidades), a analizar resolver las causas del problema (acción correctiva) y/o anticipar tales situaciones cuando ellas aun no ha ocurrido (acción preventiva).

8.2 MEDICIÓN Y SEGUIMINETO

8.2.1 Satisfacción del cliente: es una medida de desempeño del S.G.C Se debe realizar seguimiento a los clientes con el fin de retroalimentarse y obtener uno de los insumos para el plan de mejoramiento. Las norma obliga a determinar los métodos para obtener la información, por lo cual un procedimiento donde se incluye la manera de validar el método sería de gran ayuda. El mecanismo mas indicado es la consulta directa a través del servicio al cliente.

8.2.2 Auditoría Interna: este ítem se aplica a todas las áreas con responsabilidad en el sistema y se realizan con base en la documentación de S.G.C. Para iniciar las auditorías es necesario que la documentación del sistema haya concluido.

Debe definirse un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de estas auditorías, para informar a cerca de los resultados y mantener los registros.

Se deben programar, y se hacen con el objetivo de:

Verificar lo planificado

Si se cumplen los requisitos de la Norma NTC GP1000:20004

Si es sistema es eficaz

Se programa en cuanto a:

Importancia

Resultados anteriores

Exposición de necesidades

8.2.3 Medición y seguimiento de los procesos: en este requisito se reúnen las condiciones de realizar el control de los procesos con el fin de garantizar la capacidad de los mismos. La información de los puntos de control y los mecanismos de control se obtienen de resultado de la planificación de los procesos. Los resultados deben estar

disponibles y ser difundidos de manera permanente. Se debe tener en cuenta verificar el cumplimiento de los indicadores levantados en la caracterización de los procesos.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio: aquí se establecen las condiciones para realizar el control de los productos con el fin de garantizar el cumplimiento de las especificaciones contractuales, legales y reglamentarias. La información de los puntos de control y los mecanismos de control se obtienen del resultado de la planificación de los procesos. En este ítem se le hace la liberación al producto y/o servicio para ser entregado al cliente.

8.3 CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME

Una vez se identifique el servicio que no está conforme con los requisitos, se debe determinar el camino a seguir.

Inicialmente se debe identificar la naturaleza de la no conformidad y registrarla en un formato establecido para tal fin. Luego se decide el tratamiento que se le va a dar, el cual puede ser:

Reprocesar: devolver el producto al proceso donde se logre la característica requerida.

Reparar: ajustar o adaptar el producto para que cumpla con la característica requerida.

Permiso de desviación: autorizar antes de elaborar el producto o prestar el servicio para que el producto se pueda desviar de los requisitos especificados inicialmente.

Concesión: autorización para usar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.

Lo anterior debe quedar establecido en un procedimiento documentado

8.4 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos generados por la evaluación, seguimiento y medición del sistema de gestión de la calidad se deben recolectar, procesar y analizar utilizando algunas técnicas de análisis de datos que ayuden a obtener información sobre el desempeño de los procesos, las características de los productos y la satisfacción del cliente. Estas herramientas pueden ser:

Histograma

Gráfico de control

Diagrama de Pareto

Diagrama de dispersión

Tormenta de ideas

Diagrama de afinidad

Inspección por muestreo

Despliegue de la función calidad

Técnicas de fiabilidad

Investigación operacional

Encuestas

Paneles de consumidores

8.5 MEJORA

8.5.1 Mejora continua: Luego de analizar la información obtenida de la evaluación el seguimiento y la medición, y con base en la política y los objetivos de la calidad se deben adoptar medidas de mejoramiento del sistema de gestión de la calidad, las cuales se pueden consignar en un plan de mejoramiento.

8.5.2 Acción correctiva: Se deben establecer acciones que permitan detectar y eliminar las causas de las no conformidades que se han presentado para evitar que vuelvan a ocurrir. Esto debe quedar registrado en un procedimiento documentado. Algunas de las metodologías que se pueden usar para analizar las causas son:

Herramientas estadísticas

Análisis de efecto y modo de falla

Análisis de causa-efecto

Análisis de Pareto

8.5.3 Acción preventiva: Se deben identificar las causas de las posibles no conformidades con el fin de prevenir que éstas ocurran. Se debe establecer en un procedimiento documentado las acciones para determinar cuáles son las no conformidades potenciales y sus causas, así como para implementar las acciones necesarias y revisar sus efectos.

Una herramienta importante para detectar las no conformidades es el registro de quejas y reclamos.

Anexo 4.

TABLA DE CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Significado de las siglas

Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Impacto	Institución	Despliegue interno y/o la naturaleza del estándar
SA	P	CE	I	IN	DC

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
DERECHOS DE LOS PACIENTES						
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	3	4	4	4	4	3
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	4	3	4	4	3	3
ACCESO						
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	4	3	4	4	4	3
REGISTRO E INGRESO						
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	3	3	4	4	3	4
5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	4	3	3	4	3	3
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO						
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguiente criterios.	2	3	2	4	3	3
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobreagregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.	4	4	4	4	3	3
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO						
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	3	3	4	4	4	3
9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen: Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido. Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos. Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y	3	4	4	4	3	3

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
<p>cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos. Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas. Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. Soporte nutricional especial. Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad. Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique. Apoyo espiritual / religioso. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica. Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta.</p>						
<p>10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye: Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</p>	4	3	3	4	3	4
<p>11.El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye: Diseño del plan farmacológico de tratamiento. Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica. Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos</p>	3	3	3	4	3	4

