

PROPUESTA PARA EL MANEJO DE ACCIONES CORRECTIVAS,
PREVENTIVAS Y DE MEJORA PARA EL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS
DE LA UNIÓN VALLE DEL CAUCA.

PRESENTADO POR:

CARLOS ALBERTO ORTIZ RESTREPO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA ADMINISTRACION DE EMPRESAS

2018

PROPUESTA PARA EL MANEJO DE ACCIONES CORRECTIVAS,
PREVENTIVAS Y DE MEJORA PARA EL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS
DE LA UNIÓN VALLE DEL CAUCA.

CARLOS ALBERTO ORTIZ RESTREPO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
Administración de Empresas

ASESORA

MARÍA JANETH GRANADOS NIÑO

Magister en Ingeniería Industrial

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ADMINISTRACION DE EMPRESAS

2018

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Cartago, Valle 27 de abril del 2018

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a Dios, a mis padres Bernardo Ortiz y Rosalba Restrepo y mi familia por ser un apoyo incondicional en cada momento de mi vida y por brindarme toda su confianza a lo largo del transcurso de mi formación académica, gracias por todo su apoyo, paciencia y comprensión.

Carlos Alberto Ortiz Restrepo

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida, por su infinito amor y bondad, por aportar a mi vida a personas tan especiales que hicieron parte de este proceso, familia, compañeros amigos.

Agradezco al Hospital Gonzalo Contreras, especialmente a la asesora de calidad Bibiana Andrea Saavedra y a las personas que hacen parte de ella por permitirme aplicar mis conocimientos y desarrollar mi práctica en la entidad.

Agradezco a mi asesora de trabajo de grado la Magister María Janeth Granados Niño gracias al apoyo y la dedicación que depositó en mí para realizar este trabajo de grado, y a todos los maestros que transmitieron su conocimiento durante el tiempo de la formación académica.

Agradecimientos a las personas que hicieron parte de este trabajo de grado.

Carlos Alberto Ortiz Restrepo

CONTENIDO

RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
1. HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN.....	15
2. VISION, MISION Y VALORES.....	18
2.1 VISIÓN.....	18
2.2 MISIÓN.....	18
2.3 VALORES INSTITUCIONALES.....	18
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	21
4.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA.....	24
4.2 SISTEMATIZACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	25
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
6. METODOLOGIA.....	26
6.1 ENFOQUE.....	26
6.2 MÉTODO.....	26
6.3 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
7. MARCO REFERENCIAL.....	35
7.1 MARCO TEORICO – CONCEPTUAL.....	35
7.1.1 Calidad Total.....	35
7.1.2 Las normas ISO 9000.....	38
7.1.3 Principios de la gestión de calidad.....	41

7.1.4 Acciones correctivas, preventivas y de mejora	43
7.1.5 Herramientas de calidad	48
7.1.6 Indicadores	56
7.2 MARCO LEGAL	59
8. DIAGNÓSTICO	73
8.1 COMPONENTES TEÓRICOS DE LAS HERRAMIENTAS APLICADAS DENTRO DEL DIAGNÓSTICO.....	73
8.1.1 Matriz de evaluación de factores internos (MEFI).....	73
8.1.2 Matriz de evaluación de factores externos (MEFE)	74
8.1.3 Benchmarking.....	74
8.2 PRESENTACION DE LA ENTIDAD	79
8.3 MATRIZ EFE DEL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS	80
8.3.1 Análisis e interpretación de la matriz EFE	82
8.4 MATRIZ EFI DEL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS	83
8.4.1 Análisis e interpretación de la matriz EFI.....	86
8.5 BENCHMARKING PARA EL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS.....	87
8.5.1 Análisis benchmarking.....	108
8.6 DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA	110
9. PLAN DE ACCION	112
10. CONCLUSIÓN	117
11. RECOMENDACIONES	120
BIBLIOGRAFIA.....	121
WEBGRAFIA	123
ANEXOS	124

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Metodología Investigación acción participación.	28
Tabla 2: Definición de los pasos del ciclo PHVA.....	40
Tabla 3: Principios de Gestión de la Calidad según la norma ISO.....	41
Tabla 4: Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora según la ISO 9000.....	43
Tabla 5: Funcionalidad de las acciones correctivas y preventivas.....	44
Tabla 6: Fuente para tomar acciones correctivas y preventivas.	45
Tabla 7: Pasos para el desarrollo de la lluvia de ideas.	48
Tabla 8: Pasos para realizar un diagrama causa-efecto.....	52
Tabla 9: Pasos para la elaboración del Diagrama de Pareto.	54
Tabla 10: Metodología SMART.....	57
Tabla 11: Matriz de impacto legal.	67
Tabla 12: Que es y no es un benchmarking.....	75
Tabla 13: Matriz EFE del Hospital Gonzalo Contreras.....	81
Tabla 14: Matriz EFI del Hospital Gonzalo Contreras.	84
Tabla 15: Matriz de perfil competitivo.	98
Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.....	112
Tabla 17: Formato de entrevista semi-estructurada historia e impacto social.....	124
Tabla 18: Formato de entrevista semi-estructurada acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	126
Tabla 19: Diario de campo.	157

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Etapas del ciclo PHVA.....	37
Ilustración 2: 14 pasos para el mejoramiento de la calidad de Crosby.....	38
Ilustración 3: Ciclo PHVA dentro de la norma ISO 9001.....	40
Ilustración 4: Pasos para el desarrollo para la toma de acciones correctivas y preventivas (de mejora).....	47
Ilustración 5: Diagrama causa-efecto método 6M.....	50
Ilustración 6: Diagrama causa-efecto método de flujo de proceso.....	51
Ilustración 7: Diagrama causa-efecto método de estratificación o enumeración de causas.....	52
Ilustración 9: Fases del benchmarking.....	76
Ilustración 10: Fases del benchmarking adaptadas al ciclo de Deming.....	77
Ilustración 8: Organigrama Hospital Gonzalo Contreras.....	79
Ilustración 11: Organigrama Hospital San Vicente de Paul.....	90
Ilustración 12: Organigrama Hospital Universitario San Jorge.....	94
Ilustración 13: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.....	128
Ilustración 14: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.....	128
Ilustración 15: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.....	129
Ilustración 16: Formato lista de asistencia socialización.....	130
Ilustración 17: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.....	131
Ilustración 18: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.....	132
Ilustración 19: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.....	132
Ilustración 20: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.....	133
Ilustración 21: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.....	133

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Radar de valor Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca.	99
Gráfica 2: Radar de valor sopesado Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca.	100
Gráfica 3: Radar de valor E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Alcalá Valle del Cauca.	101
Gráfica 4: Radar de valor sopesado E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Alcalá Valle del Cauca.	102
Gráfica 5: Radar de valor Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Valle del Cauca.	103
Gráfica 6: Radar de valor sopesado Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Valle del Cauca.	103
Gráfica 7: Radar de valor Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda.	104
Gráfica 8: Radar de valor sopesado Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda.	105
Gráfica 9: Comparación radares de valor de las entidades estudiadas.	106
Gráfica 10: Comparación radares de valor sopesado de las entidades estudiadas.	107

ANEXOS

Anexo A: Formato de entrevista semi-estructurada historia e impacto social.	124
Anexo B: Formato de entrevista semi-estructurada acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	126
Anexo C: Evidencias entrevistas.....	128
Anexo D: Asistencia socialización.....	130
Anexo E: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.	131
Anexo F: Procedimiento análisis de causas.....	134
Anexo G: Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento. .	141
Anexo H: Formato plan de mejoramiento.....	153
Anexo I: Tablero de control (Indicador de gestión).	155
Anexo J: Diario de campo.	157

RESUMEN

Los sistemas de gestión de calidad se presentan en la actualidad como una pieza esencial para las organizaciones acompañado de un listado de ítems que se deben desarrollar y aplicar correctamente, uno de estos ítems es el empleo de acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento donde su aplicación permite corregir una desviación, anomalía, no conformidades, entre otros, que se pueden manifestar durante el proceso.

Es primordial aplicar de manera adecuada estas acciones, ya que una implementación errónea de esta puede conllevar a que dichas acciones correctivas, preventivas o de mejora que se ejecutan al interior de las organizaciones no sean lo suficientemente eficientes, dando como resultado una solución momentánea a los incumplimientos, la mala gestión y los procesos internos de la organización; Es por esto hablar de acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento se convierte en un pilar significativo para la entidad, ya que, al evidenciar algún tipo de deficiencia en los procesos, la calidad del servicio decae paulatinamente ocasionando un grado de insatisfacción en la población atendida

Las instituciones del sector salud y empresas del estado están sujetas a diversas normas y leyes que orientan el funcionamiento y la forma de proceder ante diversas situaciones, una de las más importantes o relevantes en Colombia es la norma NTC GP100, la cual establece que acciones correctivas y preventivas son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales. Por lo cual las entidades del estado deben contar con un procedimiento que establezca cómo se deben desarrollar las acciones correctivas, preventivas y de mejora para poder responder idóneamente frente a las no conformidades y/o incumplimientos que surjan dentro de la entidad, teniendo como propósito optimizar el desempeño de la entidad mientras se aplica dichos procedimientos.

La implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora proporciona múltiples beneficios para las organizaciones y logran que estas adquieran una mejora constante dentro de sus procesos.

INTRODUCCIÓN

Es importante resaltar que el manejo oportuno de las quejas, reclamaciones y no conformidades en las organizaciones de servicios se han mostrado como uno de los aspectos con mayor relevancia en el área de la Salud, por tal razón es sumamente importante destacar el buen resultado que este manejo propicia al momento de identificar las debilidades presentadas en los procesos de atención y/o desempeño en las Entidades. Un pronto análisis y gestión de la misma conduce a la generación de acciones correctivas, preventivas y/o de mejoramiento que dan como efecto un avance positivo y considerable en la calidad del servicio prestado y la mejora en los procesos internos de la Organización, propiciando a su vez un mejor desempeño y atención al cliente.

El presente trabajo titulado “Propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo Contreras de la Unión Valle del Cauca” surge ante la necesidad que presenta la Organización en desarrollar una herramienta útil que evalúe constantemente las acciones ejecutadas dentro de ella, esta acción se fundamenta en la realización y normalización de los procedimientos necesarios para que la entidad otorgue un manejo adecuado a las no conformidades encontradas dentro de sus procesos, pero estos basados en la normativa NGP1000 que rige las empresas sociales del estado.

Cuando se trata de entidades prestadoras de servicios de salud su enfoque está basado en el control de calidad, eficiencia y compromiso de los funcionarios con sus clientes. Es por esto por lo que hablar de acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento se convierte en un pilar significativo para la entidad, ya que, al evidenciar algún tipo de deficiencia en los procesos, la calidad del servicio decae paulatinamente ocasionando un grado de insatisfacción en la población atendida.

Atender con inmediatez y eficiencia una no conformidad manifestada en cualquier hospital es fundamental y de vital importancia para la misma, ya que la connotación que puede llegar a implicar una falla en un proceso, puede acarrear diversas consecuencias tales como: sanciones, multas, entre otros; es por esto que resulta significativo para la entidad resaltar la importancia de contar con procedimientos de fácil entendimiento sobre la toma de acciones correctivas preventivas o de mejoramiento, donde dichas acciones conllevan a la solución eficaz y permanente de las no conformidades que se puedan presentar en una entidad como el Hospital Gonzalo Contreras.

Este trabajo se realizó bajo la modalidad de prácticas empresariales, que se desarrollaron en el Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca en el área de calidad, en él se emplea la metodología de acción – participación la cual implica dos técnicas fundamentales durante su ejecución: el conocer y el actuar, estas técnicas permiten la identificación de las problemáticas y las necesidades inmersas en la entidad, además de permitir la planificación y ejecución de acciones

pertinentes y correctivas para la entidad. Esta metodología fue aplicada con el objetivo de realizar una propuesta de manejo de acciones correctivas y preventivas, es por esto por lo que durante su aplicación y desarrollo se lograron identificar ciertas necesidades en la entidad donde se plantearon algunas acciones útiles que pueden brindar posibles soluciones a la misma.

Se buscó apoyar el área de gestión de calidad con la elaboración de unos documentos funcionales que responden a las necesidades que manifiesta el hospital respecto a la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, con tal documento se pretende contribuir al fortalecimiento y correcto actuar frente a las no conformidades que se puedan presentar dentro de la Entidad.

Por otro lado, se cuenta con un diagnóstico de la entidad donde se realizó un benchmarking y la aplicación de matrices de factores externos e internos estas herramientas propician la pronta identificación de las posibles falencias en la entidad y a su vez permite aprender y adoptar prácticas y procedimientos de otras entidades correspondientes al área de calidad.

1. HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN

Desde hace varias décadas, en el Municipio de la Unión Valle, el servicio de salud ha contado con la implementación de avances significativos durante toda su trayectoria, estos avances se han mostrado significativos en todas las áreas de intervención.

Todo comienza cuando la comunidad hateña siente la necesidad de construir un sitio adecuado para la atención de personas con algún tipo de lesión, ya sea interna o externa, que esté afectado constantemente su estado de salud. La gente en medio de su descontento por la poca atención médica, comprendió que no era fácil la implementación de un organismo de salud, debido a que no se estaba abarcando a cabalidad con todas las necesidades presentadas por la población, por tal razón dicha población decidió ejecutar otro plan de acción, el cual fue implementar el primer puesto de salud, su funcionamiento inicio entre la carrera 12 y la calle 13, sitio que fue inaugurado por una junta denominada Pro- Hospital, a inicios de la década del 40. Este lugar se encuentra con la disponibilidad de prestar servicios generales a la comunidad con una visión de prevención, tratamiento y curación para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Unión Valle.

Debido a la alta demanda por parte de la población, la Junta Pro – Hospital decidió trasladarse a una casona ubicada en el área del parque central para mejorar sus instalaciones y poder así abarcar mayor número de pacientes, la cual hoy en día dicha casona se reconoce como la sede de la Universidad del Quindío.

Es importante resaltar que la medicina en ese entonces estaba siendo ejercida por farmaceutas empíricos y “boticarios”, no por profesionales médicos pero con la llegada del señor Manuel Alonso Marcos (Farmaceuta licenciado de nacionalidad española), se fundó la primera farmacia en el municipio de la Unión Valle y posterior a esto llegó a las instalaciones el primer médico Alberto Villareal Arjona junto con una serie de personas trabajadoras de la salud tales como la enfermera Herminia Rojas y el síndico Agustín Sarria. Estos nuevos profesionales que llegaron al municipio para trabajar en pro de la comunidad notaron que el sitio destinado para la atención de los enfermos seguía presentando ciertas anomalías e insuficiencias en la prestación de los servicios, por tal razón la Administración Municipal de 1946 dirigida por el señor alcalde Manuel Palao, el secretario municipal Agustín Sarria y el señor Carlos Millán, decidieron por Decreto No 4 de enero de 1946, crear una Junta denominada “Junta Iniciadora y Constructora del hospital de La Unión”.

Al presentarse la problemática antes mencionada con relación al servicio que se estaba brindando, los dirigentes antes mencionados junto con los miembros de la comunidad dan inicio a la compra de un lote donde el propietario era el señor Juan de la Cruz Coronado mediante escritura No 71 del 8 de mayo de 1943, pero al final

este fue donado por el señor Agustín Antonio Sarria al municipio de La Unión Valle mediante la escritura No. 169 del 28 de octubre de 1946 para la construcción del hospital (Lote donde funciona actualmente la institución de salud), por intermedio de la Personería Jurídica No 043 del 12 de febrero de 1957 fue creado el hospital con el nombre Hospital San Esteban.

El Doctor Rincón a través de la Beneficencia del Valle adquirió la dotación para el funcionamiento de la Institución de Salud logrando que con el paso de los años los servicios se fueran prestando a nivel interno atendiendo la demanda que se presentaba en dicho centro.

En 1986 por iniciativa de la actual dirección de la Administración Municipal y otras entidades dieron pasos para la primera etapa que comprende los siguientes servicios: sala de partos y legrados, cirugía, urgencias, salas generales, estación de enfermería y servicios generales, inaugurándose el 20 de octubre de 1989 y dando inicio a la segunda etapa que comprende la consulta externa; programas, laboratorio clínico, odontología, farmacia, administración, dirección, enfermería, estadística, fisioterapia, rayos X, información y saneamiento ambiental.

Los niveles de intervención en salud siempre se han enfocado en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que prevalecen e inciden en la población. El Hospital San Esteban ESE de La Unión Valle, Nivel Local (I) de atención cuenta con una estructura orgánica organizada con relación a las disposiciones legales vigentes (decreto 1876 del 03 de agosto de 1.994) de las empresas sociales del Estado en aspectos sociales de organización, las cuales son: dirección, atención al usuario y de logística y lo correspondiente a la Junta Directiva están los mecanismos de conformación, requisitos de los miembros, reuniones de las juntas, los actos de la Junta Directiva y otras disposiciones contempladas en dicho decreto.

El orden jerárquico a nivel local inicia con la Junta Directiva donde se ubica el Gerente como la persona encargada de ejercer un estilo de dirección democrático permitiendo un proceso de cambio en los diferentes servicios interinstitucionales, de igual forma se cuenta con un manual de funciones y de procedimientos por cada empleado y requisitos del subsector de salud expedido por el decreto 1335 de junio 23 de 1.990 del Ministerio de Salud.

