

**Diseño de un sistema de Gestión de Calidad en la ESE  
Hospital Regional de Bolívar basado en la norma NTCGP  
1000:2009**

**JULIANA BERRIO VILLADIEGO  
MARCELA CABARCAS ZABALA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C  
.2016**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR  
NIT 900.004.820-6  
“GENERANDO BIENESTAR SOCIAL”  
EL GUAMO, REGIDOR, CLEMENCIA,  
VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL**



**Diseño de un sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Regional de  
Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009**



**JULIANA BERRIO VILLADIEGO  
MARCELA CABARCAS ZABALA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

**2016**

**Diseño de un sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Regional de  
Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009**

**JULIANA BERRIO VILLADIEGO  
MARCELA CABARCAS ZABALA**

**ASESOR:  
GERMAN MEJIA DAGER**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

**2016**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Cartagena de Indias, 02 de Junio de 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

***Nada que valga la pena tener, se ha conseguido sin esfuerzo***

**Theodore Roosevelt**

*Al terminar esta etapa de nuestras vidas queremos agradecer a Dios que en su infinito amor bendijo cada uno de nuestros días hasta llegar a hoy, a nuestras familias por el amor y el apoyo incondicional, a los compañeros que compartieron con nosotras esta magnífica aventura, a los profesores por compartir sus conocimientos y experiencias, en especial a German Mejía, quien además de nuestro asesor fue nuestro consejero en todo momento, gracias infinitas; a los amigos que ganamos, que son frutos del árbol que sembramos al inicio de la carrera, gracias por estar en todos los momentos felices y aún más por estar siempre en los difíciles. Un millón de gracias a todos los que recorrieron este maravilloso camino con nosotras, a los que siguen hoy con nosotras y también a los que nos acompañan desde el cielo.*

*Juliana Berrío Villadiego*

*Marcela Cabarcas Zabala*

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	4
CONTENIDO .....	5
INDICE DE TABLAS .....	9
INDICE DE GRAFICAS.....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Justificación de la investigación .....	14
1.4 Objetivos.....	14
1.4.1 Objetivo general .....	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
2 MARCO REFERENCIAL.....	16
2.1 Antecedentes investigativos.....	16
2.2 Marco Teórico .....	17
2.2.1 Teoría General de sistemas.....	17
2.2.2 Teoría de Deming.....	18
2.2.3 Teoría de Juran .....	20
2.2.4 Teoría de la Calidad Total de Ishikawa.....	22
2.2.5 Los Absolutos de la Calidad de Philip Crosby.....	23
2.2.6 Teoría de la Calidad Total de Taguchi .....	24
2.2.7 Teoría de Armand Feigenbaum .....	25
2.3 Marco Conceptual.....	26
2.4 Marco legal .....	28
2.4.1 Norma NTC GP 1000 .....	28
2.4.2 Estructura de la NTC GP 1000:2009 .....	29

3	DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Enfoque y tipo de investigación.....	30
3.2	Delimitación del problema .....	30
3.2.1	Delimitación temporal .....	30
3.2.2	Delimitación del espacio .....	30
3.3	Fuentes y técnicas de recolección de información .....	30
3.3.1	Fuentes primarias.....	30
3.3.2	Fuentes secundarias .....	31
3.3.3	Instrumentos de recolección de información.....	31
3.4	Operacionalización de La Investigación .....	32
4	ADMINISTRACION DEL PROYECTO.....	33
4.1	Recursos.....	33
4.2	Cronograma .....	34
4.3	Presupuesto.....	35
5	GENERALIDADES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR....	36
5.1	Reseña Histórica.....	36
5.2	Servicios que prestan.....	37
6	DIAGNOSTICO .....	38
6.1	Diagnóstico Inicial .....	38
7	DOCUMENTACION .....	42
7.1	Caracterización de procesos.....	43
7.2	Documentación mandataria .....	44
8	POLITICA DE CALIDAD.....	45
8.1	Política de Calidad .....	45
8.2	Objetivos de calidad.....	45
8.3	Alcance de la Política de Calidad .....	45

9	MANUAL DE CALIDAD .....	46
9.1	Introducción .....	47
9.1.1	Presentación.....	47
9.1.2	Objeto del manual .....	48
9.1.3	Reseña Histórica .....	49
9.1.4	Servicios de la Entidad .....	49
9.1.5	Misión.....	50
9.1.6	Visión.....	50
9.1.7	Estructura organizacional .....	51
9.1.8	Mapa de Procesos.....	52
9.2	Sistema de Gestión de la Calidad .....	52
9.2.1	Alcance y requisitos generales .....	52
9.2.2	Exclusiones .....	53
9.2.3	Requisitos de la documentación .....	53
9.3	Responsabilidad de la dirección.....	56
9.3.1	Compromiso de la dirección .....	56
9.3.2	Enfoque al cliente .....	56
9.3.3	Política de Calidad.....	58
9.3.4	Planificación .....	58
9.3.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación .....	59
9.3.6	Revisión por la dirección.....	59
9.4	Gestión de los recursos.....	62
9.4.1	Recursos humanos.....	62
9.4.2	Infraestructura .....	63
9.4.3	Ambiente de trabajo.....	63



9.5	Realización del producto o prestación del servicio .....	64
9.5.1	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	64
9.5.2	Procesos relacionados con el cliente .....	64
9.5.3	Adquisición de bienes y servicios .....	65
9.5.4	Producción y prestación del servicio .....	65
9.6	Medición, análisis y mejora .....	67
9.6.1	Generalidades .....	67
9.6.2	Seguimiento y medición.....	67
9.6.3	Control del servicio no conforme.....	68
9.6.4	Análisis de datos .....	69
	CONCLUSIONES .....	70
	RECOMENDACIONES .....	71
	BIBLIOGRAFIA .....	72
	ANEXOS .....	73
	Anexo 1 – Procedimiento Control de Documentos .....	73
	Anexo 2 – Procedimiento Control de Registros .....	82
	Anexo 3 – Procedimiento Control de Servicios No Conforme.....	88
	Anexo 4 – Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas Y De Mejora .....	93

## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 . Operacionalización de Variables .....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 2 Cronograma .....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 3. Presupuesto .....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 4: Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma NTCG 1000:2009.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 5: Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de la norma de la ESE Hospital Regional de Bolívar.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 6 Caracterización de Procesos.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 8 - Traducción de necesidades y expectativas de los clientes en requisitos</i>	<i>57</i>

## **INDICE DE GRAFICAS**

<i>Grafico 1: Torta de cumplimiento de los requisitos de la norma .....</i>	<i>40</i>
<i>Grafico 2 Mapa de Proceso.....</i>	<i>42</i>
<i>Grafico 3 Organigrama.....</i>	<i>51</i>
<i>Grafico 4 Mapa de Procesos.....</i>	<i>52</i>
<i>Grafico 5 Estructura del Sistema Documental.....</i>	<i>54</i>

## ***INTRODUCCIÓN***

La calidad hoy día está ligada a todos los procesos productivos que se desarrollan en la sociedad, siendo el requisito implícito que todo bien o servicio debe poseer, estos requerimientos no son ajenos a las entidades del estado que prestan servicios a los ciudadanos, por ello mediante la ley 872/2003 se establecieron los requisitos para la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad y posteriormente mediante el Decreto 4110 de Diciembre 9 de 2004 y el Decreto 4485 de 18 de Noviembre de 2009 se adopta y luego actualiza la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTC GP 1000:2009, lo que permite que la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios estén en armonía con la normatividad internacional en lo que a calidad se refiere.

Lo anterior permite a las entidades mejorar su desempeño y cumplir con las expectativas y necesidades del cliente externo mediante la aplicación del enfoque basado en procesos y del ciclo de mejoramiento continuo, conocido como PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), proporcionándole herramientas de:

- Control y seguimiento de los procesos;
- Definición de responsabilidades;
- Buen manejo y control de los recursos;
- Control de la información;
- Buen manejo y control la documentación;

Traduciéndose en la consecución de los objetivos institucionales e igualmente en la satisfacción del cliente externo e interno y todas las partes intervinientes en los procesos que ejecuta la entidad.

Por ello este trabajo busca estudiar la situación actual de la calidad de los servicios que presta la Empresa Social del Estado ESE Hospital Regional de Bolívar para proponer un modelo de calidad que le permita lograr ofrecer un mejor servicio que genere la satisfacción de los clientes y regular la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, alineados con la NTCGP

1000:2009, todo ello apuntando al mejoramiento continuo de los procesos y correcta aplicación de la norma, en concordancia con las disposiciones legales y administrativas que regulan a la entidad.

## **1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Actualmente las organizaciones cuentan con variedad de herramientas y propuestas de calidad, que han surgido por las necesidades de un entorno globalizado, pero muchas de estas herramientas y propuestas no constituyen un marco de trabajo que ofrezca una gestión basada en principios de la calidad total, no recopilan aquellos aspectos que deben ser desarrollados de manera efectiva en un sistema de gestión, limitándose a una única perspectiva o enfoque y dejando de lado una gran diversidad de puntos de vistas, lo cual no permite a las organizaciones conocer los puntos fuertes y aspectos del sistema de calidad que necesitan ser mejorados para avanzar hacia la gestión de la calidad total.

La Empresa Social del Estado Hospital Regional de Bolívar es una empresa que maneja los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud en los hospitales de los municipios del departamento que no tienen autonomía presupuestaria, coordinando todo lo relacionado con el suministro de insumos (tanto materiales como humanos) para los hospitales que dependen de ella; para el adecuado cumplimiento de estos procesos se hace necesario contar con un sistema de gestión de calidad que le permita a la ESE Hospital Regional de Bolívar medir efectivamente el desempeño de sus procesos, y ajustar sus políticas a lo dispuesto en la ley 872/2003, aplicando la NTC GP 1000:2009 permitiéndole fortalecer sus procesos y que se traduzcan en una mejor oferta de servicios a los clientes – ciudadanos aumentando su satisfacción.

### **1.2 Formulación del problema**

Cómo diseñar un sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009 que nos permita evaluar su desempeño y ofrecer un mejor servicio a los clientes-ciudadanos?

### **1.3 Justificación de la investigación**

En la actualidad las organizaciones están frente a un desafío, deberán competir con las mejores empresas de las economías más competitivas del mundo debido al proceso de globalización que se está viviendo.

Para que las organizaciones cumplan con éxito este desafío se deben iniciar en el camino de la Gestión de Calidad, donde uno de sus objetivos es la satisfacción del cliente. Esto se alcanza, en primera instancia, estudiando los procesos que garanticen la calidad del producto, asegurando que este siempre cumpla los requerimientos necesarios para maximizar la calidad y productividad, requiriendo un esfuerzo sistemático que integre todos los procesos que constituyen la gestión de una empresa.

Los diferentes modelos de gestión de calidad existentes son herramientas que ayudan a las organizaciones a buscar ventajas competitivas y la satisfacción plena de las necesidades y expectativas de los clientes, poniendo énfasis en el desarrollo personal y profesional de los trabajadores, proporcionando información que permita tomar decisiones a partir de datos reales y confiables que lleven a la excelencia empresarial.

Se pretende realizar este trabajo de grado con el fin establecer un modelo para lograr un mejor desarrollo de la satisfacción de los clientes-ciudadanos y regular la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, alineados con la NTCGP 1000:2009.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo general**

Diseñar un sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009 que le permita evaluar su desempeño y ofrecer un mejor servicio a los clientes-ciudadanos.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Diagnosticar la situación actual de los servicios prestados por la ESE Hospital Regional de Bolívar.
- Definir los procesos para implementar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar.
- Proponer e identificar la política de calidad para implementar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar.
- Identificar cuáles son los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009 para la implementación de un sistema de gestión de calidad aplicables a la ESE Hospital Regional de Bolívar



## **2 MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 Antecedentes investigativos**

**Pájaro Garzón, Edwin Javier – Cartagena, Colombia, Diciembre de 2013**  
**La importancia de un sistema de gestión de la calidad en la alcaldía municipal de Turbaco (Bolívar; Colombia). Basado en la norma técnica NTCGP 1000:2009.** La Norma Técnica NTCGP 1000 le permite a las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público evaluar y dirigir el desempeño de las diferentes instituciones que lo componen en términos de calidad y de satisfacción social, de forma sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003. El principal objetivo del Proceso de Calidad es la transformación de la Administración Pública Estatal, que se refleje en la calidad de los procesos, productos y servicios, y en una dignificación de la imagen de los servidores públicos, así como de las dependencias y entidades, desde el punto de vista de la ciudadanía. Es necesario comprender que un sistema de gestión de calidad en las dependencias y entidades públicas garantizaría que los procesos de estado se manejaran de una mejor manera; la actual estructura administrativa pública del municipio de Turbaco (Bolívar) no obedece a un criterio técnico, pues no se fundamenta en el desempeño y en las competencias laborales que cada uno de los servidores públicos que la integran habrían de tener. Sumado a ello, existen limitaciones en materia tecnológica, falta de seguimiento a las tareas realizadas, y de instrumentos de medición y evaluación de la calidad de la gestión. En este orden de ideas la importancia del diseño y la implementación de un sistema de gestión de la calidad en la alcaldía del municipio de Turbaco se hacen imperativos ya que éste se orienta hacia la dinamización de las buenas prácticas de administración de manera eficiente y eficaz, buscando con ello, fundamentalmente, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la institución, así como a los propios del Sistema de Gestión de Calidad, bajo las cuales se desarrollan sus procesos, lográndose así el mejoramiento continuo, el liderazgo y la competitividad institucional.

**Cruzado Herrera, Ingrid; Moreno Rodríguez, Germán Dario. Bogotá – Junio 2012. Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud e IWA 1.** Este trabajo brinda los aspectos más importantes de las normas IWA 1, SOGCS y la conocida NTCGP1000, orientando su aplicación a una entidad prestadora de servicios de salud. Parte de una aproximación histórica de las gestiones de salud en América Latina y en Colombia; seguido de un recuento histórico de las leyes que rigen a las entidades que prestan servicios de salud en nuestro país, como la reconocida Ley 100.

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Teoría General de sistemas**

La teoría General de sistemas se le atribuye al biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), según la cual se afirma que “las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes. Se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias”<sup>1</sup>

Un sistema puede definirse como “un complejo de elementos interactuantes” según Bertalanffy.

La TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ella emergen. A su vez ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y la comunicación entre conocedores de diversas áreas del conocimiento, Fundamentada en los siguientes aspectos<sup>2</sup>:

---

<sup>1</sup> Tomado de: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>

<sup>2</sup> Tomado de

[https://books.google.com.co/books?id=15nVyh1Fn6MC&pg=PA1&pg=PA1&dq=existen+modelos,+principios+y+leyes+aplicables+a+sistemas+generalizados+o+a+sus+subclases,+sin+importar+su+p+articular+g%C3%A9nero,+source=bl&ots=ysE5Stc6B&sig=NAAnGHqM\\_YqkrPGQbduVzHvRkVQo&hl=en&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI6rfG5PGxyAIVAtUeCh2CRQEE#v=onepage&q=existen](https://books.google.com.co/books?id=15nVyh1Fn6MC&pg=PA1&pg=PA1&dq=existen+modelos,+principios+y+leyes+aplicables+a+sistemas+generalizados+o+a+sus+subclases,+sin+importar+su+p+articular+g%C3%A9nero,+source=bl&ots=ysE5Stc6B&sig=NAAnGHqM_YqkrPGQbduVzHvRkVQo&hl=en&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI6rfG5PGxyAIVAtUeCh2CRQEE#v=onepage&q=existen)

- a) Existe una tendencia a la integración de diversas ciencias naturales y sociales.
- b) Hay una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos). La cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y el orden subyace a tal interdependencia.
- c) Se reconoce la existencia y la importancia de procesos de frontera (relación sistema-ambiente).
- d) Los sistemas existen dentro de sistemas: cada sistema existe dentro de otro más grande.
- e) El cambio en una de las partes ocasiona el cambio en las demás partes y el sistema en general
- f) Cada parte del sistema tiene propiedades que pierde cuando se separa del sistema, y todo sistema posee algunas propiedades que ninguna de sus partes tiene.<sup>3</sup>

### 2.2.2 Teoría de Deming

W. Edwards Deming, el más conocido de los “primeros” precursores, se le acredita el haber popularizado en Japón el control de la calidad, en los albores de la década de los 50. Hoy se le aprecia como a un héroe nacional en ese país y es el padre del mundialmente famoso Premio Deming a la Calidad. Se le admira sobre todo por la creación de un sistema de control estadístico, pero sus aportaciones van mucho más allá de sus técnicas. Su filosofía comienza con la alta gerencia, pero él sostiene que las compañías deben adoptar los catorce puntos de su sistema en todos los niveles. Deming considera también que la calidad se debe incorporar al producto en todas las etapas, a fin de alcanzar un alto nivel de excelencia. Aun cuando no se puede decir que Deming haya sido el autor de la elevación de la calidad en Japón o en los Estados Unidos de América, él desempeñó un papel muy apreciable para dar visibilidad al proceso y para despertar la conciencia en torno a la necesidad de mejorar.

---

%20modelos%2C%20principios%20y%20leyes%20aplicables%20a%20sistemas%20generalizados%20o%20a%20sus%20subclases%2C%20sin%20importar%20su%20particular%20g%C3%A9ner  
o%2C&f=false

<sup>3</sup> Ídem No. 2

Deming define la calidad como cero defectos o menos variaciones, y se basa en el control estadístico del proceso como la técnica esencial para la resolución de problemas, con el fin de distinguir las causas sistémicas y las causas especiales. La búsqueda de la calidad se traduce en costos más bajos, mayor productividad y el éxito en el plano competitivo. Si bien es cierto que a fin de cuentas, quien elabora los productos de calidad es el trabajador, Deming hace más énfasis en el orgullo y la satisfacción de éste en la imposición de metas que sea posible medir. El enfoque general se centra en el mejoramiento del proceso, considerando que la causa de las variaciones en el proceso radica en el sistema, más que en el trabajador.

Los catorce puntos universales postulados por Deming para la administración se resumen en esta forma:

1. Crear en el propósito de mejora del producto y servicio, con el plan para hacer competitivos y permanecer en el campo de los negocios.
2. Adoptar una nueva filosofía, eliminar los niveles comúnmente aceptados de demoras, errores, productos defectuosos.
3. Suspender la dependencia de la inspección masiva, se requiere evidencia estadística de que el producto se hace con calidad.
4. Eliminar la práctica de hacer negocio sobre la base del precio de venta, en vez de esto, mejore la calidad por medio del precio, es decir minimice el precio total.
5. Buscar áreas de oportunidad de manera constante para que se puedan mejorar los sistemas de trabajo de manera permanente.
6. Instituir métodos modernos de entrenamiento en el trabajo.
7. Instituir una supervisión para que fomente el trabajo en equipo con el objeto de mejorar la calidad lo cual automáticamente mejore la productividad.
8. Eliminar el temor, de modo que todos puedan trabajar efectivamente para una empresa.
9. Romper barreras entre los departamentos. Debe existir comunicación entre todos los integrantes de la empresa, ya que todos tienen un objetivo común.

10. Eliminar eslogan y metas enfocadas a implementar la productividad sin proveer métodos.
11. Eliminar estándares de trabajo que prescriben cuotas numéricas ya que si la principal meta es la calidad, la calidad se va a ver afectada.
12. Eliminar las barreras que se encuentran entre el trabajador y el derecho a sentirse orgulloso de su trabajo.
13. Instituir un vigoroso programa de educación y entrenamiento que permita desarrollar nuevos conocimientos y habilidades para tener personal más calificado en beneficio de la empresa.
14. Crear una estructura en la alta dirección que impulse directamente los 13 puntos anteriores.<sup>4</sup>

### 2.2.3 Teoría de Juran

Este autor define a la calidad como adecuación para el uso en términos de diseño, conformación, disponibilidad, seguridad y uso práctico, incorporando más íntimamente el punto de vista del cliente. Joseph Juran considera que la opinión del usuario es la que indica que la calidad está en el uso real del producto o servicio. Juran aplicó a la calidad dos significados diferentes: característica y ausencia de defectos. Manejar con eficacia estos tipos de calidad significa utilizar lo que ahora parece un concepto muy antiguo de su trilogía de la calidad (Juran, 1986).

Cuando se utiliza esta definición, sólo el cliente puede determinar la calidad del producto o servicio. En consecuencia, a los fabricantes no les gusta utilizarlas, y prefieren una conformidad más controlada con las especificaciones, adecuada para el uso de valor utilitario que varía de un cliente a otro.

De acuerdo a Juran (1974), este concepto está basado en las cinco características siguientes:

1. Tecnológicas
2. Psicológicas

---

<sup>4</sup>Tomado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1117/gurus.html>

3. Temporal
4. Contractual
5. Ética

La calidad de un producto fabricado se puede definir, principalmente, por sus características tecnológicas y temporales (fuerza y fiabilidad, por ejemplo), mientras que un servicio puede incluir todas las mencionadas anteriormente. Esto es un ejemplo de por qué ha sido difícil aplicar los programas en empresas de servicios. Más aún, Juran determinó que la adecuación para el uso puede ser desglosada en cuatro elementos: calidad de diseño, control de calidad, disponibilidad y servicio de post-venta<sup>5</sup>

Juran en sus conferencias, expuso las dimensiones administrativas de la planificación, la organización y el control, centrandó la atención en el logro de la calidad como una responsabilidad de la gerencia y en la necesidad de establecer metas. Él está dispuesto a medirlo todo y se basa en sistemas y técnicas para la resolución de problemas. A diferencia de Deming, Juran enfoca su atención en la administración vista de arriba hacia abajo y en métodos técnicos, antes que en el orgullo y la satisfacción del trabajador.

Los 10 pasos de Juran para mejorar la calidad son:

1. Despertar la conciencia en torno a las oportunidades de mejorar.
2. Establecer metas de mejoramiento.
3. Organizarse para alcanzar esas metas.
4. Impartir capacitación.
5. Llevar a cabo proyectos para la resolución de problemas.
6. Informar los progresos.
7. Dar el debido reconocimiento a cada persona.
8. Comunicar los resultados.
9. Llevar un recuento del proceso.
10. Mantener el ímpetu haciendo que el mejoramiento manual sea parte

---

<sup>5</sup>Tomado de: <http://uva.anahuac.mx/content/catalogo/diplanes/modulos/mod5/l1t2m5.htm>

integral de los sistemas y procesos habituales de la compañía.<sup>6</sup>

#### 2.2.4 Teoría de la Calidad Total de Ishikawa

Kaoru Ishikawa, contribuyó en forma importante al desarrollo de la administración de la calidad en Japón, afirmó que la calidad es una filosofía revolucionaria de la administración que se caracteriza por las siguientes metas estratégicas:

- Busca la calidad antes que las utilidades.
- Desarrolla el infinito potencial de los empleados mediante la educación, la delegación y el respaldo positivo.
- Crea una orientación hacia el consumidor a largo plazo, tanto fuera como dentro de la organización.
- Comunica a través de la organización hechos y datos estadísticos y utiliza la medición como una motivación.
- Desarrolla un sistema en toda la compañía que hace que todos los empleados centren su atención en las implicaciones relacionadas con la calidad de cada decisión y acción, en todas las etapas del desarrollo del producto o el servicio, desde su diseño hasta la venta.

Ishikawa señalaba:

- El Control total de calidad es hacer lo que se debe hacer en todas las industrias.
- El control de calidad que no muestra resultados no es control de calidad.
- Hagamos un control total de calidad que traiga tantas ganancias que no sepamos que hacer con ella.
- El control de calidad empieza con la educación y termina con la educación.
- Para aplicar el control total de calidad tenemos que ofrecer educación continua para todos desde el presidente hasta los obreros.
- El control total de calidad aprovecha lo mejor de cada persona.
- Cuando se aplica el control total de calidad, la falsedad desaparece de la

---

<sup>6</sup> Tomado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1117/gurus.html>

empresa.

- El primer paso del control total de calidad es conocer los requisitos de los Consumidores.
- Proveer los posibles defectos y reclamos.
- El control total de calidad llega a su estado ideal cuando ya no requiere de inspección.
- Eliminase la causa básica y no los síntomas.
- El control total de calidad es una actividad de grupo.
- Las actividades de círculos de calidad son partes del control total de calidad.
- El control total de calidad no es una droga milagrosa.
- Si no existe liderazgo desde arriba no se insiste en el Control Total de Calidad.<sup>7</sup>

#### 2.2.5 Los Absolutos de la Calidad de Philip Crosby.

Philip Crosby, autor del libro Quality is Free (la calidad es gratuita), sostiene que la mala calidad en la empresa término medio le cuesta a ésta casi el 20% de sus ingresos, y que esa merma se podría evitar casi en su totalidad con la adopción de buenas prácticas de calidad. Sus conceptos “absolutos” sobre la calidad son los siguientes:

1. La calidad se define como el fiel cumplimiento de los requisitos y no como lo “bueno”.
2. El sistema adecuado para lograr la calidad se basa en la prevención, no en la evaluación.
3. La norma de desempeño consiste en reducir a cero los defectos y no sólo en lograr una “buena aproximación”.
4. La medición de la calidad es el precio que se paga por las discrepancias en relación con los requisitos; y no un medio de obtener índices útiles.

---

<sup>7</sup> Tomado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1117/gurus.html>



Crosby hace énfasis en la motivación y la planificación, y no presta atención ni al control estadístico del proceso ni a las diversas técnicas que Deming y Juran proponen para la resolución de problemas. Él afirma que la calidad es gratuita porque el modesto costo de la prevención siempre será menor que los costos derivados de la detección, la corrección y el fracaso. A semejanza de Deming, Crosby plantea también sus catorce puntos para la buena administración:

1. Compromiso de la gerencia
2. Equipo para el mejoramiento de la calidad
3. Medición de la calidad
4. Costo de la calidad
5. Conciencia de la calidad
6. Acción correctiva
7. Planificación para lograr la meta de cero defectos
8. Capacitación del supervisor
9. El día de cero defectos
10. Establecimiento de metas
11. Eliminación de las causas de error
12. Reconocimiento
13. Consejos de calidad
14. Hágalo todo otra vez<sup>8</sup>

#### 2.2.6 Teoría de la Calidad Total de Taguchi

Para la Genichi Taguchi, la no calidad es la pérdida generada a la sociedad por un producto, desde el momento de su concepción hasta el reciclado, por no haber hecho lo correcto.

El objetivo de la empresa debe ser minimizar la no calidad, pues las pérdidas que los productos originan a sus usuarios a corto, medio o largo plazo, sin duda, revierten el perjuicio para la empresa que los fabrica, y otro tanto ocurre

---

<sup>8</sup> Tomado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1117/gurus.html>

con los daños que puedan originar a la sociedad (medio ambiente, etc). Taguchi ha desarrollado métodos estadísticos para evaluar esta pérdida y minimizarla.

También ha desarrollado lo que se conoce como ingeniería de la calidad, métodos para el diseño de productos y desarrollo de procesos de industrialización. Estos métodos buscan la robustez de los productos, es decir, hacerlos insensibles:

- La variabilidad debida a las diferencias condiciones de uso que puedan tener.
- La variabilidad que incorporan las materias primas que se utilizan para fabricarlos.
- La variabilidad propia del proceso de fabricación.<sup>9</sup>

#### 2.2.7 Teoría de Armand Feigenbaum

Armand Feigenbaum aplico un enfoque para el control de la calidad total que bien podría ser los precursores de la Gestión de la Calidad Total (GCT) de hoy. Él promovió un sistema para integrar los esfuerzos de los diversos grupos que forman una organización y para orientarlos hacia la meta de adquirir, mantener y mejorar la calidad. Según Feigenbaum, el enfoque contrario consistiría en inspeccionar y controlar la calidad después de los hechos, en lugar de incorporarla al proceso en una etapa más temprana.

El enfoque hacia la calidad del sistema administrativo japonés ha madurado hasta convertirse en un nuevo modelo administrativo con una filosofía muy especial. Si, en los comienzos, el control de calidad consistió en la aplicación de métodos estadísticos para mejorar el proceso de manufactura, actualmente es todo un sistema estratégico para ofrecer en forma competitiva bienes y servicios que satisfagan los requerimientos de los consumidores. La implementación de este sistema solo se hace con la cooperación de todos en la compañía, e incluye todas las funciones: las de marketing, las de investigación y desarrollo, las de manufactura y servicio al cliente: involucra, además, a todas las organizaciones

---

<sup>9</sup> Tomado de <http://www.emprendices.co/calidad-total-origen-evolucion-y-conceptos/>

relacionadas con la empresa: las que proveen la materia prima, las que distribuyen el producto y las que ofrecen el servicio de posventa. Este sistema administrativo se conoce como Company Wide Quality Control (CWQC).

La filosofía de Feigenbaum sirvió de base para este modelo administrativo japonés. Se considera que son cuatro los elementos principales de CWQC:

1. El involucramiento de todas las funciones (y no sólo de las de manufactura) en las actividades de la calidad (este primer elemento fue una idea tomada directamente de Feigenbaum).
2. La participación de los empleados en todos los niveles en esta actividades de la calidad; este segundo elemento es una modalidad típicamente japonesa, que se vincula con los círculos de control de calidad a través de una educación y entrenamiento masivos.
3. El propósito de mejorar continuamente; este tercer elemento es la filosofía del mejoramiento continuo, mejoramiento que produce resultados incalculables a largo plazo.
4. La atención cuidadosa de la definición de calidad desde el punto de vista del consumidor (este cuarto elemento los japoneses lo aprendieron de las primeras conferencias de Deming).<sup>10</sup>

### 2.3 Marco Conceptual<sup>11</sup>

**Acción correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

**Acción preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

**Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

**Cliente:** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

---

<sup>10</sup> Tomado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1117/gurus.html> -

<sup>11</sup> NTC GP 1000:2009,3. Términos y Definiciones – Pág. 9

**Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**Control de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a la verificación y al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**Documento:** Información y su medio de soporte.