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
efectos. Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.						
12.El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.	3	3	3	4	4	4
13.Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	4	4	4	4	4	4
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO						
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.	4	4	4	4	3	4
15.El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	3	4	3	4	4	4
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización. La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos. Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.	4	4	4	4	4	4
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO						
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento.	3	3	3	4	3	4
SALIDA Y SEGUIMIENTO						
18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.	3	3	4	4	3	3
19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.	2	2	2	4	2	2
20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.	3	3	3	4	4	4
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.	4	4	4	4	4	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.	4	4	4	4	4	4
23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de	4	4	4	4	4	4

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	4	4	4	4	4	4
25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	4	4	4	4	4	4
CALIFICACIÓN TOTAL DEL ESTANDAR						

ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	5	4	4	4	4	4
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios. La relación de la organización con la comunidad que sirve. Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. Aspectos que guían la ética de la organización. La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios	5	4	5	5	4	4
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización. Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente.	4	4	5	5	5	4
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	5	5	5	5	4	4
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	4	3	4	4	4	4
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como: Oportunidad de la atención por tipos de servicios. Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). Satisfacción global del cliente con la atención recibida. Calidad de la atención.	4	4	4	4	4	4
8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización. Existe un proceso por medio del cual el personal de	3	3	4	4	3	3

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.						
9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	3	3	4	4	3	3
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva. Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.	3	3	4	4	4	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento	4	4	4	4	4	4
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	4	4	4	4	4	4
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	4	5	5	5	4	4
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	5	5	5	5	5	5
CALIFICACIÓN TOTAL DEL ESTANDAR						

ESTÁNDARES DE GERENCIA

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	4	4	4	4	4	4
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera: Una metodología para la identificación de las necesidades. Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso	4	4	4	4	4	4
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación. Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.	4	4	4	4	4	4
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos: Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.	4	4	4	4	4	4
5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. La evaluación del logro de las metas y objetivos	4	4	4	4	4	4
6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye: Dignidad personal. Privacidad. Seguridad.	4	4	4	4	4	4
7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. Educación a los trabajadores y clientes	3	3	3	4	3	3

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.						
8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.	3	3	3	4	3	3
9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de Revisión de prioridades en el plan. Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. Evaluación de los recursos disponibles.	4	4	5	4	4	4
10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de: Medición de la productividad. Costeo. Monitorización de los presupuestos. Manejo de inventarios. Manejo de seguros. Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. Auditoría de procesos. Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.	4	4	4	4	4	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia	4	4	5	5	4	4
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	4	4	4	4	4	4
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento: El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	4	4	4	4	4	4
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	5	5	5	5	5	4
CALIFICACIÓN TOTAL DEL ESTANDAR						

ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.	4	4	4	4	4	4
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.	3	3	3	4	3	3
3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.	4	4	5	4	4	4
4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.	4	4	5	4	4	4
5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos. El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. Se provee retroalimentación al personal evaluado.	4	4	5	5	4	4
6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con: El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. Investigación científica. Entrenamiento de estudiantes, si aplica. Conciliación de protocolos médicos. Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. La atención al cliente y su familia. Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. La atención al cliente y su familia.	3	2	3	4	2	3
7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	3	3	3	4	3	3
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye: Acceso a los registros. Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.	4	4	4	4	4	3

ITEM DEL ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
9.Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.	4	4	4	4	4	3
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	4	4	5	4	4	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano	4	4	4	4	4	4
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	4	4	5	5	4	4
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	4	4	5	5	4	4
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	5	5	5	5	4	4
CALIFICACIÓN TOTAL DEL ESTANDAR						

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DE ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.	4	4	4	4	4	4
2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente.	3	3	2	4	3	3
3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención. Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. Programaciones de limpieza.	3	3	3	4	3	3
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera: Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. No reutilización de materiales. Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (liquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. Impacto ambiental. Reciclaje y comercialización de materiales. El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.	3	3	3	4	3	3
Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).	2	2	2	4	2	2
6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye: Diseño de un área para la recepción del personal. Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. Aplicación de un sistema de <i>triage</i> . Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.	2	2	2	4	2	2
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.	2	2	2	4	2	2
8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye: Identificación de clientes que deben ser reubicados. Comunicación de esta situación a las familias. Sistema de transporte de los clientes. Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.	3	3	3	4	3	3

ITEM DE ESTANDAR	CALIFICACIÓN					
9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye: Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. Designar a un responsable de la búsqueda. Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. Contacto con la policía y la familia del cliente.	3	3	4	4	3	3
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico	3	3	3	4	3	3
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	3	3	3	4	3	3
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados	3	3	3	4	3	3
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	3	3	3	4	3	3
CALIFICACIÓN TOTAL DEL ESTANDAR						

ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP1000:2004 INTEGRADO CON EL SISTEMA DE GARANTÍA DE

ITEM DE ESTANDAR	CALIFCACIÓN					
	SA	P	CE	I	IN	D
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.	4	4	4	4	4	4
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	4	4	4	4	4	4
3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.	4	4	4	4	4	4
4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	4	4	4	4	4	4
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	4	4	4	4	4	4
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	4	4	4	4	4	4
7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	4	4	4	4	4	4
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información	3	3	4	4	3	3
9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	4	4	4	4	4	4
10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	4	4	4	4	4	4
11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	4	4	4	4	4	4
CALIFICACIÓN DE ESTANDAR						

CALIFICACIÓN INSTITUCIONAL

ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN TO
<i>ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL</i>	3
<i>ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO</i>	4
<i>ESTÁNDARES DE GERENCIA</i>	4
<i>ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS</i>	4
<i>ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</i>	3
<i>ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</i>	4
<i>CALIFICACIÓN TOTAL DE LOS ESTÁNDAR</i>	4