La Empresa Social del Estado Hospital San Esteban desde inicios del año 2002 ha fomentado la realización de algunos proyectos para la inversión en la parte física de la Institución con más exactitud en la parte posterior y aunque ya se tenían algunas bases sólidas en dicha área se presentó un crecimiento rápido en los diferentes servicios y el ingreso de diferentes E.P.S. y A.R.S. a la Institución, generando así la atracción de usuarios directos. Para responder con eficiencia y eficacia tanto en la prestación como en la utilización del recurso se hizo necesaria la intervención con recursos propios por un valor aproximado de 235.000.000 millones de pesos los cuales fueron invertidos en la ampliación de la Institución en donde se manejaban

los servicios de fisioterapia, fono audiología, psicología, odontología, programas entre otros, dando como resultado un mayor espacio en la parte asistencial, y para la prestación de los servicios de nivel 2 donde estos han favorecido ampliamente a los usuarios de escasos recursos y a la comunidad en general, dentro de esta ampliación también fue necesaria contar con la ejecución de un oratorio, el cual ayuda a que los usuarios tengan un sitio de recogimiento para pedir por sus familiares o amigos enfermos, fortaleciendo el lazo de compromiso social que es lo que más se tiene en la Institución.

Pasados dos años se inicia con un pensamiento de cambio en la parte física atendiendo requisitos legales contemplados en el decreto 2309 en donde se designan las normas o estándares bajo los cuales todas las Instituciones del Sistema de Salud Pública deben acogerse, dentro de estas se encuentra las Empresas Sociales del Estado, ubicándose entre una de las mejores en el departamento y a nivel nacional dentro de su nivel. Por otro lado, se debe trabajar en un proyecto cuyo objeto sea el mejoramiento en todos los niveles y áreas funcionales internas de la Institución, tanto en la parte física como en la parte de equipamiento para cumplir con los estándares mínimos de existencia en cada uno de los servicios a prestar por la misma.

Por consiguiente se desarrolló un proyecto de aproximadamente \$190.000.000, que incluyó la ampliación de la red de urgencias y observación tomando como base el volumen que se maneja de usuarios y más aún cuando dicha área opera como un centro de atención permanente quedando con una ampliación hasta el área de administración (gerencia, subgerencia, auxiliares de administración, enfermería, coordinación de facturación y control interno), los cuales se desplazaron a la parte de los estacionamientos, y en la parte Sur de la Institución. Este proyecto fue entregado a inicios del año 2005.*

* La historia de la entidad fue suministrada por la oficina de control interno, cabe señalar que no existe una versión más actualizada hasta la fecha, además no se cuenta con el permiso para modificar algún párrafo de la misma.

2. VISION, MISION Y VALORES

2.1 VISIÓN

El Hospital Gonzalo Contreras E.S.E. será en el 2020, una institución líder en calidad, reconocida como modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria, garantizando el desarrollo sostenible y la óptima gestión del talento humano.

2.2 MISIÓN

El Hospital Gonzalo Contreras E.S.E. ubicado en el municipio de la Unión, Norte del Valle del Cauca, ofrece servicios de salud a través de una atención integral con enfoque familiar y comunitario, brindando servicios seguros y humanizados comprometidos con el desarrollo ético, organizacional, tecnológico y social; para impactar positivamente en el bienestar de la población.

2.3 VALORES INSTITUCIONALES

- **Humanización:** Servir con calidez y afectividad, reconociendo la dignidad humana.
- **Oportunidad:** Atención sin barreras en el momento propicio.
- **Seguridad:** Identificación, control y gestión del riesgo.
- **Compromiso:** Poner al máximo nuestras capacidades para cumplir con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Unidad:** Trabajar en equipo para construir salud.
- **Participación:** Presencia activa en la toma de decisiones para alcanzar el bien común.

3. JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de gestión de calidad se muestran actualmente como una pieza fundamental para las organizaciones acompañado de un listado de ítems que se deben desarrollar y aplicar correctamente, uno de estos ítems es la aplicación de acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento donde su aplicación permite corregir una desviación, anomalía, no conformidades, entre otros, que se pueden manifestar durante el proceso. Es sumamente importante aplicar de manera adecuada estas acciones, ya que una implementación errónea de esta puede conllevar a que dichas acciones correctivas, preventivas o de mejora que se ejecutan al interior de las organizaciones no sean lo suficientemente eficientes, dando como resultado una solución momentánea a los incumplimientos, la mala gestión y los procesos internos de la organización.

La implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora proporciona múltiples beneficios para las organizaciones y logran que estas adquieran una mejora constante dentro de sus procesos.

La calidad es un factor primordial para las entidades prestadoras del servicio de salud, Cárdenas y González sustenta que “La calidad de los servicios se denomina a la percepción que tiene un cliente acerca de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas, relacionados con el conjunto de elementos secundarios, cuantitativos, cualitativos, de un producto o servicio principal.”¹. Estas percepciones son captadas de manera negativa y manifestadas por el usuario de la entidad convirtiéndose en una inconformidad latente, y es en este punto donde dicha entidad debe darle continuidad al proceso ejecutando una pronta solución a la inconformidad presentada implementando una acción correctiva, preventiva o de mejoramiento.

Las entidades del sector salud y empresas del estado están sujetas a diversas normas y leyes que orientan el funcionamiento y la forma de proceder ante diversas situaciones, una de las más importantes o relevantes en Colombia es la norma NTC GP100, la cual establece que “acciones correctivas y preventivas son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.”² Por lo cual las entidades del estado deben contar con un procedimiento que establezca cómo se deben desarrollar las acciones correctivas, preventivas y de mejora para poder responder idóneamente frente a las no conformidades y/o incumplimientos que

¹ CÁRDENAS, Edith y GONZÁLES, Blanca. Calidad de servicio en la editorial de la Universidad del Zulia (EDILUZ). Revista de Ciencias Sociales (Ve). [en línea], Consultado el 14 de febrero del 2018. Disponible en internet: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28013113>.

² INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTC-GP 1000. Bogotá D.C. El Instituto: 2009. 13p.

surjan dentro de la entidad, teniendo como propósito optimizar el desempeño de la entidad mientras se aplica dichos procedimientos.

4. DEFINICION DEL PROBLEMA

La diversificación en la administración de empresas a través de los años ha permitido a los administradores especializarse en diferentes campos, una gran opción es el área de la calidad, la cual ha ido evolucionando con el pasar del tiempo convirtiéndose en un pilar de competitividad empresarial para los profesionales, dicha calidad en los servicios y productos ha generado que los administradores manejen conceptos de la misma y dominen apartados que ayuden a las organizaciones a lograr sus objetivos.

El Hospital Gonzalo Contreras es una entidad prestadora de servicios de salud autorizada dentro del marco del sistema único de habilitación establecido por el gobierno colombiano y normalizado en la resolución 2003 de 2014, la cual define propiamente los procedimientos y condiciones de inscripción y legitimación de los servicios de salud, dicha habilitación en salud se les da a las entidades que lograron todos los procedimientos, requisitos y normas establecidas para prestar servicios de salud garantizando que cuenten con condiciones que minimicen los riesgos de seguridad del paciente.

El hospital apunta a la acreditación en salud, siendo esta básicamente el cumplimiento de estándares más elevados a los establecidos en la habilitación buscando garantizar y mejorar la calidad de atención de los clientes de las entidades de salud, este es un proceso voluntario y necesario para realizar autoevaluaciones periódicas internas y revisar de manera externa los procesos de la entidad.

Por otro lado, la entidad no cuenta con un procedimiento u otro tipo de documento que describa cómo se debe actuar al momento de identificarse una no conformidad dentro de un proceso interno, ni tampoco plantea cómo se deben desarrollar las acciones correctivas, preventivas y de mejora que puedan ir surgiendo. La entidad carece también de una metodología que permita analizar cuáles son las causas de las no conformidades detectadas dentro del hospital y cómo lograr definir los planes de acciones correctivos y preventivos, que permitan aminorar las fuentes de dichas no conformidades.

El personal encargado del área de gestión de la calidad lleva poco tiempo encargándose de las funciones dentro de la entidad, por tal razón busca encaminar sus labores en concordancia con la norma para lograr cumplir y poner al día a dicha entidad en temas de normatividad y documentación que se encuentre vigente hasta la fecha. Dicho proceso de normatividad y documentación se ha visto pausado en numerosas ocasiones debido a la priorización de otras actividades dentro del área y por supuesto a la falta o escasa información en el hospital, por ello es importante mencionar que esta problemática se manifiesta desde el proceso realizado de empalme con el personal del área de gestión de calidad que en su momento estaba encargado.