**Enfoque basado en procesos:** Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado.

**Entidades:** Entes de la Rama Ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.

**Especificación:** Documento que establece requisitos.

**Mejora continua:** Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

**No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

**Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

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

**Producto y/o servicio:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

**Proveedor:** Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

**Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

**Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.<sup>12</sup>

## 2.4 Marco legal

### 2.4.1 Norma NTC GP 1000

La Norma técnica de calidad para la gestión pública NTC GP 1000 en su actual versión (2009), es la norma que especifica los requerimientos para la implementación de un sistema de gestión de calidad en las entidades estatales en Colombia.

A partir de la Ley 782 de 2003, se creó el “Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.”<sup>13</sup>, en ella se definieron las entidades sujetas a su implementación, los requisitos, las características generales del sistema, posteriormente, mediante el Decreto 4110 de Diciembre 9 de 2004, reglamentario de la ley 782 de 2003, se adoptó la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTC GP 1000:2004 que determino “las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados”<sup>14</sup> teniendo en cuenta la normatividad internacional vigente en su momento, principalmente la Norma técnica ISO 9001:2000, finalmente, a través del Decreto 4485 de 18 de Noviembre de 2009, y teniendo en cuenta que para la fecha las normas internacionales habían sido actualizadas, lo que hizo necesario una actualización de la NTC GP 1000 a una versión acorde a los estándares

---

<sup>12</sup> NTC GP 1000:2009,3. Términos y Definiciones – Pág. 9

<sup>13</sup> Artículo 1º, - Ley 782 de 2003.

<sup>14</sup> Artículo 1º, - Decreto 4110 de 2004.

internacionales, para lo cual se adoptó la versión 2009, que es la actualmente utilizada.

#### 2.4.2 Estructura de la NTC GP 1000:2009

La NTC GP 1000:2009, especifica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios, para la elaboración de la norma se emplearon como base las normas internacionales ISO 9000:2005 y la ISO 9001:2008 sobre gestión de la calidad. En esta medida, la implementación de la norma permite el cumplimiento de la norma internacional ISO 9001:2008, puesto que ajusta la terminología y los requisitos de ésta a la aplicación específica en las entidades. Sin embargo, la norma integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO<sup>15</sup>, relacionados con las actividades propias de las entidades en las que se implementa.

Esta norma está orientada hacia un enfoque basado en procesos, permitiendo identificar y articular actividades relacionadas entre sí en forma sistémica, proporcionando control continuo de los procesos, permitiendo mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades.

---

<sup>15</sup> NTC GP 1000:2009, 1.1 Generalidades – Pág. 1.

### **3 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Enfoque y tipo de investigación**

Esta investigación es de tipo cualitativo, puesto que el principal método de recolección de información será la observación directa del funcionamiento de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

#### **3.2 Delimitación del problema**

##### **3.2.1 Delimitación temporal**

El Diseño de la estructura del Sistema de Gestión de Calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009 tendrá una duración comprendida entre los meses de Julio – Diciembre de 2015.

##### **3.2.2 Delimitación del espacio**

La puesta en marcha del proyecto se desarrollara en las oficinas de la ESE Hospital Regional de Bolívar, ubicadas en la ciudad de Cartagena Centro calle de la Moneda – Casa de la Moneda.

#### **3.3 Fuentes y técnicas de recolección de información**

##### **3.3.1 Fuentes primarias**

- ESE Hospital Regional de Bolívar oficina principal, ubicadas en la ciudad de Cartagena Centro calle de la Moneda – Casa de la Moneda.
- Libros, información de la ESE Hospital Regional de Bolívar para contribuir al desarrollo de la investigación
- Director y Representante Legal: Responsable de todas las actividades que se llevan a cabo en la entidad.
- Personal Administrativo: Conformado por; Asistente Administrativa, Secretaria Recepcionista, Auxiliar Contable, Asistente de Servicios Generales

### 3.3.2 Fuentes secundarias

- Contratistas de la Entidad: son los facilitadores/asesores quienes apoyan en el desarrollo de la entidad
- Beneficiarios: son aquellos que reciben los beneficios otorgados por la ESE Hospital Regional de Bolívar.

### 3.3.3 Instrumentos de recolección de información

Entrevistas: con este instrumento de recolección obtendremos información específica del cliente interno (funcionarios), que nos permita identificar mejor los puntos críticos de la implementación de la norma.

Observación directa: con este instrumento podremos conocer de primera mano la información sobre los procesos que se realizan en la ESE Hospital Regional de Bolívar.



### 3.4 Operacionalización de La Investigación

**Tabla 1 . Operacionalización de Variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>HERRAMIENTAS</b>	<b>INDICADOR Y/O RESULTADO ESPERADO</b>
Diagnosticar la situación actual de los servicios prestados por la ESE Hospital Regional de Bolívar.	Realizar una auditoría de los servicios que presta la ESE Hospital Regional de Bolívar siguiendo los criterios de la NTC GP 1000:2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listas de verificación</li> <li>- Auditor interno con formación integral</li> <li>- Técnicas de muestreo y observación directa.</li> </ul>	Porcentaje de cumplimiento de la NTC GP 1000:2009 en los servicios prestados por la ESE Hospital Regional de Bolívar
Definir los procesos para implementar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar.	Identificar los procesos existentes en la ESE Hospital Regional de Bolívar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación Directa</li> <li>- Entrevistas</li> <li>- Norma NTC GP NTCGP 1000:2009</li> </ul>	Definición del mapa de procesos de la ESE Hospital Regional de Bolívar.
Proponer e identificar la política de calidad para implementar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar	Identificar la política de la ESE Hospital Regional de Bolívar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación Directa</li> <li>- Entrevistas</li> <li>- Norma NTC GP NTCGP 1000:2009</li> </ul>	Propuesta de Política de Calidad para la ESE Hospital Regional de Bolívar
Identificar cuáles son los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009 para la implementación de un sistema de gestión de calidad aplicables a la ESE Hospital Regional de Bolívar	Basados en la norma NTCGP 1000:2009, identificar los requisitos permitan implementar un sistema de gestión de calidad en la ESE Hospital Regional de Bolívar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación Directa</li> <li>- Norma NTC GP NTCGP 1000:2009</li> </ul>	Propuesta de Manual de Requisitos para la implementación un sistema de gestión de calidad para la ESE Hospital Regional de Bolívar

Fuente: Autores del Proyecto

## **4 ADMINISTRACION DEL PROYECTO**

### **4.1 Recursos**

**Talento Humano:** El equipo investigador quienes son los directos responsables de recopilar, ordenar, procesar la información obtenida y alcanzar las conclusiones pertinentes del proyecto, de la mano de un Asesor Investigativo para el desarrollo del proyecto el cual fue asignado por el Programa de Administración de Empresas.

**Materiales:** En el desarrollo del presente proyecto utilizaremos elementos tecnológicos tales como computador, teléfono, móvil. Se utilizara también transportes, papelería, libros, información de internet.

**Institucionales:** Se cuenta con la autorización y la colaboración de la Gerencia de la ESE Hospital Regional de Bolívar y el personal administrativo que labora en el hospital los cuales están en disposición de suministrar información necesaria para el desarrollo del presente proyecto.

## 4.2 Cronograma

Tabla 2 Cronograma

Meses y Semanas	Julio Agosto				Septiembre Octubre				Noviembre Diciembre			
	1ª y 2ª Semana	3ª y 4ª Semana	5ª y 6ª Semana	7ª y 8ª Semana	9ª y 10ª Semana	11ª y 12ª Semana	13ª y 14ª Semana	15ª y 16ª Semana	17ª y 18ª Semana	19ª y 20ª Semana	21ª y 22ª Semana	23ª y 24ª Semana
Actividades												
Planteamiento, formulación y Justificación del problema. Objetivos (generales y específicos)												
Marco Referencial (antecedentes investigativos, bases teóricas, marco conceptual)												
Diseño metodológico (Enfoque y tipo de investigación, delimitación del problema temporal, delimitación del problema espacial)												
Fuentes y Técnicas de recolección de Información												
Operacionalización de la Investigación												
Administración Del Proyecto (Cronograma, Presupuesto y Bibliografías)												

Fuente: Autores del Proyecto

### 4.3 Presupuesto

Tabla 3. Presupuesto

<b>Gastos del personal Investigador</b>	
Transporte	100,000.00
Papelería	60,000.00
Fotocopias	50,000.00
Consumo de Internet	85,000.00
Consumo de telefonía	75,000.00
<b>Subtotal</b>	<b>370,000.00</b>
Imprevistos (%10 del Subtotal)	37,000.00
<b>Total</b>	<b>407,000.00</b>

Fuente: Autores del Proyecto

## **5 GENERALIDADES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR**

### **5.1 Reseña Histórica**

La Empresa Social del Estado Hospital Regional De Bolívar, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, creada mediante el decreto 894 de 29 de diciembre de 2004, expedida por la Gobernación de Bolívar y la Secretaria de Salud de Bolívar, en el que se integra los servicios de salud de los municipios de Regidor, El Guamo, San Cristóbal, Clemencia, Villanueva, luego mediante el Acuerdo 0001 de 24 de enero de 2005 se adoptan los Estatutos que rigen a institución, iniciando labores como institución de segundo nivel de complejidad, prestando los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Unidad Quirúrgica, Sala de Partos y Complementación Diagnóstica y Apoyo Terapéutico.

El objeto de la Empresa es prestar con el carácter de servicio público a cargo del estado, los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de baja complejidad en el territorio de los municipios de Villanueva, San Cristóbal, Clemencia, El Guamo y Regidor del Departamento de Bolívar. En desarrollo de este objeto brinda servicios a municipios cercanos del departamento de bolívar y/o de otros departamentos vecinos.

En la actualidad el ESE Hospital Regional De Bolívar es una institución reestructurada y fortalecida en sus áreas asistenciales y administrativas, y que ofrece de la mejor manera servicios de máxima calidad, eficiencia, eficacia y calidez desarrollando planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

## **5.2 Servicios que prestan**

- Servicio de Urgencias
- Servicio de Consulta Externa.
  - Consulta Especializada de Gineco- obstetricia
  - Consulta especializada de Ginecología
  - Consulta Especializada de Cirugía General
  - Consulta Especializada de Anestesiología.
  - Consulta Especializada de Pediatría.
  - Consulta Nutrición
- Servicio de Apoyo Diagnóstico.
  - Ecografía.
  - Monitoreo Fetal.
  - Colposcopia
  - Laboratorio Clínico
- Servicio de Apoyo Terapéutico.
  - Terapia Respiratoria.
  - Farmacia.
  - Transfusión Sanguínea.
- Servicio de Vacunación.
- Servicio Integral del Parto.
- Servicios de Cirugía
- Servicio de Hospitalización
- Servicios de Transporte Asistencia Básico

## **6 DIAGNOSTICO**

### **6.1 Diagnóstico Inicial**

Se realizó un diagnóstico general a los procesos y estructura de la entidad y se evidenció la necesidad de complementar el Modelo Estándar de Control Interno MECI con un sistema de gestión que permita integrar las áreas misionales de la entidad con las áreas de apoyo y gerenciales, debido a los problemas en el flujo de la información y los reproceso en algunas de sus actividades. Basado en los informes del diagnóstico realizado, la entidad toma la decisión de adoptar un Sistema de Gestión de Calidad SGC para fortalecer sus procesos, aumentar la satisfacción de la ciudadanía y partes interesadas con relación a los servicios que presta.

Al realizar el diagnóstico inicial de la documentación, registros y procesos que se llevan en la entidad con base a los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009, y para esto se realizó un cuadro con cada uno de los requisitos que se deben tener para la implementación de un sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del sector público.

Tabla 4: Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma NTCG 1000:2009.

CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE DE LA NORMA NTCGP 1000:2009		CUMPLE	
		SI	NO
<b>4</b>	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
<b>4.1</b>	<b>REQUISITOS GENERALES</b>	X	
<b>4.2</b>	<b>GESTIÓN DOCUMENTAL</b>		
4.2.1	Generalidades	X	
4.2.2	Manual de la calidad	X	
4.2.3	Control de documentos		X
4.2.4	Control de los registros		X
<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>		
<b>5.1</b>	<b>COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN</b>		X
<b>5.2</b>	<b>ENFOQUE AL CLIENTE</b>		X
<b>5.3</b>	<b>POLÍTICA DE LA CALIDAD</b>		X
<b>5.4</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>		X
5.4.1	Objetivos de la calidad	X	
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad		X
<b>5.5</b>	<b>RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN</b>		
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	X	
5.5.2	Representante de la dirección		X
5.5.3	Comunicación interna	X	
<b>5.6</b>	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		
5.6.1	Generalidades		X
5.6.2	Información de entrada para la revisión		X
5.6.3	Resultados de la revisión		X
<b>6</b>	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>		
<b>6.1</b>	<b>PROVISIÓN DE RECURSOS</b>	X	
<b>6.2</b>	<b>TALENTO HUMANO</b>	X	
6.2.1	Generalidades	X	
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia		X
<b>6.3</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	X	
<b>6.4</b>	<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>	X	
<b>7</b>	<b>REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>		
<b>7.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>		
<b>7.2</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>		
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	X	
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio		X
7.2.3	Comunicación con el cliente	X	
<b>7.3</b>	<b>DISEÑO Y DESARROLLO</b>		EXCLUSION
<b>7.4</b>	<b>ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>		
7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios		X
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios		X
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos		X
<b>7.5</b>	<b>PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>		
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio		X
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio		EXCLUSION
7.5.3	Identificación y trazabilidad	X	
7.5.4	Propiedad del cliente	X	
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio	X	
<b>7.6</b>	<b>CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN</b>	X	
<b>8</b>	<b>MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>		
<b>8.1</b>	<b>GENERALIDADES</b>		
<b>8.2</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>	X	
8.2.1	Satisfacción del cliente		X
8.2.2	Auditoría interna	X	
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		X
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio		X
<b>8.3</b>	<b>CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME</b>		X
<b>8.4</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	X	
<b>8.5</b>	<b>MEJORA</b>		
8.5.1	Mejora continua	X	
8.5.2	Acción correctiva		X
8.5.3	Acción preventiva		X