En el desarrollo de las prácticas laborales se logra hallar una problemática importante dentro del área de gestión de calidad en el hospital, la cual evidencia como el funcionamiento de dicha área está convirtiéndose en la asesora general de todas las áreas con respecto a la implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, esto se debe a que en el momento de presentarse una situación que implique la toma de una de estas acciones se acude en primera instancia al apoyo del área de gestión de calidad. Lo mencionado con anterioridad surge debido a que la entidad no tiene establecido de forma clara y precisa procedimientos que describan como identificar, analizar e implementar este tipo de acciones correctivas, las cuales proporcionan libertad de ejecución a los líderes de cada proceso interno de la entidad implementar cualquier acción sin necesidad de indagar sobre un asesoramiento idóneo con el área de calidad.

Al no contar con los documentos mencionados anteriormente los líderes del proceso interno de la entidad tienden a generalizar las causas y atender de manera superficial las no conformidades sin realizar un análisis más profundo del porqué de dicha acción, al no tener claro cómo se debe actuar frente a esta situación de no conformidad, se crea una tendencia donde estos procesos se vuelvan repetitivos dentro de la entidad y los líderes del proceso interno no proporcionen una acción oportuna para su correcta solución.

Las quejas presentadas por los usuarios en el Hospital Gonzalo Contreras se manejan a través de la oficina del SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario), en dicha oficina recibe y transmite a las diferentes áreas involucradas en la queja, cabe resaltar que la mayoría de las quejas presentadas por los usuarios tienen que ver con el servicio de farmacia y la asignación de citas médicas dándole una pronta solución sin tener que realizar un procedimiento a profundidad, al momento de identificarse una no conformidad dentro de algún proceso del hospital inmediatamente se formula un plan de mejoramiento por parte del líder del proceso interno realizándose el desarrollo de las acciones propuestas en él.

El estado a través del Ministerio de Salud ha propuesto y contemplado un cúmulo de guías que se deben tener en cuenta para orientar a las entidades de salud sobre las acciones correctivas y preventivas. Por su parte el Hospital Gonzalo Contreras ha hecho caso omiso a estas guías y el manejo que ha empleado cuando se manifiesta alguna situación desfavorable para la entidad es accionado desde la parte empírica dándole una respuesta inmediata sin un análisis a profundidad ni un diagnóstico que dé cuenta del porqué de dicha situación.

El manejo de este tipo de acciones negativas dentro de la entidad resulta ser un gran problema para la misma, ya que el área de calidad requiere de un mejor direccionamiento en cuanto a este tipo de acciones donde busque una pronta solución que responda a las necesidades de la entidad bajo los estándares que se manejan dentro de la misma con respecto a la documentación.

Las empresas sociales del estado como los hospitales deben someterse a distintas normas y leyes estipuladas por el gobierno Colombiano, algunas de estas determinan las diferentes auditorías a las que se debe someter las entidades prestadoras servicios de salud en Colombia, en dichas auditorias se pueden presentar diversas situaciones donde se evidencian múltiples hallazgos, con esto la entidad está obligada a tomar decisiones para corregir o mejorar los procesos donde se identificaron dichos hallazgos, donde estas son causas o posibles causas que afectan los procesos de la entidad y por ende las acciones correctivas, preventivas o de mejora resultan ser las posibles medidas que toma una organización para subsanar las anomalías identificadas dentro de sus procesos.

Es importante resaltar que la norma NTC GP 1000 en el apartado número 8.5 se encuentra sustentada a partir del tema de la mejora, el cual abarca las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento. Este apartado manifiesta que las entidades del sector público deben establecer procedimientos documentados que definan los siguientes requisitos:

- a) Revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes).
- b) Determinar las causas de las no conformidades.
- c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- d) Determinar e implementar las acciones necesarias.
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4).
- f) Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.³

Por su parte el Hospital Gonzalo Contreras no cuenta con ningún tipo de procedimientos u otros documentos que respondan a los requerimientos de esta norma a pesar de que la norma NTC GP 1000 está en funcionamiento desde el año 2003.

El Hospital Gonzalo Contreras, siendo esta una empresa social del estado se somete a diferentes auditorias por parte de entes externos tales como: control interno, EPS, Procuraduría, Secretaria de Salud, entre otras. Las auditorías realizadas por las EPS (Entidades prestadoras de salud) a la entidad tienen una periodicidad promedio de 1 a 2 visitas al año* o cuando acontezca un evento que así lo requiera. Con la ley 87 de 1993 se establecieron las normas para el control interno de las entidades del estado, el cual debe realizar auditorías para medir la eficiencia y eficacia del proceso administrativo y demás procesos que se realicen dentro de la entidad, los resultados de estas auditorías pueden acarrear la toma de acciones correctivas en el hospital.

³ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTC-GP 1000. Bogotá D.C. El Instituto: 2009. p. 51 – 52.

* Esta información se sustenta en la experiencia como practicante adquirida en el Hospital Gonzalo Contreras.

En las organizaciones actuales existen diversos retos que apuntan a convertirlas en organizaciones competitivas, ya que el mercado en el que interactúan se encuentra en un constante cambio y evolución, afortunadamente ahora se pueden tener competidores y referencias empresariales que hace un tiempo eran casi imposibles de contemplar dándole cavidad a la gestión de la calidad.

4.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo realizar una propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca para el año 2018?

4.2 SISTEMATIZACIÓN

La problemática que presenta el Hospital Gonzalo Contreras radica en la falta de documentación relacionada con las acciones correctivas, preventivas y de mejora, que la entidad debe tomar en cuenta al momento de identificarse una no conformidad. Esto da origen a la formulación de la pregunta problema y de la cuál nacen otros interrogantes como:

- ¿Cuáles son los mejores métodos de análisis empleados en el área de calidad para realizar un procedimiento de rastreo de causas para Hospital Gonzalo Contreras?
- ¿Cómo realizar un procedimiento que especifique el protocolo que debe tenerse en cuenta al momento de hacer un registro y seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se identifiquen en el Hospital Gonzalo Contreras?
- ¿Cómo elaborar un tablero de indicadores que permita medir el desempeño de las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el Hospital Gonzalo Contreras?
- ¿Al realizar la propuesta para el manejo de las acciones correctivas, preventivas y de mejorar en el Hospital Gonzalo Contreras, es necesario ajustar y mejorar el formato de plan de mejoramiento que se maneja en la entidad?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora en el Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca para el año 2018, con el fin de apoyar el área de gestión de calidad de la entidad.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoyar la implementación de metodologías para la definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora con la elaboración de un procedimiento para el análisis de causas.
- Realizar un procedimiento para el registro y seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se identifiquen en el Hospital Gonzalo Contreras.
- Revisar, ajustar y moldear el formato para planes de mejoramiento del hospital, con el fin de mejorar los procesos de calidad frente a las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Elaborar un instrumento de control para medir el desempeño respecto al registro y seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora presentadas en el hospital.

6. METODOLOGIA

6.1 ENFOQUE

En la elaboración de la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca el enfoque fue cualitativo debido a que se “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.”⁴, ya que durante las prácticas laborales en la entidad se utilizaron técnicas para la recolección de datos tales como: entrevistas semiestructuradas, diario de campo y revisión de documentos.

Según Sampieri⁵ basa este enfoque métodos de recolección de datos no estandarizados, no se requiere de la realización de mediciones numéricas planteando que el análisis no resulta ser estadístico, además de que la recolección de datos consiste en obtener perspectivas y puntos de vista de los participantes.

6.2 MÉTODO

De acuerdo con la naturaleza del trabajo la investigación es de tipo acción – participación, debido a que se va a analizar una problemática dentro de la entidad y a su vez se implementaran acciones que promuevan una solución óptima a dicha problemática.

El logro de los objetivos específicos se realizó a través del método IAP (Investigación acción – participación) la cual se define de la siguiente manera:

Acción – participación: La metodología de este tipo de investigación consiste en combinar dos procedimientos; el de conocer y el de actuar, brinda un método para analizar y entender mejor la realidad de un grupo (en este caso el personal laboral del Hospital Gonzalo Contreras), ya que esta permite identificar sus problemas, los recursos disponibles, necesidades y talentos entre otros, esto a su vez concede la planificación de acciones y medidas para mejorar los procesos, tareas y funciones de la organización, entre otros.

⁴ SAMPIERI, Roberto., COLLADO, Carlos y BATISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 5 Ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. 2010. p. 7.

⁵ Ibid., p. 9.