Fuentes: Autores del Proyecto



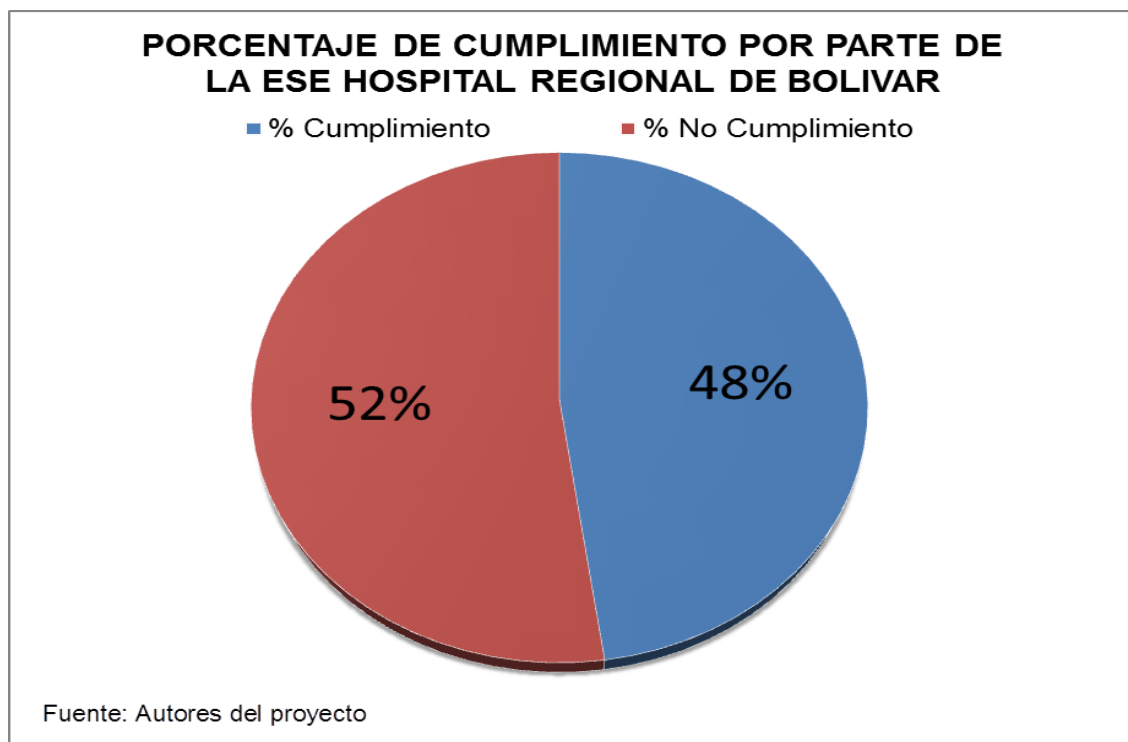
Tabla 5: Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de la norma de la ESE Hospital Regional de Bolívar

<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR</b>				
		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
<b>CAPITULIO No. 4</b>	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	3	2	7%
<b>CAPITULIO No. 5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>	3	9	7%
<b>CAPITULIO No. 6</b>	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>	5	1	11%
<b>CAPITULIO No. 7</b>	<b>REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	6	5	14%
<b>CAPITULIO No. 8</b>	<b>MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>	4	6	9%
		<b>21</b>	<b>23</b>	<b>48%</b>
<b>TOTAL ITEM</b>		<b>44</b>		

Fuente: Autores del Proyecto.

Según los resultados obtenidos se puede establecer que la entidad no cumple con el 52% del total de los ítems requeridos por la norma NTCGP 1000:2009, como se observa en el siguiente

Grafico 1: Torta de cumplimiento de los requisitos de la norma



Entre los hallazgos relevantes en materia documental que no se encontraron y que son de carácter obligatorio en la norma están:

- Procedimiento de control de documentos
- Procedimiento de control de registros
- Procedimiento de control del producto no conforme
- Procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas

Además de lo anterior, se encontró que el manual de la calidad no cumple con algunos requerimientos que establece la norma como son:

- Incluir la interacción de los procesos o hacer referencia de estos
- Incluir el mapa de procesos
- Hacer una descripción de los procesos y procedimientos que se realizan en la entidad

También no se están llevando indicadores de gestión propios en la entidad si no solo aquellos dispuestos por los entes de control como la Contraloría Departamental que son manejados por la oficina de control interno y son para dar cumplimiento a requerimiento de dicho ente. Por lo anterior, la entidad no cuenta con una herramienta de medición y evaluación de sus procesos que permita establecer controles y mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos.

Con base en los resultados derivados del análisis de la información recopilada se procede a implementar un plan de trabajo que permita dar cierre a los hallazgos encontrados y dar inicio al diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad.

## 7 DOCUMENTACION

Realizado el diagnóstico inicial y con los hallazgos que este arrojó, se inicia el proceso de elaboración de la propuesta de manual de calidad que permita diseñar e implementar el SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO Y OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS, según la norma técnica Colombiana NTCGP 1000:2009.

Primero se comenzó con la recopilación de la información de las diferentes áreas de la entidad con el fin de revisar el actual mapa de procesos y realizar la actualización de esta. El resultado es el siguiente mapa de procesos que adoptó la entidad:

Grafico 2 Mapa de Proceso



Fuente: Autores del proyecto

### 7.1 Caracterización de procesos

Tabla 6 Caracterización de Procesos

MACROPROCESO	OBJETIVO	PROCESOS RELACIONADOS
<b>ESTRATEGICO</b>	Definir las directrices de la entidad, aportando las bases sobre las que se direccionan, planifican y administran las estrategias del Sistema de Gestión de la Calidad.	Gestión de Direccionamiento Estratégico, Gestión de Planeación Estratégica, Gestión de la calidad en enfoque centrado en el usuario, Gestión de Mercadeo y Comunicaciones
<b>MISIONAL</b>	Desarrollar la las actividades que permiten a la entidad prestar los servicios que le generan como resultado el cumplimiento del objeto social	Servicios Ambulatorios, Servicios Hospitalarios, Servicios de Apoyo Diagnostico, Servicios de Apoyo Terapéutico
<b>APOYO</b>	Proveer las herramientas y recursos humanos y físicos que coadyuvan al desarrollo de todos los procesos de la entidad (Estratégicos, Misionales y de apoyo inclusive)	Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión de Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de la Tecnología y Sistemas de Información, Gestión Jurídica

Fuente: Autores del Proyecto

## **7.2 Documentación mandataria**

La norma NTCGP 1000:2009, establece que las entidades deben tener como mínimo la siguiente documentación:<sup>16</sup>

- Las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad,
- El manual de la calidad,
- Los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma.
- Los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Con base en estos requerimientos se procedió a realizar primero los procedimientos mandatorios (documentados) requeridos por la norma, con el fin de establecer las directrices en cuanto a la mejora continua y la implementación de acciones correctivas y acciones preventivas.

---

<sup>16</sup> Tomado de la Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las entidades y organismos distritales; pág. 18

## **8 POLÍTICA DE CALIDAD**

### **8.1 Política de Calidad**

El compromiso de la ESE Hospital Regional de Bolívar es prestar servicios de salud de manera oportuna, eficaz y eficiente, con el apoyo del personal competente y capacitado, trabajando para incrementar los niveles de desempeño en la gestión institucional, con atributos de coherencia, control hacia la mejora, productividad, seguimiento y evaluación y sostenibilidad del SIG; orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

### **8.2 Objetivos de calidad**

- Aumentar el Nivel de Satisfacción de los Usuarios, cumpliendo con los requisitos establecidos.
- Mantener la competencia de los funcionarios de la entidad.
- Mantener adecuadamente la infraestructura necesaria para la prestación del servicio.
- Mejorar continuamente los procesos que conforman nuestro sistema de gestión.

### **8.3 Alcance de la Política de Calidad**

La política de Calidad tiene como alcance la prestación de servicios de salud de mediana complejidad, en los procesos misionales de Consulta Externa, Urgencias, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Unidad Quirúrgica, Hospitalización, Epidemiología, Esterilización Referencia y Contrareferencia, así mismo los procesos Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación definidos por la institución.

**9 MANUAL DE CALIDAD**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR  
NIT 900.004.820-6  
“GENERANDO BIENESTAR SOCIAL”  
EL GUAMO, REGIDOR, CLEMENCIA,  
VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL**



## **9.1 Introducción**

### **9.1.1 Presentación**

El Sistema de Gestión de la Calidad nace en las entidades de la Rama Ejecutiva del sector público a través de la ley 872 de 2003. Posteriormente se expide el Decreto 4110 de 2004 mediante el cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y el Decreto 4485 de 2009 por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública versión 2009.

La ESE Hospital Regional De Bolívar adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009, la cual establece las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003.

Si bien los sistemas se gestionan de manera independiente, hay elementos comunes que pueden ser administrados de forma integrada, lo cual representa, entre otros, los siguientes beneficios:

- Desde el punto de vista estratégico: permite la alineación de la planeación institucional con la naturaleza, funciones y competencias de las entidades y organismos departamentales.
- Desde el punto de vista de gestión: posibilita la articulación de los procesos para potenciar los resultados de la gestión institucional.
- Desde el punto de vista de eficiencia: conlleva la disminución de tiempos y de costos en la ejecución de las actividades.
- Desde el punto de vista operativo: permite que en la ejecución de actividades se consideren diferentes riesgos asociados a la gestión.



Teniendo en cuenta la necesidad de operar sistemas de gestión en forma integrada, esta norma define requerimientos generales de los diferentes subsistemas y su articulación con el propósito de lograr una gestión efectiva.

Contar con un sistema integrado de gestión permite que los esfuerzos aunados, sistemáticos e inteligentes se orienten a la satisfacción de los distintos usuarios y partes interesadas. Con esto en mente, se dispone que los elementos armónicos de la presente norma deben ser desarrollados siguiendo la secuencia definida en los lineamientos del ciclo de mejoramiento continuo, conocido como PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), con base en el cual han sido establecidos los elementos comunes de cada uno de los subsistemas.

### **9.1.2 Objeto del manual**

Este Manual enuncia nuestra política gerencial para la administración de la calidad describiendo de manera clara y precisa las políticas y objetivos de calidad de la institución, así como la descripción puntual del Sistema Integrado de Gestión que regula el ESE Hospital Regional De Bolívar para demostrar su capacidad de proporcionar servicios que satisfacen los requisitos de sus clientes; en cada uno de los subsistemas de:

Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), Control Interno (SCI), Gestión Documental y Archivo (SIGA), Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), de Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO), Responsabilidad Social (SRS) y la Gestión Ambiental (SGA).

El Manual describe las disposiciones adoptadas por la institución a efecto de cumplir con sus políticas, objetivos, requisitos legales, condiciones y acuerdos contractuales y normativos relacionados con la calidad, así como los protocolos exigidos tanto por la NTCGP 1000:2009 y la ley 872 de 2003, como documento regulatorio del presente proceso.

### **9.1.3 Reseña Histórica**

La Empresa Social del Estado Hospital Regional De Bolívar, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, creada mediante el decreto 894 de 29 de diciembre de 2004, expedida por la Gobernación de Bolívar y la Secretaria de Salud de Bolívar, en el que se integra los servicios de salud de los municipios de Regidor, El Guamo, San Cristóbal, Clemencia, Villanueva, luego mediante el Acuerdo 0001 de 24 de enero de 2005 se adoptan los Estatutos que rigen la institución, iniciando labores como institución de segundo nivel de complejidad, prestando los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Unidad Quirúrgica, Sala de Partos y Complementación Diagnóstica y Apoyo Terapéutico.

El objeto de la Empresa es prestar con el carácter de servicio público a cargo del estado, los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de baja complejidad en el territorio de los municipios de Villanueva, San Cristóbal, Clemencia, El Guamo y Regidor del Departamento de Bolívar. En desarrollo de este objeto brinda servicios a municipios cercanos del departamento de bolívar y/o de otros departamentos vecinos.

En la actualidad la ESE Hospital Regional De Bolívar es una institución reestructurada y fortalecida en sus áreas asistenciales y administrativas, y que ofrece de la mejor manera servicios de máxima calidad, eficiencia, eficacia y calidez desarrollando planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

### **9.1.4 Servicios de la Entidad**

Los servicios que presta la ESE Hospital Regional De Bolívar a todos sus clientes son:

- Urgencias

- Consulta Externa
- Hospitalización.
- Unidad quirúrgica.
- Sala de Partos
- Complementación Diagnóstica y Apoyo Terapéutico

### **9.1.5 Misión**

La ESE Hospital Regional De Bolívar es una institución que brinda servicios de salud con calidad y atención humanizada centrada en el paciente, su familia y la comunidad de los municipios de Regidor, El Guamo, San Cristóbal, Clemencia, Villanueva.

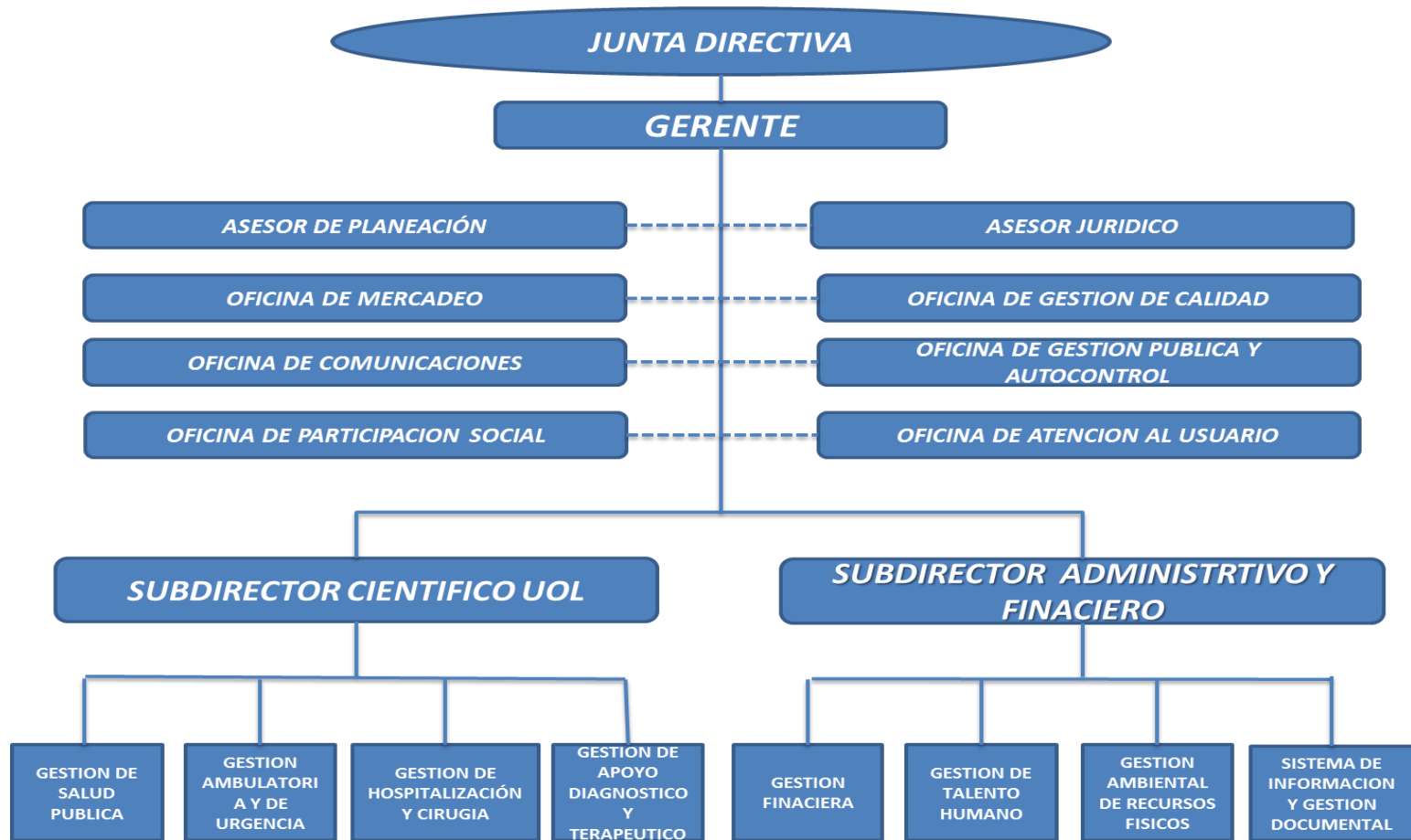
La ESE Hospital Regional De Bolívar busca la excelencia clínica, la seguridad del paciente, la investigación, con la satisfacción de aquellos a quienes servimos, aplicando un sistema de gestión de calidad que busca la mejora continua, desde una actuación socialmente responsable.

### **9.1.6 Visión**

Seremos la IPS pública de referencia en el departamento de Bolívar, ofreciendo servicios con calidez y calidad humana a nuestros usuarios, con una medicina humanizada, con una actitud de servicio y atención en salud como tributo permanente a la persona, acreditada en calidad, con solidez administrativa, técnico-científica y humana, con gran compromiso social, respetuosa del medio ambiente y comprometida con el mejoramiento de la salud.

### 9.1.7 Estructura organizacional

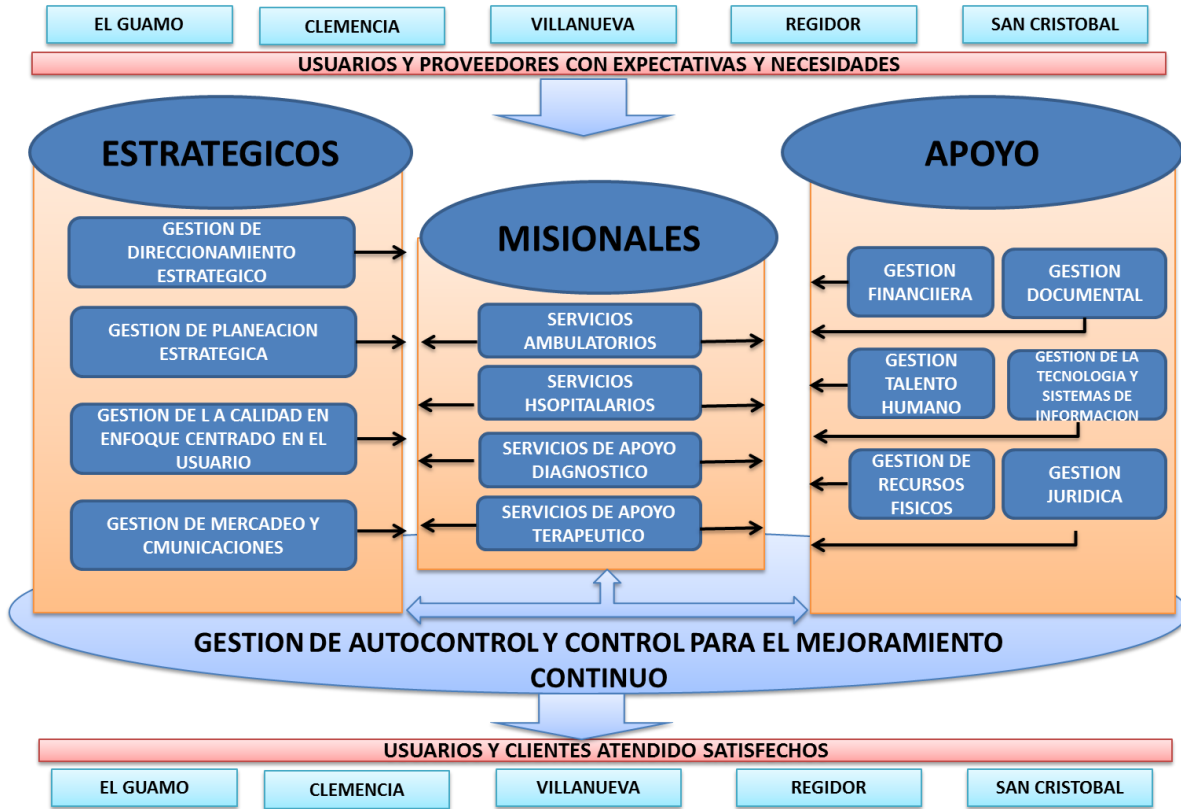
Grafico 3 Organigrama



Fuente: Autores del Proyecto

### 9.1.8 Mapa de Procesos

Grafico 4 Mapa de Procesos



Fuente: Autores del proyecto

## 9.2 Sistema de Gestión de la Calidad

### 9.2.1 Alcance y requisitos generales

El presente Sistema de Gestión de la Calidad tiene como alcance la prestación de servicios de salud de mediana complejidad, en los procesos misionales de Consulta Externa, Urgencias, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Unidad Quirúrgica, Hospitalización, Epidemiología, Esterilización Referencia y Contrareferencia.

Así mismo se contemplan los procesos Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación definidos por la institución.

## **9.2.2 Exclusiones**

Para la aplicación y cumplimiento de la norma NTCGP 1000:2009, se excluyen los siguientes requisitos, con la justificación para ello que en cada caso se indica:

7.3 Diseño y Desarrollo Por tratarse de servicios definidos por la normatividad legal existente, la cual establece los mecanismos para la prestación de los mismos, el presente numeral no aplica dentro del sistema de gestión de calidad de la entidad.

7.5.2 Validación de los procesos, de la producción y de la prestación del servicio, dado que el resultado de los diferentes procesos en la prestación del servicio, se puede verificar mediante actividades de inspección y control.

## **9.2.3 Requisitos de la documentación**

### **9.2.3.1 Generalidades**

En esta sección se establece la estructura documental del SGC, de todas las actividades, procesos y servicios que ofrece la entidad.

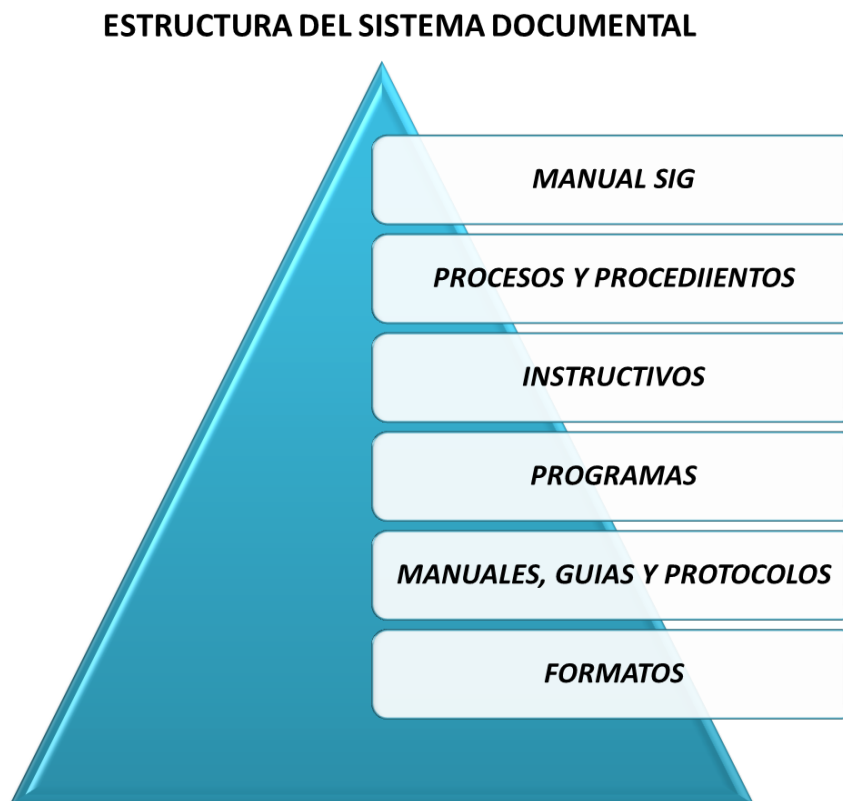
### **9.2.3.2 Manual de la calidad**

Este manual de la calidad cubre el alcance de SGC, establece de manera general como se cumplen los requisitos de acuerdo a la norma NTCGP 1000:2009, presenta además la política y los objetivos de calidad a aplicar en la entidad. El gráfico 5 describe la estructura documental del SGC de la compañía.

La pirámide documental muestra 6 niveles, en la base los formatos aplicables a los procedimientos de los diferentes procesos, luego las guías protocolos y manuales, incluye el direccionamiento estratégico y los planes operativos, luego los instructivos, luego las guías protocolos y manuales, incluye el direccionamiento estratégico y los planes operativos, cuarto constituye el Mapa de Procesos, la caracterización de los procesos y la documentación de

procedimientos, en la cual se define la interacción entre cada uno de los procesos, a través de la definición de los procesos proveedores y los procesos clientes, incluyendo las entradas al proceso, los requisitos de calidad de las entradas, la descripción de las actividades, las salidas y los requisitos de calidad de las salidas de los procesos, los riesgos, controles e indicadores con que se miden, así como los registros que se diligencian, la documentación de referencia y los recursos necesarios, en el nivel ultimo nivel está el manual del sistema integrado de gestión en él se describen las acciones que se realicen para cumplir las actividades de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

Grafico 5 Estructura del Sistema Documental



Fuente: Autores del proyecto

### 9.2.3.3 Procedimientos del sistema integrado de gestión de la calidad

Los procedimientos, guías y protocolos establecidos, documentados e implementados del Sistema de Gestión de Calidad son los siguientes:

- Definición de políticas institucionales

- Caracterización de procesos
- Documentación de procedimientos e instructivos
- Control de Documentos y registros
- Producto/Servicio no conforme
- Acciones Preventivas - Acciones Correctivas
- Auditoría Interna

#### **9.2.3.4 Control de documentos**

El procedimiento documentado PC-GCC-01 CONTROL DE DOCUMENTOS, se describen todas las actividades y su medio de soporte para mantener la documentación del SGC de la entidad, incluyendo la documentación externa. En este se describe como aprobar, revisar, actualizar, identificar los cambios, mantener su legibilidad, identificar su origen y el manejo de documentos obsoletos.

#### **9.2.3.5 Control de registros**

En el procedimiento documentado PC-GCC-02 CONTROL DE REGISTROS se definen los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registro.



### **9.3 Responsabilidad de la dirección**

#### **9.3.1 Compromiso de la dirección**

La Gerencia, da evidencia de su compromiso con el SGC y con la mejora continua de su eficacia, de la siguiente manera:

- Velando por que la entidad cumpla con los requisitos del cliente, los legales y los reglamentarios
- Estableciendo la política de la calidad
- Estableciendo los objetivos de la calidad
- Asignando responsabilidades y autoridades dentro de la organización
- Asegurando la disponibilidad de recursos financieros, materiales y talento humano para el buen funcionamiento del SGC
- Realizando las revisiones al SGC, en los periodos establecidos

#### **9.3.2 Enfoque al cliente**

La ese hospital regional de bolívar a través de la Gerencia, asegura que los requisitos relacionados con la prestación del servicio, se determinen y se cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción del usuario.

Para lo cual establece la siguiente tabla de traducción de necesidades y expectativas de los clientes en requisitos:

Tabla 7 - Traducción de necesidades y expectativas de los clientes en requisitos

<b>CLIENTES</b>	<b>NECESIDADES Y EXPECTATIVAS</b>	<b>REQUISITOS</b>
Pacientes	Atención rápida Atención de calidad Reducción de trámites administrativos	Oportunidad en la atención según las especialidades. Personal científico calificado. Hospital seguro. Personal Científico y administrativo con buenas relaciones humanas. Personal Científico y administrativo con vocación de servicio. Mejoramiento de los procesos para agilizar la prestación del servicio.
Compradores de servicios de salud	Atención rápida  Atención de calidad  Atención pertinente	Oportunidad en la atención según las especialidades. Personal científico calificado. Personal Científico y administrativo con buenas relaciones humanas. Personal Científico y administrativo con vocación de servicio. Mejoramiento de los procesos para agilizar la prestación del servicio. Adherencia a las guías y protocolos de atención.

Fuente: Autores del proyecto teniendo en cuenta las estadísticas de los procesos de medición de la satisfacción del cliente, gestión de peticiones, quejas y reclamos, mercadeo existentes

### **9.3.3 Política de Calidad**

La ESE Hospital Regional de Bolívar se compromete a implementar el sistema integrado de gestión – SIG-, alineado con los estándares de acreditación mediante la armonización de los elementos comunes de los subsistemas de Gestión de la Calidad, Control Interno, Gestión ambiental, Gestión de Seguridad de la información, Seguridad y Salud Ocupacional, Gestión Documental y Archivo y Responsabilidad Social, para incrementar los niveles de desempeño en la gestión institucional, con atributos de coherencia, control hacia la mejora, productividad, seguimiento y evaluación y sostenibilidad del SIG; orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

### **9.3.4 Planificación**

#### **9.3.4.1 Objetivos de calidad**

- Aumentar el Nivel de Satisfacción de los Usuarios, cumpliendo con los requisitos establecidos.
- Mantener la competencia de los funcionarios de la entidad.
- Mantener adecuadamente la infraestructura necesaria para la prestación del servicio.
- Mejorar continuamente los procesos que conforman nuestro sistema de gestión

#### **9.3.4.2 Planificación del sistema de calidad**

La Gerencia la ESE Hospital Regional de Bolívar asigno la planificación y el mantenimiento de la integridad del SGC al coordinador de calidad, quien monitorea y toma acciones necesarias para mantener la eficacia y mejora continua del sistema.

### **9.3.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación**

#### **9.3.5.1 Responsabilidades y autoridades**

En el Manual de Funciones, tal como su nombre lo indica se describen las responsabilidades y funciones de los diferentes funcionarios de la entidad

#### **9.3.5.2 Representante de la dirección**

El coordinador de calidad es el designado por la dirección ante el sistema de gestión de la calidad, quien es el encargado de monitorear que se cumplan los requisitos y se mantenga su integridad, así como informar a la gerencia del desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora del mismo.

#### **9.3.5.3 Comunicación interna**

Los medios establecidos en la ESE Hospital Regional de Bolívar para una comunicación interna eficaz entre los diferentes niveles de la organización y para dar a conocer los aspectos importantes de la eficacia del sistema, son:

- Intranet
- Actas y memorandos
- Cartelera
- Correos electrónicos

### **9.3.6 Revisión por la dirección**

#### **9.3.6.1 Generalidades**

Las revisiones del SGC se realizan a intervalos planificados, con la participación de la Gerencia de la ESE Hospital Regional de Bolívar, subdirecciones y jefes o responsables de procesos. En ellas se analiza y revisa el sistema de gestión de la calidad con el fin de verificar su funcionamiento, desempeño y eficacia. Incluye evaluación de oportunidades de mejora, cambios a realizar en el SGC, planes de mejora, políticas, objetivos de calidad y metas.

### **9.3.6.2 Información para la revisión**

Las fuentes de información para la revisión gerencial, entre otras son:

- Retroalimentación del cliente
- Resultados de auditorías
- Desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio
- Solicitudes de acción de mejora
- Revisiones previas de la dirección
- Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad
- Recomendaciones para la mejora del SGC

Cada jefe o responsable de proceso debe preparar con antelación los temas a tratar divulgados por alguno(s) de los medios de comunicación establecido (s) con anticipación.