“La finalidad de la IAP es cambiar la realidad y afrontar los problemas de una población a partir de sus recursos y participación”⁶

La elaboración del trabajo parte desde la realización de entrevistas semi-estructuradas al personal de la entidad acerca de cuál es el manejo que se le da a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento dentro de la entidad y sobre el impacto social que tiene dicha entidad en su población (Ver anexos A y B), posteriormente se realizó la aplicación de herramientas que permiten conocer a profundidad la organización, tales como: las matrices de evaluación de factores internos y externos y el benchmarking; esta herramienta permite la comparación del Hospital Gonzalo Contreras con otras entidades de salud, logrando obtener una amplia perspectiva de cómo se encuentra la entidad frente otras entidades ya sea de su mismo nivel o de un nivel avanzado, dando como resultado una visión más amplia con análisis global de todas las entidades prestadoras de salud en Colombia, después de esto se desarrollaron los pasos para la elaboración de los documentos inmersos en la propuesta y que dan respuesta a los objetivos planteados. Además, todo lo anterior se encuentra registrado en la herramienta del diario de campo (Ver anexo J).

Según José Raúl Rojas las acciones en la IAP se desarrollan de la siguiente manera:

“Hay acción la cual es entendida no solo como el simple actuar, o cualquier tipo de acción, sino como una acción que conduce al cambio social estructural ... El requerimiento de cualquier investigación, que quiera ser práctica y transformadora, es la acción; no se investiga por el mero placer de conocer ... Es importante tener en cuenta que no hay que esperar el final de la investigación para llegar a la acción, pues todo lo que se va realizando en el proceso es acción y a la vez va incidiendo en la realidad”.⁷

Este concepto se aplica en el desarrollo de las prácticas dentro de la entidad, ya que para la elaboración de la propuesta se desarrollaron varias acciones a considerar, las cuales son: indagar en la documentación de la entidad y el desarrollo de documentos entre otros, estas acciones son elementos que como lo plantea el autor constituyen a acciones que van incidiendo en la realidad.

El otro aspecto de la IAP es la participación que para José Raúl Rojas se define de la siguiente manera:

⁶ EIZAGUIRRE, M. y ZABALA, N. Investigación-acción participativa (IAP). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. [en línea], 2000, [Consultado el 18 de diciembre del 2017]. Disponible en Internet: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>.

⁷ ROJAS José Raúl SDB. Investigación Acción Participativa (IAP), citado por HERRERA, Federico, *et al.* Encaminando la Investigación Acción Participativa. Riosucio, Caldas: FordFoundation, 2012. p. 10.

“Es participativa porque la investigación no es solo realizada por el investigador, sino con la participación de la comunidad involucrada en ella (...) La IAP se realiza con una óptica desde dentro de la comunidad estudiada (...) Acá los problemas a investigar son definidos, analizados y resueltos gracias a las contribuciones de los propios afectados”.⁸

Lo anterior expuesto por el autor encaja perfectamente en los pasos para la elaboración de los documentos que componen la presente propuesta, ya que el personal de la entidad suministró la información necesaria para solucionar el problema al expresar la necesidad de darle una mejor atención a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento que se presentan dentro de la entidad, por lo tanto se realiza la acción (formular la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento) a través de la participación (de la necesidad expresada por el personal de la entidad y la orientación del personal de calidad de la entidad sobre el resultado final que buscaban con la propuesta) para poder darle cumplimiento a lo demandado por el hospital.

Para ilustrar porqué esta propuesta sobre manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento se realiza bajo la metodología investigación acción participación, a continuación, en la siguiente tabla se expone los elementos correspondientes al plan de acción en consecuencia a la metodología y las diferencias que este implica entre acción y participación antes mencionadas por el autor.

Tabla 1: Metodología Investigación acción participación.

Pasos de la elaboración de la propuesta	N°	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	Articulación de la metodología IAP
Conocer cuál es el manejo de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se identifican en el hospital.	1	Preparar información institucional y externa necesaria para la elaboración de una herramienta útil para el registro y control de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Solicitar información (formatos planes de mejora), descargar los documentos asociados a la elaboración de herramientas de seguimiento y registro de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Acción

⁸ ROJAS José Raúl. Op. cit. p.10.

Continuación Tabla 1: Metodología Investigación acción participación.

	2	Examinar qué tipo de acciones correctivas preventivas y de mejora se presentan en el hospital	Evaluar y entender que son las acciones correctivas, preventivas y de mejora, cómo son sus componentes administrativos y qué tipo de estas presentan el Hospital Gonzalo Contreras	Acción
	3	Recolectar información acerca de qué tipo de herramienta sería la más adecuada para registrar y qué documentación es necesaria para la propuesta.	Realizar en concilio con la encargada del área del hospital buscando generar una visualización del tipo de herramienta más adecuado para la institución indagando en qué documentos son necesarios para la entidad con respecto a acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Participación
Elaborar la herramienta de registro y seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, y los procedimientos correspondientes.	1	Diseño preliminar de la herramienta	Iniciar el replanteamiento del formato para planes de mejoramiento que se usa en el hospital para el registro de las acciones correctivas, preventivas y de mejora buscando que abarque los parámetros necesarios y funcionales requeridos para la entidad con respecto a las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Acción

Continuación Tabla 1: Metodología Investigación acción participación.

	2	Evaluación preliminar del diseño de la herramienta	Mostrar a la persona encargada del área de calidad del hospital la herramienta de registro, para una evolución y propuestas de ajustes que sean necesarios.	Participación
	3	Dar ajustes al diseño de la herramienta de acuerdo con la evaluación preliminar	Realizar los ajustes que se establecieron en la evaluación preliminar.	Acción
	4	Realizar el procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora y procedimiento de análisis de causas	Redactar el procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora y el de análisis de causas para el hospital, teniendo en cuenta lineamientos establecidos en el procedimiento de control de documentos	Acción
	5	Realizar el instrumento de seguimiento para las acciones correctivas, preventivas y de mejora	Construir un instrumento de seguimiento a las acciones, preventivas y de mejora a través de indicadores	Acción
	6	Agregar logos del hospital al formato, al procedimiento y a los indicadores de la herramienta y codificar para agregar los nuevos documentos al sistema de gestión de calidad de la entidad.	Finalizar el proceso de diseño incorporando los nuevos documentos de los logos del hospital, y la asignación de códigos para ingresarlos al listado maestro de documentos de la entidad.	Acción

Continuación Tabla 1: Metodología Investigación acción participación.

Capacitar sobre su funcionamiento	1	Socializar la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para a la entidad con los directivos y jefes del hospital	Socializar con los directivos del hospital la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento a través de una presentación.	Acción
	2	Capacitar al área de calidad entre otras sobre el uso y utilidad del de la herramienta.	Brindar capacitación a las personas que requieran el uso de la herramienta sobre su correcto uso y funcionamiento.	Participación
	3	Entrega de la propuesta.	Entregar el formato, los procedimientos y los indicadores de las acciones correctivas, preventivas y de mejora al área de calidad.	Acción

Fuente: Elaboración propia.

La anterior tabla muestra las actividades que conforman la elaboración de la presente propuesta respondiendo a los objetivos planteados.

6.3 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el instrumento de medición de la entidad se utilizaron distintas fuentes de información:

Información primaria:

Se obtiene directamente del personal administrativo, jefes de brigadas y jefes de proceso del Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle.

- Entrevistas semi-estructuradas: Una entrevista semi-estructurada se “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.”⁹ Se realizaron al personal administrativo para recolectar datos de los procesos y actividades enfocadas en temas del manejo que se les da a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento dentro de la entidad y sobre el impacto social que tiene dicha entidad en su población. logrando obtener información necesaria de manera más detallada de parte del personal.
- Selección de documentos: Se recopilaron datos e información contenida en documentos de distintas procedencias tales como: informes, auditorías externas e internas, documentos sobre los procesos.
- Diario de campo: Es una herramienta que permite organizar las experiencias recogidas a lo largo de un proceso para luego estudiar los resultados.