Del resultado de las reuniones salen acciones de mejora y compromisos que adquiere cada responsable o jefe de proceso y tales compromisos son monitoreados por el coordinador de calidad o la oficina de control interno. Las actas de las reuniones reposan en el archivo del representante de la dirección.

### **9.3.6.3 Resultado de la revisión**

Los resultados de la revisión y la información de los compromisos establecidos se registran en un acta de reunión, esta es levantada por el coordinador de calidad o la persona asignada al inicio de la revisión, y debe quedar aprobada por todos los asistentes.

Como resultado de la revisión se pueden llevar a cabo, entre otras las siguientes actividades:

- Modificación de documentos del SGC.
- Ajuste o cambio de las políticas, objetivos, metas e indicadores.
- Realización de auditorías internas
- Capacitación del personal en aspectos específicos
- Asignación de recursos

- Creación de grupos o comités para la solución de problemas
- Definición y ejecución de acciones correctivas y preventivas

Según los resultados de la reunión cada líder de proceso realiza la difusión de la información al personal que tiene a su cargo.

## **9.4 Gestión de los recursos**

La Gerencia asegura que se identifican y que se encuentran disponibles los recursos esenciales tanto para la implementación de las estrategias, como para la consecución de los objetivos de la organización; así como también los recursos para la operación y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

### *Provisión de recursos*

La entidad determina y proporciona los recursos para implementar y mantener la eficacia del SGC de acuerdo con las necesidades de cada proceso, se asignan los recursos humanos, financiero y materiales y se asegura que el ambiente de trabajo de todo el personal sea adecuado, manteniendo los espacios de las oficinas bien ventilados, iluminados y aseados.

Según las directrices dada por la junta directiva, gerencia jerarquiza las necesidades por atender, tomando en cuenta el comportamiento del gasto del año anterior y la disponibilidad de recursos.

### **9.4.1 Recursos humanos**

#### **9.4.1.1 Generalidades**

El personal que labora en la organización, ha sido asignado a cada área o proceso en función de sus habilidades, competencias, destrezas y experiencia laboral.

#### **9.4.1.2 Competencia, toma de conciencia y formación**

##### **9.4.1.2.1 Competencia**

En el manual de funciones relaciona todas las actividades y registros que la entidad emplea para asegurar que el personal que realiza trabajos es competente con base a su educación, formación, habilidades y experiencia.

La entidad:

- Determina la competencia del personal a través de la detección de las necesidades de personal de la entidad.

- Realiza capacitaciones y verifica la eficacia del impacto haciendo seguimiento a la misma.
- Se asegura de que su personal conoce la pertinencia e importancia de sus actividades y de su contribución al logro de los objetivos y metas organizacionales.
- Mantiene los registros apropiados de la formación, habilidades y experiencia que su personal tiene y requiere.

#### **9.4.2 Infraestructura**

La ESE Hospital Regional de Bolívar, determina el suministro de recursos e infraestructura necesarios para lograr entregar un servicio conforme a los requisitos del cliente. Los funcionarios cuentan con los espacios de trabajo propicios para ejecutar sus actividades, recursos tecnológicos (computadores, red de información, software, teléfonos, Internet, etc.)

#### **9.4.3 Ambiente de trabajo**

Como parte de la buena cultura organizacional y preocupada por el bienestar de los funcionarios, la entidad vigila que el personal que labora en sus instalaciones cuenten con:

- Iluminación
- Ventilación
- Espacios de oficina
- Seguridad en las oficinas
- Limpieza y aseo
- Mobiliario y equipo de oficina



## **9.5 Realización del producto o prestación del servicio**

### **9.5.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio**

La planeación de la realización de producto o prestación del servicio cumple con el ciclo de la calidad: planear, hacer, verificar y actuar. Durante estas fases, la organización determina los registros que evidencian que los procesos y productos y/o servicios resultantes cumplen con los requisitos.

- Planear: contempla básicamente el establecimiento de :
  1. Políticas y objetivos de calidad de la entidad
  2. Metas y objetivos de cada proceso.
- Hacer: Cada responsable del proceso debe gestionar, dirigir e identificar acciones de mejora en los procesos claves de la entidad como son:
  1. Servicios de Apoyo Diagnostico
  2. Servicios Ambulatorios y Hospitalarios
  3. Servicios de apoyo terapéutico
- Verificar: La dirección monitorea y hace seguimiento a los planes implementados en estos procesos mediante los informes que realiza la oficina de control interno y las reuniones con los jefes de estos procesos.
- Actuar: Con énfasis en los datos recopilados se toman decisiones y se establecen planes de acción a seguir. En caso que se generen acciones correctivas o preventivas estas se trabajan según se describe en el procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas.

### **9.5.2 Procesos relacionados con el cliente**

#### **9.5.2.1 Comunicación con el cliente**

Los responsables de los procesos misionales y de evaluación, son los principales encargados de mantener una comunicación directa con los clientes, usuarios y entidades.

Dentro de las disposiciones de la comunicación con el cliente la ESE Hospital Regional de Bolívar desarrolla documentos de información, con el objeto de dar a conocer los servicios de la entidad en carteleras y demás medios que apruebe la dirección.

Con respecto a las quejas, reclamos, peticiones y sugerencias de los clientes que llegan al hospital, se reciben por escrito en la recepción de la entidad. Cada jefe o responsable de área es responsable de analizar y dar respuesta a la misma y comunicar al cliente su resultado.

Como resultado del análisis de las quejas y reclamos, el jefe o responsable del proceso puede realizar un grupo de mejora con el proceso involucrado para realizar una revisión más detallada de la situación presentada y de esta manera establecer acciones de mejora.

### **9.5.3 Adquisición de bienes y servicios**

#### **9.5.3.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios**

La definición de los criterios de calidad de los bienes o servicios adquiridos, la forma de selección, evaluación y reevaluación de proveedores y contratistas que afectan la calidad del servicio prestado por la ESE Hospital Regional de Bolívar, están definidas en el Manual de Contratación del Hospital, aprobado por la JUNTA DIRECTIVA del cual se desprenden los procesos y procedimientos de contratación.

### **9.5.4 Producción y prestación del servicio**

#### **9.5.4.1 Control de la prestación del servicio**

El control de la prestación del servicio de cada proceso, se encuentra definido en la Caracterización de cada uno de los procesos, este se hace por parte de cada uno de los coordinadores de Unidad Funcional, servicio y por parte de los ejecutores de los mismos en el nivel del autocontrol.

La Oficina de Control interno, por medio de los procesos de evaluación hace el control periódico de los procesos.

#### **9.5.4.2 Identificación y trazabilidad**

El Hospital tiene identificados sus servicios, de tal manera que se pueda realizar el seguimiento y dar una respuesta adecuada y oportuna a los requerimientos.

Además, a través de la Historia Clínica del Paciente y del software de aplicación se logran identificar los servicios en donde ha sido atendido el usuario y de esta forma conocer la trazabilidad del servicio.

#### **9.5.4.3 Preservación del producto y/o servicio**

El Hospital ha conformado el grupo de seguridad del paciente, por medio del cual se establecen los mecanismos para garantizar que en todas las etapas de los procesos de prestación de servicios, se cumplan las condiciones o características adecuadas del servicio, dentro de este grupo se encuentran la prevención y control de infecciones, el control de antibióticos, la prevención y control de eventos adversos.

Además, se hace seguimiento permanente a la adherencia a las guías y protocolos de atención.

## **9.6 Medición, análisis y mejora**

### **9.6.1 Generalidades**

En la ESE Hospital Regional de Bolívar se planifican e implementan los procesos de medición, análisis y mejora para:

- Demostrar la conformidad del producto y/o servicio
- Asegurarse de la conformidad del SGC
- Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC

### **9.6.2 Seguimiento y medición**

#### **9.6.2.1 Satisfacción del cliente**

Anualmente se lleva a cabo el seguimiento de la información relativa a la percepción de los clientes respecto al cumplimiento de sus requisitos. Este seguimiento se efectúa a través de aplicación de encuestas de mediciones de la satisfacción del cliente de los servicios suministrados por la entidad. Esta información es analizada y evaluada por la dirección y los líderes de procesos; de ella surgen solicitudes de acción de mejora SAM o PQRS (quejas y reclamos) que son registradas en los medios establecidos.

Además de esto, se cuenta con el procedimiento de atención de trámite y quejas el cual describe las actividades tendientes para dar solución a las quejas de la comunidad y clientes en general, lo cual brinda información de primera mano de lo satisfecho que queda con el servicio prestado.

#### **9.6.2.2 Auditoria interna de calidad**

De acuerdo al procedimiento de auditorías internas de calidad se planifica periódicamente la realización de estas auditorías para determinar si el SGC:

- Es congruente con lo planeado y con los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2009
- Si se ha implementado y se mantiene de manera eficaz

El comité de calidad asigna al responsable de ejecutar la auditoria, quien toma en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas. En las reuniones de apertura de la auditoria se definen los criterios, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.

Durante el proceso de auditoría, los auditores seleccionados no auditan su propio trabajo, por lo que de esta manera se asegura la objetividad e imparcialidad de este proceso. En el procedimiento para llevar a cabo auditorías internas se definen las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, así como los criterios para informar los resultados y mantener los registros.

#### **9.6.2.3 Seguimiento y medición de los procesos**

En cada procedimiento documentado del SGC se especifican los métodos para darle seguimiento a los procesos y, en su caso, la medición de los mismos, a fin de verificar su capacidad para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcanzan los resultados planificados se llevan a cabo solicitudes de acciones de mejora, conforme al procedimiento de acciones correctivas o preventivas, según sea conveniente, para asegurar la conformidad del servicio.

#### **9.6.3 Control del servicio no conforme**

La Alta Dirección, los Coordinadores de unidad Funcional y Jefes de Oficina se aseguran que los servicios que no sean conformes con los requisitos, se identifican y se controlan con el fin de evitar su prestación antes del cumplimiento de los requisitos esta Gestión es realizada a través de la aplicación del PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME PC-GCC-03.

Para evitar prestar servicios sin cumplir los requisitos se aplican periódicamente las listas de chequeo de habilitación, reglamentadas por la resolución 1043 de 2006 emanada del Ministerio de la Protección Social y que especifican los requisitos mínimos que debe cumplir un servicio.

## **9.6.4 Análisis de datos**

### **9.6.4.1 Mejora continua**

Los Coordinadores de Unidad Funcional, Coordinadores de servicio, Jefes de Oficina y el Representante de la Gerencia determinan, recopila y analizan los datos apropiados para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y para identificar dónde pueden realizarse mejoras a los procesos; esto incluye datos generados por las actividades de medición y seguimiento y por cualquier otra fuente pertinente. Además, en la reunión trimestral de revisión por la dirección se analizan los datos de los cuadros de control y se definen las acciones de mejora a realizar. El análisis de datos se desarrolla en las fichas técnicas de los indicadores, en las cuales se definen sus características y se determinan las técnicas estadísticas numéricas y no numéricas que serán utilizadas para recopilar, tabular y graficar los datos. Con este análisis se proporciona información sobre: la satisfacción del cliente; la conformidad con requisitos del producto y del usuario y el desempeño de los procesos.

### **9.6.4.2 Acción correctiva y preventiva**

En el Hospital se generan acciones correctivas o preventivas para eliminar las causas de las No Conformidades reales o potenciales de acuerdo al PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS PC-GCC-04, en el cual se establecen los lineamientos para:

- Identificar las No Conformidades reales o potenciales
- Determinar las causas de las No Conformidades
- Determinar e implementar las acciones correctivas o preventivas necesarias
- Registrar los resultados de las acciones adoptadas
- Determinar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas implementadas

## **CONCLUSIONES**

La ESE Hospital Regional de Bolívar como entidad pública debe estar comprometida en cumplir con toda la normatividad legal vigente, y más aún cuando se trata de normas que buscan que los servicios prestados cumplan con los requisitos de calidad necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes ciudadanos, por ello este trabajo pretende contribuir a dicho compromiso, coadyuvando al diseño de un sistema de gestión de calidad.

De acuerdo a lo anterior, se evidenció que es necesario que la entidad cuente con un sistema de gestión de la calidad documentado que cumpla con los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, para lo cual se realizó un diagnóstico inicial que permitió establecer que la entidad no cumplía con todos los requisitos de la norma, por ello para ajustarse a las normativas de calidad en sus procesos y para una mejor prestación de los servicios se desarrolló una propuesta de Manual de Calidad.

## **RECOMENDACIONES**

Al realizar el diagnóstico inicial se encontró que la entidad cumplía con el 48% de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, debido a que la entidad implementa el Modelo Estándar de Control Interno MECI, que coincide en lineamientos generales con dicha norma, lo que le permite tener bases que facilitan el proceso de implementación. Por ello para implementar el sistema de gestión de calidad propuesto se recomienda:

- Establecer programas de capacitación permanente hacia los empleados en lo referente la aplicación y seguimiento de los procesos de calidad.
- Socializar las políticas de calidad de la entidad.
- Apropiarse de los procedimientos y formatos que deben seguir los empleados a partir de la implementación del sistema.
- Realizar un seguimiento continuo por parte de la Gerencia del progreso de la implementación del sistema.

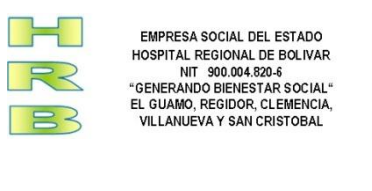



## **BIBLIOGRAFIA**

- Cruz Ramírez, José, “Historia de la calidad” en EXCELLENTIA, pp. 8-14
- Cruzado Herrera, I; Moreno Rodríguez, G. Modelo de un sistema de gestión de calidad en salud integrador de las normas: NTCGP 1000, sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud e IWA 1. Monografía de Grado. Escuela de Administración de Negocios – EAN – Bogotá D.C. 2012  
<http://hdl.handle.net/10882/2102>
- Cubillos Rodríguez, M., Rozo Rodríguez., D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista de Universidad de la Salle, No. 48, Norteamérica, abr. 2009. Pág. 82 – 88.  
<Http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260/1153>  
Fecha Acceso: 9 de Junio 2015.
- Ley 872 De 2003 - "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".
- Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública - NTCGP 1000:2009
- Pájaro Garzón, Edwin Javier, La importancia de un sistema de gestión de la calidad en la alcaldía municipal de Turbaco (Bolívar; Colombia). Basado en la norma técnica NTCGP 1000:2009. Tesis de Grado. Universidad de Cartagena, Diciembre 2013. T658.562 / P167  
<Http://190.25.234.130:8080/jspui/handle/11227/526>
- Presidencia de la República – Normativa – Decreto 4110 de 2004 -  
[http://wsp.presidencia.gov.co/Gobierno/Entidad/sigepre/Normativa/Externas/Dec\\_4110-2004.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Gobierno/Entidad/sigepre/Normativa/Externas/Dec_4110-2004.pdf)
- Presidencia de la República – Normativa – Decreto 4485 de 2009  
[http://wsp.presidencia.gov.co/Gobierno/Entidad/sigepre/Normativa/Externas/Dec\\_4485-2009.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Gobierno/Entidad/sigepre/Normativa/Externas/Dec_4485-2009.pdf)
- Secretaria General del Senado - Leyes y Actos Legislativos – Ley 872 de 2003 - [http://200.75.47.49/senado/basedoc/ley/2003/ley\\_0872\\_2003.html](http://200.75.47.49/senado/basedoc/ley/2003/ley_0872_2003.html)

## ANEXOS

### Anexo 1 – Procedimiento Control de Documentos

 	CONTROL DE DOCUMENTOS	Código: PC-GCC-01 Versión: 00
---	-----------------------	----------------------------------

#### 1 Objetivo

Establecer un proceso que defina los parámetros de elaboración, edición, revisión, codificación, aprobación, distribución, anulación, archivo y control de los documentos del Sistema de Gestión de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

#### 2 Alcance

Este procedimiento aplica para el control todos los documentos que se generan del Sistema de Gestión de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

#### 3 Responsable del Procedimiento

La Oficina de Gestión de Calidad es responsable de habilitar los códigos de los documentos, redactar y revisar los documentos del sistema de gestión, realizar el control y la distribución de los mismos.