Información secundaria:

- Matriz de evaluación de factores externos (MEFE): Para la elaboración de la matriz EFE se deben seguir cinco pasos como lo plantea el autor Fred David, dichos pasos son:
 1. Elabore una lista de los factores externos que se identificaron en el proceso de auditoría externa. Incluya un total de diez a 20 factores, tanto oportunidades como amenazas, que afecten a la empresa y a su sector. Haga primero una lista de las oportunidades y después de las amenazas. Sea lo más específico posible, usando porcentajes, índices y cifras comparativas.
 2. Asigne a cada factor un valor que varíe de 0.0 (sin importancia) a 1.0 (muy importante). El valor indica la importancia relativa de dicho factor para tener éxito en el sector de la empresa. Las oportunidades reciben valores más altos que las amenazas, pero éstas pueden recibir también valores altos si son demasiado adversas o severas. Los valores adecuados se determinan comparando a los competidores exitosos con los no exitosos, o bien analizando el factor y logrando un consenso de grupo. La suma de todos los valores asignados a los factores debe ser igual a 1.0.
 3. Asigne una clasificación de uno a cuatro a cada factor externo clave

⁹ DIAS BRAVO, Laura, et al. La estructura, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica. [en línea], 2013, [Consultado el 04 de enero de 2018]. Disponible en internet: <http://riem.facmed.unam.mx/node/47>.

para indicar con cuánta eficacia responden las estrategias actuales de la empresa a dicho factor, donde cuatro corresponde a la respuesta es excelente, tres a la respuesta está por arriba del promedio, dos a la respuesta es de nivel promedio y uno a la respuesta es deficiente. Las clasificaciones se basan en la eficacia de las estrategias de la empresa; por lo tanto, las clasificaciones se basan en la empresa, mientras que los valores del paso dos se basan en el sector. Es importante observar que tanto las amenazas como las oportunidades pueden clasificarse como uno, dos, tres o cuatro.

4. Multiplique el valor de cada factor por su clasificación para determinar un valor ponderado.

5. Sume los valores ponderados de cada variable para determinar el valor ponderado total de la empresa.¹⁰

- Matriz de evaluación de factores internos (MEFI): El autor Fred David plantea que para la elaboración de la matriz EFI se deben seguir 5 pasos, los cuales son:

1. Enumere los factores internos clave identificados en el proceso de auditoría interna. Utilice un total de diez a 20 factores internos, incluyendo tanto fortalezas como debilidades. Elabore primero una lista de las fortalezas y después de las debilidades. Sea lo más específico posible, usando porcentajes, índices y cifras comparativas.

2. Asigne un valor que vaya de 0.0 (sin importancia) a 1.0 (muy importante) a cada factor. El valor asignado a determinado factor indica la importancia relativa del factor para que sea exitoso en la industria de la empresa. Sin importar si un factor clave es una fortaleza o una debilidad interna, los factores considerados como aquéllos que producen los mayores efectos en el rendimiento de la empresa deben recibir los valores más altos. La sumatoria de todos los valores debe ser igual a 1.0.

3. Asigne una clasificación de uno a cuatro a cada factor para indicar si dicho factor representa una debilidad mayor (clasificación de uno), una debilidad menor (clasificación de dos), una fortaleza menor (clasificación de tres) o una fortaleza mayor (clasificación de cuatro). Observe que las fortalezas deben recibir una clasificación de cuatro o tres y las debilidades deben recibir una clasificación de uno o dos. De este modo, las

¹⁰DAVID, Fred R. Capítulo 4: La evaluación interna. En: Conceptos de administración estratégica. 9 ed. México: Pearson educación, 2003. p. 110 – 111.

clasificaciones se basan en la empresa, mientras que los valores del paso dos se basan en la industria.

4. Multiplique el valor de cada factor por su clasificación para determinar un valor ponderado para cada variable.

5. Sume los valores ponderados de cada variable para determinar el valor ponderado total de la empresa.¹¹

- Benchmarking: Benjamín Betancourt afirma que “el benchmarking es una manera útil y práctica de la dirección de emplear la información externa”¹², existen 8 pasos para el desarrollo de un estudio de benchmarking según la metodología para la elaboración del mismo sustentada por Betancourt¹³

Paso 1: Organizar el equipo que va a desarrollar el proceso

Paso 2: Seleccionar de las organizaciones a comparar, seleccionando entre tres y cuatro.

Paso 3: Ya seleccionadas las organizaciones se debe elaborar una investigación sobre sus factores clave de éxito, e información competitiva.

Paso 4: Establecer los factores clave de éxito F.C.E.

Paso 5: Describir los factores claves de éxito, seleccionando entre 8 y 12 factores.

Paso 6: Elaboración de la matriz de perfil competitivo (MPC)

Paso 7: Realización de radares de comparación.

Paso 8: Analizar e interpretar los resultados arrojados por la matriz de perfil competitivo y los radares de comparación.

¹¹ DAVID. Op. cit., p. 150.

¹² Betancourt, Benjamín. Análisis sectorial y competitividad. 1 ed. Colombia.: Ecoe Ediciones, 2014. p. 188.

¹³ Betancourt. Op. cit., p. 171- 175.

7. MARCO REFERENCIAL

7.1 MARCO TEORICO – CONCEPTUAL

El presente estudio se encuentra abordado a través del paradigma del capitalismo industrial con enfoque en la Teoría de la Calidad Total. Este paradigma se genera posteriormente a la Segunda Guerra Mundial y se caracteriza por abordar temas con relación a lo social, la participación y el factor humano entre otros. “El control de calidad, es un instrumento altamente racional para la dirección de las organizaciones. El objetivo central es intentar disminuir y controlar los costos de las operaciones y aumentar la productividad de todos los niveles de la organización, que se expresa en utilidades.”¹⁴

Es conveniente aclarar que la presente propuesta está direccionada en pro del manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para la empresa social del estado Hospital Gonzalo Contreras que se enmarca en los procesos de calidad estipulados para las entidades públicas. Entre estos procesos se encuentra la norma NTC-GP 1000, que a su vez se encuentra condicionada por la familia de las normas ISO 9000; dicha norma plantea que la organización debe conocer y poner en funcionamiento todos los procedimientos que corresponden al mejoramiento continuo de la calidad, entre ellos está la toma de acciones correctivas y preventivas (de mejoramiento).

7.1.1 Calidad Total

La calidad es un concepto que se encuentra estipulado dentro de la vida cotidiana de cada individuo, otorgándole este cierto significado de acuerdo con su contexto y/o punto de vista. Por lo tanto “El empleo del termino de calidad no es tan intuitivo como creíamos, de hecho, el termino calidad se emplea en muchísimas ocasiones, pero muy pocas con el mismo significado.”¹⁵

Para esta investigación se toma la definición planteada en la norma ISO 9000:2015¹⁶, la cual enmarca a la calidad como el resultado de procesos y comportamientos entre otros, que otorgan valor a través del cumplimiento de expectativas y necesidades de los clientes y otras partes implicadas. Cabe resaltar que la definición de calidad para una entidad prestadora de salud puede diversificarse desde diferentes definiciones, entre estas esta la calidad en salud

¹⁴ MURILLO VARGAS, Guillermo, et al. Teorías clásicas de la organización y el management. Bogotá, D.C., 2007. p. 26.

¹⁵ SANGÜESA, Marta; MATEO, Ricardo y ILZARBE, Laura. Introducción a la gestión de la calidad. En: Teoría y práctica de la calidad. Madrid: Isabel Capella Hierro, 2006. p. 7-22.

¹⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario. ISO 9000. Bogotá D.C. El Instituto: 2015. 2p.

hasta la calidad en términos administrativos, pero por suerte la ISO 9000 brinda una definición más globalizada de dicho termino.

La calidad total o la mejora continua son enfoques que actualmente las organizaciones desarrollan dentro de sus actividades por exigencias del mercado. Edwards Deming conocido como el padre de la calidad, hizo gran énfasis en la importancia del control de calidad y la alta dirección en las Organizaciones, Deming desarrolló 14 pasos basados en sus investigaciones donde identifica las diversas causas de una mala calidad. Fue un pionero en Japón sobre temas de calidad y abrió el camino para que diversos autores enfocaran sus estudios en dicha área.

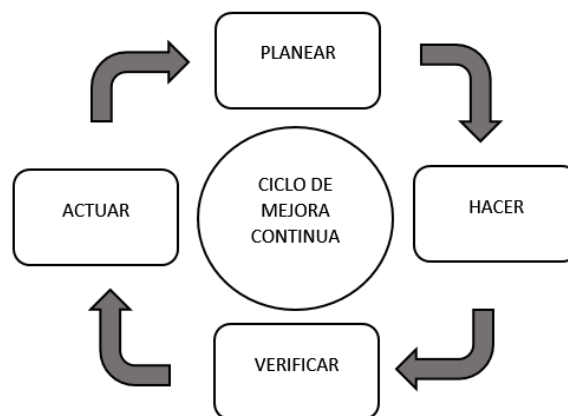
El ciclo PHVA (o círculo de Deming), es el método más usado para establecer un sistema de mejora continua cuyo principal objetivo es la autoevaluación, señalando los puntos fuertes que hay que tratar de mantener y las áreas de mejora en las que se debe actuar o corregir acciones. Sangüesa, Mateo y Ilzarbe¹⁷ exponen que el principio de mejora continua de la gestión de calidad es basado en este ciclo.

El ciclo PHVA está compuesto por cuatro etapas cíclicas en las cuales se establece que una vez terminada la etapa final se debe volver a la primera y así repetir el ciclo de nuevo. De esta forma, las actividades son reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras. Para describir el proceso del ciclo de una manera sencilla se menciona así: “Se desarrolla a profundidad y se objetiva un plan (planear), este plan se aplica en pequeña escala o sobre una base de ensayo (hacer), se evalúa si se obtuvieron los resultados esperados (verificar) y, de acuerdo con lo anterior, se actúa en consecuencia (actuar)”¹⁸ Las etapas que forman el ciclo PHVA se muestran en la ilustración 1.

¹⁷SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 97.

¹⁸ GUTIÉRREZ, Humberto. Trabajo en equipo y metodología para la solución de problemas (el ciclo PHVA). En: Calidad total y productividad. 3d. México, 2010. p. 120.

Ilustración 1: Etapas del ciclo PHVA.



Fuente: Elaboración propia.

Rodríguez señala que “El ciclo Deming no es ni más ni menos que aplicar la lógica y hacer las cosas de forma ordenada y correcta. Su uso no se limita exclusivamente a la implantación de la mejora continua, sino que se puede utilizar, lógicamente, en una gran variedad de situaciones y actividades.”¹⁹ Con esta frase Rodríguez abre la posibilidad de usar el ciclo PHVA y aplicarlo a una gran variedad de actividades y adaptarlo en entidades públicas.

En Colombia este ciclo también se ha usado dentro de la norma NTC GP 1000 – 2009 la cual expone que dentro del ciclo de Deming el actuar es “tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.”²⁰ dentro de estas acciones existen diversos tipos tales como las correctivas, preventivas y de mejora; estas acciones son tomadas cuando se encuentran una no conformidad dentro de los procesos de la organización.

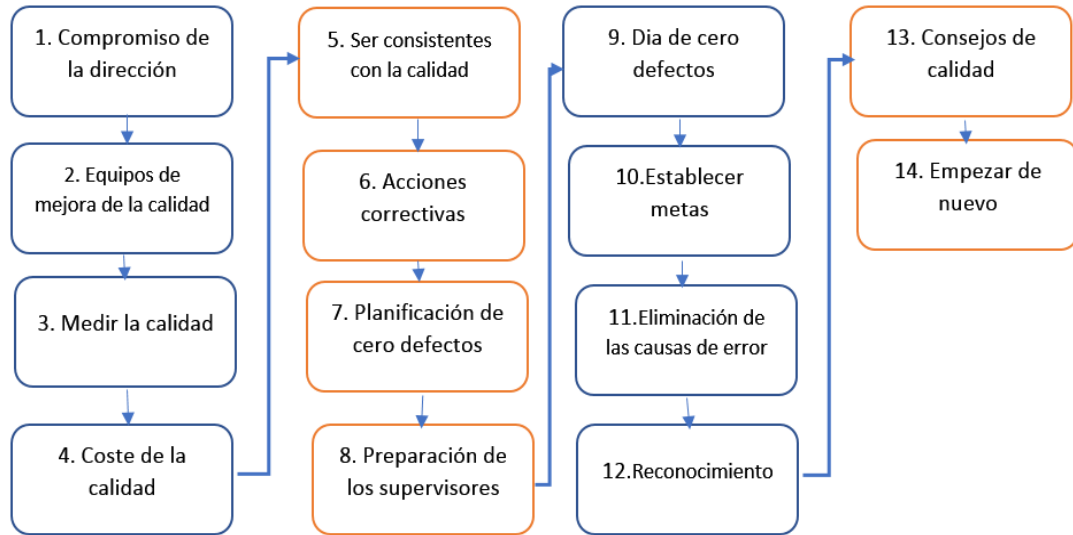
Por otra parte, Philip Crosby desarrolló diferentes conceptos y formuló una teoría de calidad orientada al concepto de cero defectos, aunque el enfoque cero defectos haya causado cierta rivalidad con el enfoque de calidad aportado por Deming, sus aportes fueron fundamentales para el crecimiento del concepto de calidad que se maneja actualmente.

Uno de los principales aportes de Crosby fueron sus 14 pasos para el mejoramiento de la calidad, los cuales son mostrados en la ilustración 2.

¹⁹ RODRIGUEZ, T. PDCA. Sugerión base de conocimiento de gestión. [en línea], 9 de septiembre del 2017. [Consultado el 06 de enero del 2018]. Disponible en Internet: <http://sugestion.quned.es/conocimiento/ficha/def/PDCA>

²⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTC-GP 1000. Bogotá D.C. El Instituto: 2009. 2p.

Ilustración 2: 14 pasos para el mejoramiento de la calidad de Crosby.



Fuente: Elaboración propia, basado en el libro de Crosby, Philip la calidad no cuesta.

El paso número 6 habla de las acciones correctivas y plantea que al momento de ocurrir una desviación en la Organización se deben tomar acciones correctivas que subsanen esta desviación, como lo expone Crosby²¹ si la gente se anima a hablar de los problemas, aparecerán distintas oportunidades para remediarlos, esto no solo incluye los defectos encontrados por inspecciones, autoevaluaciones o auditorias, sino también de problemas menos evidentes que también requieren atención.

7.1.2 Las normas ISO 9000

Las ISO 9000 se encuentran estipuladas como el modelo primordial de las normas de calidad internacional, teniendo como principal objetivo buscar en las organizaciones el aseguramiento de la misma, basándose en un grupo de normas que apoyan al desarrollo e implementación de sistemas de calidad. Las organizaciones que implementan las normas de la familia ISO 9000 buscan reforzar y/o impulsar su competitividad en el mercado, ya que “las organizaciones están inmersas en entornos cada vez más competitivos y globalizados”²²

²¹ CROSBY, Philip. Proceso de mejoramiento de la calidad. En: La calidad no cuesta. 10. Ed. México. 1998. p. 111.

²² ALDANA DE VEGA, Luz Angela, *et al.* Requisitos de la administración por la calidad a partir del enfoque por procesos. En: Administración por calidad. 1. Ed. Colombia: Alfaomega Colombiana: Universidad de la Sabana, 2010. p. 146.

“La certificación ISO 9001 es un proceso por el cual un organismo independiente y reconocido para tal efecto da fe de que una organización cumple con lo especificado en la normativa ISO 9001.”²³

Como lo plantea Sangüesa, Mateo y Ilzarbe²⁴, la certificación en ISO 9001 está dada al sistema de calidad de la organización y se refiere al conjunto formado por la estructura organizativa, los procesos, los procedimientos y los recursos requeridos para poner en práctica la gestión de calidad. Estos momentos son los requisitos necesarios que se evalúan para lograr la certificación en ISO 9001, siendo esta una certificación voluntaria que otorga cierto estatus a la organización.

El ciclo PHVA es introducido en la norma ISO 9001 – 2015 en el apartado 0.3 que describe el enfoque basado en procesos dicha norma lo plantea de la siguiente manera: “La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA”.²⁵ Un enfoque basado en proceso quiere decir que para lograr un resultado este se podría alcanzar de manera más sencilla si las actividades y los recursos se gestionan como un proceso.

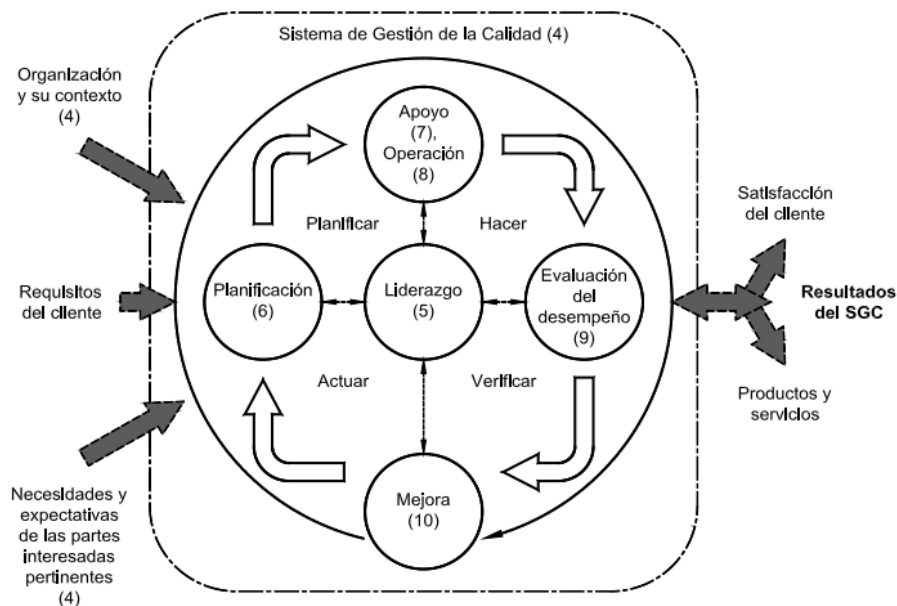
El ciclo de Deming o ciclo PHVA puede aplicarse al sistema de gestión de calidad y a los procesos en general, los capítulos 4 al 10 de la norma ISO 9001 se pueden ver en relación con dicho ciclo como lo muestra la ilustración 3.