#### 4 Definiciones<sup>17</sup>

DOCUMENTO: Información y su medio de soporte.

MANUAL DE CALIDAD: Documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una entidad

POLÍTICA DE LA CALIDAD DE UNA ENTIDAD Intención(es) global(es) y orientación(es) de una entidad relativa(s) a la calidad tal como se expresa(n) formalmente por la alta dirección de la entidad.

<sup>17</sup>NTC GP 1000:2009, 3 Términos y definiciones – Pág. 9

**OBJETIVO DE LA CALIDAD:** Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

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

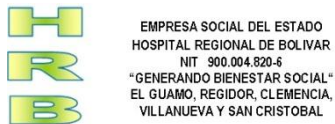

**REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

**GESTIÓN DOCUMENTAL:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

## 5 Contenido y Codificación de documentos

Todo documento de carácter interno debe contener lo siguiente:

- Encabezado: Título o nombre del documento: determina el tipo de documento y su nombre; por ejemplo manual de calidad, procedimiento control de documentos, etc.

 	<b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>Código: PC-GCC-01</b> <b>Versión: 00</b>
---	------------------------------	--

Fuente: Autores del Proyecto

- En la última página de los documentos se ubicará un pie de página con la siguiente información, para su debida aprobación

ASPECTO	CARGO	FIRMA
Elaboró		
Revisó		
Aprobó		

Fuente: Autores del Proyecto

- Código: La Codificación del Sistema de Gestión de Calidad obedece a la siguiente estructura:

XX – YYY – ZZZ; en donde:

**XX=** Describe el tipo del documento (procedimiento, formato u otro) y son:

<b>TIPOS DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIFICACION</b>
MANUALES	MN
PROCESOS	PC
PROCEDIMIENTOS	PR
INSTRUCTIVOS	IN
FORMATOS	FR
DOCUMENTOS	DC
REGLAMENTOS	RG

Fuente: Autores del Proyecto

**YYY=** Describe el proceso al cual pertenece el documento.

<b>No</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CODIFICACION</b>
1	Gestión de Direccionamiento Estratégico	GDE
2	Gestión de Planeación Estratégica	GPE
3	Gestión de Calidad Basado en el Cliente	GCC
4	Gestión de Mercadeo y Comunicaciones	GMC
5	Gestión Financiera	GFN
6	Gestión de Recursos Físicos	GRF
7	Gestión del Talento Humano	GTH
8	Gestión Documental	GDL
9	Gestión de la Tecnología y Sistemas de Información	GTS
10	Gestión Jurídica	GJU
11	Servicios Ambulatorios	SAM
12	Servicios Hospitalarios	SHO
13	Servicios De Apoyo Diagnostico	SAD
14	Servicios De Apoyo Terapéutico	SAT

Fuente: Autores del Proyecto

**ZZ=** Consecutivo, se refiere al orden de generación de los documentos por proceso y tipo. Este código es asignado por la Oficina de Gestión de Calidad y no debe ser modificado bajo ninguna circunstancia.

- Los cambios en la versión de los documentos se registraran en el siguiente

formato:

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Cambio solicitado	Fecha de la modificación

Fuente: Autores del Proyecto

## **6 Creación, Modificación, Revisión, Aprobación, Distribución.**

Los pasos que se deben seguir durante la elaboración, revisión y aprobación de los documentos son los siguientes:

- 1.1 Elabora la propuesta de la modificación o nuevo documento.
- 1.2 Diligencia el formato de Creación o modificación de documentos, y lo entrega al jefe de área para su debida aprobación
- 1.3 Aprueba la solicitud de Creación o modificación de documentos y lo entrega a la Oficina de Gestión de Calidad.
- 1.4 Verifica el completo diligenciamiento del formato de solicitud Creación o modificación de documentos.
- 1.5 Realiza los ajustes en caso de considerarlo necesario y procede con la codificación del documento.
- 1.6 Una vez codificado el documento, se incluye en el listado maestro de documentos, según con la función que este cumpla dentro del proceso y se guarda en el repositorio del proceso al que pertenece.
- 1.7 La Oficina de Gestión de Calidad, realiza la distribución a través del correo electrónico a los encargados de los procesos.
- 1.8 Define a que personas que participan en el proceso se les distribuirá el documento por correo electrónico.
- 1.9 Cuando se requiera socializar y distribuir a todos los procesos, se realizara por el área de comunicaciones, en correo masivo.
- 1.10 Cuando se realice una modificación a un formato se debe registrar en el control de cambio de los documentos la versión que se está modificando, el

cambio a realizar y la fecha de la modificación.

1.11 Las copias anteriores quedaran obsoletas.

## **7 Documentos Obsoletos**

1.1 Los documentos obsoletos no tienen vigencia porque se han generado nuevas versiones mejoradas y por lo tanto deben ser claramente identificados.

1.2 Los documentos obsoletos que se quieran guardar en físico se les colocara el sello de "obsoleto", para su almacenamiento, en caso de ser electrónico se guardan en el repositorio en el link de obsoletos por cada proceso.

1.3 Para la dar de baja un documento se diligencia el formato Creación o modificación de documentos en la casilla dar de baja, seguidamente continúa con el diligenciamiento del formato, una vez aprobado por el jefe de oficina, se envía a la Oficina de Gestión de Calidad para la exclusión del listado maestro de documentos internos.

1.4 Una vez diligenciada y aprobada la solicitud de la anulación del documento, se informa al personal o proceso afectado directa o indirectamente, a través de correo electrónico el motivo de la anulación.

## **8 Listado Maestro de Documentos**

El Listado maestro de documentos se genera por proceso y contiene la siguiente presentación:

- No.: Se debe escribir el número consecutivo de documentos generados
- Código del documento: Describe el código del documento de acuerdo con lo establecido.
- Versión: Se debe escribir el número de cambios o actualizaciones que ha tenido el documento.
- Nombre del documento: Se refiere al nombre o título del documento.
- Tipo de documento: Se refiere a la clase de documento si es formato.
- Tipo de distribución: Se refiere al medio en que fue distribuido el

documento, ya sea impreso (físico) o en medio magnético.

- Fecha de aprobación: (Versión Vigente) corresponde a la fecha en que los documentos fueron aprobados.
- Copias distribuidas a: En este campo de deben marcar los procesos que tiene copias controladas de los diferentes documentos.

## **9 Anexos**

- Listado Maestro de Documentos Internos
- Listado Maestro de Documentos Externos
- Formulario de Creación o actualización de documentos



## Anexo 1 Listado Maestro de Documentos Internos

Proceso	Encargado del proceso																								
No.	Código del documento	Versión	Fecha aprobación versión vigente)			Nombre del documento	Tipo de documento	TIPO Y FECHA DE DISTRIBUCIÓN					PROCESOS A DISTRIBUIR COPIAS												
			DD	MM	AAAA			MAGNETICO	IMPRESO	DD	MM	AAAA	GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO	GESTIÓN DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MERCADERÍA	GESTIÓN DE MERCADERÍA	GESTIÓN FINANCIERA	GESTIÓN DE RECURSOS	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	GESTIÓN DOCUMENTAL	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y SISTEMAS	GESTIÓN JURÍDICA	SERVICIOS HOSPITALARIO Y DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO		
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									

Fuente: Autores del Proyecto



## Anexo 2 Listado Maestro de Documentos Externos

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR NIT: 900.004.820-6 "GENERANDO BIENESTAR SOCIAL" EL GUAMO, REGIDOR, CLEMENCIA, VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL		 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS		Código: FR-GCC-02 Versión: 00 Fecha: 02.01.2016	
NOMBRE DEL DOCUMENTO	FECHA (Versión)	RESPONSABLE DE CUSTODIA	DISTRIBUCION	FIRMA	FECHA

Fuente: Autores del Proyecto

<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR NIT 900.004.820-6 "GENERANDO BIENESTAR SOCIAL" EL GUAMO, REGIDOR, CLEMENCIA, VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL</p>	<b>Creación o actualización de documentos</b>			Código: FR-GCC-03	
				Versión: 00	
				Fecha: 02.01.2016	
Fecha de solicitud:		DD	MM	AAAA	
<b>Datos del solicitante</b>					
Nombre					
Cargo					
Proceso					
<b>Información de la creación o actualización del documento</b>					
Procesos involucrados					
Tipo de documento					
NUEVO DOCUMENTO		ACTUALIZACION DE DOCUMENTO		DAR DE BAJA	
Justificación de la creación, actualización u obsolescencia del documento					
Descripción de la solicitud					
Firmas					
Observaciones					
Entregado		DD	MM	AAAA	
Recibido Oficina de Gestión de Calidad		DD	MM	AAAA	

Fuente: Autores del Proyecto

## Anexo 2 – Procedimiento Control de Registros

	 <b>CONTROL DE REGISTROS</b>	Código: PC-GCC-02 Versión: 00
---	--	----------------------------------

### 1. Objetivo

Asegurar que los registros de los procesos de la ESE Hospital Regional de Bolívar se identifiquen, almacenen y protejan, con el fin de mantener su disponibilidad y su fácil recuperación.

### 2. Alcance

Este procedimiento aplica para el control todos los registros que se generan del Sistema de Gestión de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

### 3. Responsable del Procedimiento

La Dirección de cada área es responsable de identificar y autorizar los registros de respaldo de los procesos a su cargo.

La Oficina de Gestión de Calidad es responsable de verificar que los registros se efectúen en forma veraz y coherente, y se especifique en la tabla de Control de Registros de cada procedimiento, el lugar de almacenamiento, medio de protección y tiempo de conservación, de los registros relacionados con dicho procedimiento.

### 4. Definiciones

**REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

**DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte.

**TRAZABILIDAD:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

## 5. Actividades

Los registros del Sistema Gestión de calidad, se deben conservar en tal forma que se puedan consultar con facilidad en los puntos de uso, estos conjuntamente con los documentos físicos serán guardados en lugares libres de: humedad, roedores, situaciones que provoquen su deterioro, y donde se controle su manipulación

Los registros se definen dentro de cada procedimiento para el respaldo y trazabilidad de los resultados obtenidos; así como también, para proporcionar evidencia de verificaciones, controles y cumplimiento de requisitos.

Los registros se han establecido y se mantienen los registros necesarios para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de calidad.

### 5.1. El control de los registros

El control de los registros se realiza de acuerdo con el listado maestro de registros del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo los siguientes elementos:

- **Identificación del Registro:** Se debe escribir el número consecutivo.
- **Versión:** se refiere al número de veces que ha sido modificado
- **Nombre del registro:** Se refiere al nombre o título del registro
- **Responsable del diligenciamiento y/o administración:** Se debe aclarar quién es el responsable por la recolección y almacenamiento del registro y se especifica en función del cargo.
- **Almacenamiento Protección:** Se debe definir el lugar donde se archivan los registros, y debe indicar:
  - ✓ Lugar de almacenamiento (oficina o archivador)
  - ✓ Medio (papel – Magnético)
  - ✓ Método (folder a-z – carpeta)
- **Recuperación:** Indización (Cronológica, Numérica, alfabética): Se

debe describir claramente la forma como se encuentran ordenados los registros, ya sea por nombre, fecha, numeración, proceso, Codificación, particular u otra.

- **Acceso (Cargo(s)):** Se deben describir aquí las restricciones, si las hay, los responsables por la autorización o los cargos que tienen acceso a los registros.
- **Disposición final de los registros:** Si, el documento es físico se debe diligenciar el listado maestro de registros, identificando el motivo de la eliminación, fecha y hora.
  - ✓ **Tiempo de Retención** (1 2, 3, 5 hasta 10 años, permanente):  
Se indica el tiempo durante el cual se conservaran los registros.
  - ✓ **Disposición final:** (Incineración, rasgado y Acta, No aplica)
- **Observación:** Frente al estado del registro o a la revisión desarrollada.

## **5.2. Actualización y vigencia de los Registros**

Con el fin de controlar y mantener vigentes los documentos que respaldan los procesos, cada vez que se incluya, modifique o elimine un registro, deben actualizarse el Control de Registros en los procedimientos e instructivos involucrados.

Para los documentos que al quedar obsoletos sea necesario preservarlo por motivos legales o de control, la persona responsable del mismo, debe informar por escrito a la Oficina de Gestión de Calidad indicando que debe conservarse como obsoleto.

## **5.3. Pasos a seguir para el Registro**

1. Identificar los documentos o registros de entrada y de salida: se identifican los documentos o registros de entrada y de salida, relevantes para la trazabilidad y respaldo del procedimiento.

2. Codificar los formatos pre-establecidos internos: se codifica el documento de acuerdo al área, departamento o sección que le corresponde.
3. Actualizar el control de los registros
4. Identificar los registros que deben conservarse en el Archivo General
5. Verificar y Conservar los Registros: verificar que los registros almacenados se identifican, permanecen legibles y puedan recuperarse, según establece en el Control de Registros.

## **6. Anexos**



- Listado Maestro de Registros
- Matriz de Requisitos Legales

### Anexo 1 Listado Maestro de Registros

PROCESO		LIDER DEL PROCESO													
Identificación del Registro	Versión	Fecha	Nombre del registro	Responsable del diligenciamiento y/o Administración	Almacenamiento			Recuperación		Tiempo de retención	Disposición final del				
					Lugar de Almacenamiento, oficina, archivador o estantería	Medio Físico o magnético	Método Folders, AZ - Carpeta	Indización cronológica, numérica o alfabética	Acceso cargo(s)		Activo	Intermedio	Inactivo	Incieneración	Rasgado

Fuente: Autores del Proyecto

Anexo 2 Matriz de Requisitos Legales

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR NIT 900.004.820-8 "GENERANDO BIENESTAR SOCIAL" EL GUAYO, REGIDOR, CLEMENCIA, VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL</p> 						<b>MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES</b>		<p>Código: FR-GCC-05 Versión: 00 Fecha: 02.01.2016</p>	
Nº	TIPO DE LEGISLACIÓN	NOMBRE DEL DOCUMENTO	ENTIDAD QUE EXPIDE EL DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	TEMA O EJE CENTRAL DEL DOCUMENTO	MEDIO DISPONIBLE	PROCESO QUE LE APLICA	SOPORTE QUE DEMUESTRE EL CUMPLIMIENTO	

Fuente: Autores del Proyecto



### Anexo 3 – Procedimiento Control de Servicios No Conforme

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR NIT 900.004.820-6 "GENERANDO BIENESTAR SOCIAL" EL GUAMO, REGIDOR, CLEMENCIA, VILLANUEVA Y SAN CRISTOBAL		<b>CONTROL DE SERVICIOS NO CONFORME</b>	Código: PC-GCC-03 Versión: 00
--	---	--	---	----------------------------------

#### 1. Objetivo

Definir las actividades, responsables y autoridades para identificar y controlar los servicios no conformes de la ESE Hospital Regional de Bolívar para prevenir su entrega o aplicación no intencional.

#### 2. Alcance

Este procedimiento inicia con la identificación de productos y servicios no conformes, finaliza con el registro de la información y el reporte para el informe.

#### 3. Notas de Cambio

N°	Descripción	Página (s)
1		
2		
3		
4		

Fuente: Autores del Proyecto

#### 4. Responsabilidad

La implementación del presente procedimiento está a cargo de todas las personas que participan en la elaboración o la prestación de servicio bajo los lineamientos para el Sistema de Gestión.

La administración y control de este documento, es responsabilidad de la Oficina de Control de Calidad

#### 5. Responsable de Implementar los Documentos

Todos aquellos que pertenezcan a la ESE Hospital Regional de Bolívar, de acuerdo con su nivel de responsabilidad.

## **6. Definiciones**

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CONCESIÓN: Autorización para utilizar o liberar un producto y/o servicio que no es conforme con los requisitos especificados.

CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

PRODUCTO Y/O SERVICIO: Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

## **7. Generalidades**

Cada área de la ESE Hospital Regional de Bolívar “Listado de Servicios No Conformes” (FR-GCC-06) de acuerdo con las características y requisitos de las áreas.

Las acciones a tomar sobre el producto y servicios no conformes, son aplicables antes, durante y después de su realización.

Los responsables de los procesos, deciden la aplicación de acciones correctivas para eliminar la causa del Servicio no conforme.

Cualquier comunicación con el cliente relacionada con Servicios no conformes, debe registrarse en el formato “Control y Tratamiento de Servicios No Conformes” (FR-GCC-07), en la casilla “Observaciones”.

## **8. Descripción**

Actividades

- Identificar los servicios no conformes.

Se identifica servicio no conforme cuando la información de entrada (insumo), tramite en proceso o información de salida (servicio), incumple los requisitos de calidad requeridos para poder llevar a cabo o continuar el proceso, o cuando se incumplen las características de calidad de la caracterización de los procesos misionales para los productos o servicios.

- Informar el hallazgo del producto o servicio no conforme.

El funcionario, auditor o cliente final que detecto el producto o servicio no conforme debe informar al área correspondiente.

- Determina las causas del producto o servicio no conforme.

Analizar e identificar la causa que dio origen a la ocurrencia de la desviación usando las herramientas definidas para este fin como los diagramas de interrelación, diagrama de pareto, tormenta de ideas, causa – efecto o espina de pescado.

- Registrar la información de la evidencia.

Cuando el incumplimiento es repetitivo o podría incidir el cumplimiento del objetivo del proceso se debe llevar a cabo el registro del servicio no conforme en el formato “Control y Tratamiento de Servicios No Conformes” (FR-GCC-07).

- Dar alcance al producto o servicio no conforme.

Cuando se haya entregado el servicio no conforme, los funcionarios responsables deberán comunicarse de manera inmediata con los usuarios de este para informar la inconsistencia presentada y evitar su uso o aplicación.

- Tomar acciones para impedir su uso o aplicación.

Los funcionarios responsables tomas las medidas necesarias para impedir su entrega o aplicación, originalmente prevista, cuando se corrige el servicio no conforme, nuevamente se somete a todas las actividades de verificación para demostrar que ha cumplido con todos los requisitos establecidos.

- Establecer acción correctiva.

Cuando el servicio no conforme no cumple con las especificaciones definidas en las caracterizaciones del proceso y presenta fallas se debe dar inicio a la aplicación del procedimiento “Acciones Correctivas y Preventivas”, el análisis de la causa raíz de definirá por su importancia y relevancia.

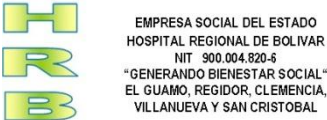

- Evaluar las acciones ejecutadas

El líder del proceso en acompañamiento con el funcionario responsable del área evalúa el cumplimiento de las acciones ejecutadas por medio de indicadores de control y de metas establecidas al proceso.

## **9. Anexos**

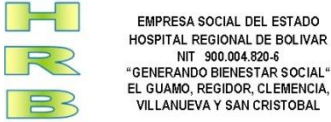

- Formato De Listado de Servicios No Conformes (FR-GCC-06)
- Formato Control Y Tratamiento de Servicios No Conformes (FR-GCC-07)

**Anexo: 1 Formato Listado de Servicios No Conformes**

 		<p align="center"><b>LISTADO DE SERVICIOS NO CONFORMES</b></p>		<p>Código: FR-GCC-06 Versión: 00 Fecha: 02.01.2016</p>
PRODUCTO O PROCESO	NO CONFORMIDAD	TRATAMIENTO DEL NO CONFORME	RESPONSABLE	

Fuente: Autores del Proyecto

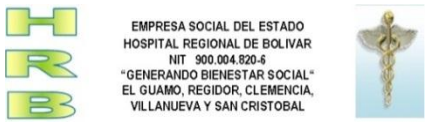
## ANEXO: 2 Formato Control y Tratamiento de Servicios No Conformes

	 <p style="font-weight: bold; margin: 0;">CONTROL Y TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES</p>	<p>Código: FR-GCC-07</p> <p>Versión: 00</p> <p>Fecha: 02.01.2016</p>
---	--	--

<b>DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO Y SERVICIO NO CONFORME</b>			<b>Detectado por:</b>		
			<b>Fecha:</b>		
<b>CATEGORIA</b>		Señale con una "X" en la columna y describa el problema:			
<b>Otro</b>					
<b>TRATAMIENTO DEL PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME</b>			<b>Responsable:</b>		
			<b>Fecha:</b>		
Suspender		Señale con una "X" en la columna y describa el tratamiento:			
Corregir					
Rechazar					
Desechar					
Retirar					
Repetir					
Otro					
<b>SEGUIMIENTO DEL PRODUCTO o SERVICIO NO CONFORME</b>			<b>Responsable:</b>		
			<b>Fecha:</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>¿POR QUÉ?</b>		
<b>EFICAZ</b>					
<b>REQUIERE ACCIÓN CORRECTIVA.</b>	<b>SI:</b>	<b>NO:</b>	<b>REQUIERE ACCIÓN PREVENTIVA.</b>	<b>SI:</b>	<b>NO:</b>
	<b>Nº</b>			<b>Nº</b>	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
Nombre _____		Firma: _____		Fecha de cierre: _____	

Fuente: Autores del Proyecto

## **Anexo 4 – Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas Y De Mejora**

	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>	Código: PC-GCC-04 Versión: 00
---	---	----------------------------------

### **1. Objetivo**

Definir los criterios para la gestión de acciones correctivas, preventivas y de mejora de tal forma que se identifiquen, analicen y eliminen las causas de las situaciones reales o potenciales no deseadas, y se establezcan las actividades necesarias para prevenir que éstas ocurran o que vuelvan a ocurrir, además de aquellas que lleven a mejorar los procesos. Así mismo, definir criterios para la gestión de oportunidades de mejora de los procesos, productos o servicios de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

### **2. Alcance**

Inicia con la identificación de la oportunidad de mejora o situación real o potencial no deseada y termina con la verificación de la eficacia del plan de actividades correspondiente.

### **3. Definiciones**

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

**ACCIÓN PREVENTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

**CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.

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

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

RIESGO: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.

#### **4. Condiciones Generales:**

- Ver Anexo 1. Generalidades, con el detalle de las fuentes de identificación de acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora y las situaciones en las cuales se puede emprender cada uno de estos tipos de acción.
- Como oportunidades de mejora son válidas las estrategias institucionales de las que dispongan los procesos, como por ejemplo los planes, programas y proyectos.
- La Oficina de Gestión de Calidad de la ESE Hospital Regional de Bolívar tienen la responsabilidad de realizar seguimiento permanente a la gestión oportuna de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, y hacer el acompañamiento requerido desde su formulación hasta su finalización.
- Se constituirán equipos de mejora multiproceso cuando en la identificación de la causa raíz de una no conformidad o situación a mejorar se evidencie que es responsabilidad de más de dos equipos de proceso, por lo cual se elaborará conjuntamente el plan de mejoramiento que corresponda.
- Las modificaciones, incluyendo la cancelación, del plan de actividades de las acciones correctivas, preventivas o de mejora serán aceptables cuando cuenten con una justificación debidamente soportada por parte del proceso responsable y revisada y aprobada por la Oficina de Gestión de Calidad.
- En general las acciones correctivas requieren una corrección inmediata que debe corresponder a la primera actividad del plan.
- La Verificación de Eficacia debe realizarse entre la fecha final de ejecución del plan de acción hasta un máximo de 90 días posteriores, con el fin de permitir observar la no reincidencia de la situación.
- Toda acción correctiva, preventiva y oportunidad de mejora que resulte no eficaz debe finalizarse como tal y se debe crear una nueva ocurrencia que se clasifique como "Reincidente".

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL PROCEDIMIENTO		
ID.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Identificar la situación real o potencial no deseada o la oportunidad de mejora	A partir de las diferentes fuentes de identificación de situaciones reales o potenciales no deseadas y oportunidades de mejora, crear la ocurrencia registrando la descripción general de la situación de manera clara y sencilla junto con la evidencia objetiva de la misma, el tipo de acción, el área de ocurrencia, el proceso, la fuente y el tipo de impacto generado en el Sistema de Calidad. Cuando se trate de una oportunidad de mejora debe diligenciarse un campo adicional asociado con el beneficio de su implementación.
2	Asignar los responsables de cada etapa de la acción correctiva, preventiva o de mejora	Diligenciar el componente de Flujo del Proceso en la ocurrencia, designando los responsables para las etapas de análisis de causas, planificación, aprobación de la planificación, plan de acción y verificación de eficacia, cuando corresponda, y asignando los tiempos máximos para dar cumplimiento a la ejecución de dichas etapas.
3	Realizar el análisis de causas	Cuando se trate de una acción correctiva o preventiva es necesario realizar el análisis de causas, considerando la descripción registrada en la identificación y las evidencias presentadas. Se debe determinar la causa raíz y las causas potenciales y registrarlas en la etapa de análisis de causas de la ocurrencia teniendo en cuenta que la causa raíz es única y permite determinar la medida correctiva o preventiva apropiada. Cuando se trate de una acción preventiva correspondiente a un plan de tratamiento de riesgos o de una oportunidad de mejora, no se requiere realizar análisis de causas.
4	Definir el plan de acción	En el caso de las acciones correctivas y preventivas que disponen de un análisis de causas, es necesario establecer las actividades a realizar, orientadas a eliminar la causa raíz definida para la ocurrencia. Las actividades definidas deben tener asignado un responsable y una fecha de inicio y fin que deben ser determinadas considerando las holguras requeridas ante cualquier imprevisto. Para el caso de las acciones correctivas se debe incluir una actividad asociada a la corrección correspondiente.
5	Aprobar el plan de acción	Una vez el plan de actividades ha sido definido y registrado, se requiere que el líder del proceso o un delegado diferente a las personas que elaboraron el plan, haga la aprobación de la planificación de tal forma que se garantice su pertinencia, conocimiento y respaldo.
6	Ejecutar y hacer seguimiento al plan de acción.	Una vez se apruebe el plan de acción debe iniciarse la ejecución de las actividades definidas teniendo en cuenta los tiempos establecidos para cada una.
7	Verificar la eficacia del plan de acción y cerrar la acción correctiva, preventiva o de mejora	La descripción de los seguimientos y ejecución de las actividades debe ser lo suficientemente clara y precisa que permita evidenciar la forma como se llevó a cabo la actividad: qué se hizo, cuándo se hizo, quién participó y cuáles son los resultados. Es necesario disponer de las evidencias de cumplimiento que deben ser relacionadas en la descripción de los seguimientos y ejecución de cada actividad. Se debe efectuar el cierre de la ocurrencia resolviendo la etapa de verificación de eficacia respondiendo inicialmente si el plan de acción fue eficaz o no. Para la verificación de eficacia es necesario disponer de la información de: * Evidencias Objetivas: datos y hechos que demuestran la existencia o veracidad de algo. * Modo de Verificación: forma de revisar el cumplimiento del plan y las evidencias objetivas. * Checklist: responder las siguientes preguntas de acuerdo con el tipo de acción: <b>Acción Correctiva</b> ¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido? ¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en qué aspecto: Buen uso de los recursos, calidad del producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario ¿Comprobó que el hallazgo no se volvió a presentar o disminuyó su frecuencia? <b>Acción Preventiva y Oportunidad de Mejora</b> ¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido? ¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en que aspecto: Buen uso de los recursos, calidad o producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario. En el caso de que el plan de acción no haya sido eficaz, esta ocurrencia debe finalizarse como Ineficaz y se debe crear una nueva ocurrencia que se clasifica como "Reincidente"

Fuente: Autores del Proyecto



## **Anexo 1. Generalidades**

Fuentes de identificación de No conformidades, observaciones y oportunidades de mejora:

- Auditorías interna
- Auditorías externas
- Análisis de datos del sistema (Indicadores de Gestión).
- Análisis del reporte de las fallas en la prestación del servicio
- Autogestión y autoevaluación
- Evaluación de satisfacción de usuarios.
- Resultados de la revisión por la dirección.
- Seguimiento y medición de procesos/productos/servicios
- Quejas, reclamos y sugerencias de servidores o usuarios
- Cumplimiento de los objetivos de calidad

En qué casos se puede emprender una acción correctiva:

- Una no conformidad detectada y confirmada en auditoria.
- Quejas, reclamos y sugerencias sistemáticas o recurrentes por parte de los usuarios o servidores de la ESE Hospital Regional de Bolívar.
- Indicadores de gestión y de proceso con resultados insatisfactorios.
- Resultados de evaluación insatisfactoria por parte de los usuarios.
- Fallas en la prestación del servicio recurrente o sistemática.
- Hallazgos insatisfactorios reportados en informes de evaluación independiente internos y externos.
- Resultados insatisfactorios en la revisión por la dirección.

En qué casos se puede emprender una acción preventiva:

- Identificación de debilidades reportadas en informes de evaluación independiente internos y externos.
- Identificación de debilidades reportadas en la revisión por la dirección.
- Observaciones identificadas en una auditoría.
- Desviación parcial en detrimento del cumplimiento de las metas establecidas sin que haya incumplimiento de las mismas.
- Planes de tratamiento de riesgos.