²³ SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 51.

²⁴ SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 51.

²⁵ ISO 9001-2015. Op cit. p. iii

Ilustración 3: Ciclo PHVA dentro de la norma ISO 9001.



NOTA Los números entre paréntesis hacen referencia a los capítulos de esta Norma Internacional.

Fuente: ISO 9001-2015 página iv.

La norma ISO 9001 – 2015 describe los ítems del ciclo PHVA de la siguiente manera:

Tabla 2: Definición de los pasos del ciclo PHVA.

Ítem	Descripción
Planificar	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos del sistema y sus procesos. • Cuantificar los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización. • Identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.
Hacer	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de lo planeado.

Continuación de la Tabla 2: Definición de los pasos del ciclo PHVA.

Verificar	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un seguimiento y medición a todos los procesos, productos y servicios provenientes, y posterior a esto presentar un informe sobre los resultados obtenidos con base en las políticas, objetivos, requisitos y actividades que estuvieron previamente planificadas.
Actuar	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones basada en los resultados obtenidos para lograr mejorar el desempeño.

Fuente: Elaboración propia basado en la ISO 9001-2015.

7.1.3 Principios de la gestión de calidad.

Los principios de la gestión de calidad que maneja la ISO fueron establecidos por el Comité Técnico ISO / TC 176 – Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad, el cual está conformado por diversos expertos internacionales y se fundamenta en la experiencia y el conocimiento de los miembros de dicho comité; estos principios se encuentran plasmados en la norma ISO 9000 – 2015 y la ISO 9004 - 2010.

Dichos principios los debe conocer y adoptar cada organización que busque la implementación de un sistema de gestión de calidad y deseen obtener mejores beneficios para la misma.

A continuación, se mostrarán los principios de la Gestión de Calidad con su respectiva descripción en la tabla 3.

Tabla 3: Principios de Gestión de la Calidad según la norma ISO.

Enfoque al cliente	
Descripción:	Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, por ello se debe satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder las expectativas de dichos clientes.

Continuación de la Tabla 3: Principios de Gestión de la Calidad.

Liderazgo	
Descripción:	Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización, deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual las personas pueden llegar a involucrarse totalmente en el logro de sus objetivos.
Participación de las personas	
Descripción:	Las personas, en todos los niveles, son la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades se utilicen en beneficio de dicha organización.
Enfoque basado en procesos	
Descripción:	Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
Enfoque de sistema para la gestión	
Descripción:	Identificar, entender y gestionar procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
Mejora continua	
Descripción:	La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

Continuación de la Tabla 3: Principios de Gestión de la Calidad.

Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones	
Descripción:	Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información.

Fuente: Elaboración propia basado en la norma ISO 9004 – 2010.

Estos principios los debe conocer y adoptar cada organización que busque la implementación de un sistema de gestión de calidad y desee obtener mejores beneficios para la misma enfocándose en lograr una mejora continua.

7.1.4 Acciones correctivas, preventivas y de mejora

Las acciones correctivas, preventivas y de mejora se toman al interior de una organización al momento de encontrarse una no conformidad o incumplimiento de un requisito. Como dice Camisón, Cruz y González²⁶, las acciones correctivas se implementan con el fin de devolver el proceso a su zona de conformidad cumpliendo los estándares preestablecidos.

Las no conformidades son un punto clave al hablar de acciones correctivas y preventivas; una no conformidad es “el incumplimiento de un requisito”²⁷, la norma ISO 9000 define que un requisito es “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”²⁸. Lo que la ISO 9000 quiere exponer es que al tener establecidos los requisitos cualquier incumplimiento que se presente se maneje como una no conformidad y estas darán hincapié para el inicio del desarrollo de la implementación de acciones correctivas y/o preventivas.

Este tipo de acciones son un punto clave para que las organizaciones puedan lograr el éxito sostenido, pero, qué son las acciones correctivas, preventivas y de mejora, estas son explicadas en la norma ISO 9000 – 2015 y se evidenciarán en la siguiente tabla.

Tabla 4: Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora según la ISO 9000.

Corrección.	Acción para eliminar una no conformidad.
-------------	--

²⁶ CAMIÓN, César; CRUZ, Sonia y GONZALES, Tómas. Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid, Alberto Cañizal, 2006. p. 230.

²⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario. ISO 9000. Bogotá D.C. El Instituto: 2015. 20p.

²⁸ Ibid., p. 20.

Continuación de la Tabla 4: Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora según la ISO 9000.

Acción preventiva.	Acción tomada para eliminar la causa de una <i>no conformidad</i> potencial u otra situación potencial no deseable.
Acción correctiva.	Acción para eliminar la causa de una <i>no conformidad</i> y evitar que vuelva a ocurrir.
Mejora.	Actividad para mejorar el desempeño.

Fuente: Elaboración propia basado en la norma ISO 9000 – 2015.

La tabla 5 muestra la funcionalidad de las acciones que se toman al identificar una no conformidad, incumplimiento de un requisito o una falla entre otros, dentro de un proceso.

Tabla 5: Funcionalidad de las acciones correctivas y preventivas.

	Se realiza para	Se debe actuar	Porque se toma
Corrección	Eliminar la no conformidad	Enseguida que se presenta la no conformidad	Para corregir y brindar una solución temporal
Acción correctiva	Eliminar la causa de la no conformidad	Se realiza después de realizar un análisis e identificación	Para eliminar el origen de la no conformidad y brindar una solución permanente
Acción preventiva	Eliminar la causa de una no conformidad potencial	Cuando se identifica que se puede presentar una no conformidad	Para la prevención

Fuente: Elaboración propia.

Las acciones correctivas y preventivas son elementos básicos para la metodología de la mejora continua en las organizaciones; una acción correctiva es completamente diferente a una preventiva y está suele ser una confusión común al momento de la implementación de dichas acciones en los sistema de gestión en las organizaciones; Rico²⁹ expone que se debe ejecutar una acción correctiva cuando ya ha sucedido la no conformidad, mientras que una acción preventiva se ejecuta cuando aún no ha ocurrido la no conformidad pero se cree que podría suceder.

Para la identificar cuándo se deben tomar acciones correctivas y preventivas (oportunidades de mejora) existen diversas fuentes. Las fuentes básicas de información para detectar la implementación de acciones correctivas y preventivas están expuestas en la tabla 6.

Tabla 6: Fuente para tomar acciones correctivas y preventivas.

Fuente	Descripción
Producto/servicio No conforme	Se originan cuando a criterio de los responsables de proceso se requiere tomar una acción correctiva para prevenir que vuelva a generar un producto y/o servicio no conforme.
Auditorias	Se originan como resultado de las no conformidades provenientes de auditorías de: <ul style="list-style-type: none"> - Primera parte (internas) - Segunda parte (las que nos realizan nuestros clientes) - Tercera parte (empresas asesoras) Se manifiestan como observaciones, no conformidades, desviaciones, fallas y aspectos a mejorar.
Medición y/o seguimiento	Se originan como resultado del seguimiento que se realiza en los procesos. Y cuando se presenta un indicador en rojo. Se puede identificar cuando: El Indicador muestra una tendencia a la baja, cuando el Indicador muestra que se incumple la meta establecida en un período y cuando el Indicador muestra que incumple repetitivamente la meta.

²⁹ GÓMEZ, Nacho. Acciones correctivas y preventivas según ISO 9001:2008[en línea]. Hedera consultores. Madrid. (9 de julio de 2009). [consultado el 20 de febrero de 2018]. Disponible en internet: <http://hederaconsultores.blogspot.com.co/2009/09/acciones-correctivas-y-preventivas.html>.

Continuación de la Tabla 6: Fuente para tomar acciones correctivas y preventivas.

Investigación del cliente	Encuestas de satisfacción
Revisión por la dirección	Se originan como resultado de la revisión por la Dirección, por medio de recomendaciones de mejora.
Otro	Se origina como resultado de las no conformidades provenientes de las auditorias del ente certificador, recomendaciones de entes externos, resultados de referenciación competitiva, riesgo de incumplir un requisito, incumplimiento de un requisito legal. Una vez superada una situación de emergencia (de acuerdo con planes de emergencia Ambientales y de Salud Ocupacional) entre otros.

Fuente: Elaboración propia elaborado a partir de la norma ISO 9001-2015.

La ISO 9001-2015 plantea en el punto 10.1 que “La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir con los requisitos del cliente aumentando la satisfacción del cliente”³⁰.

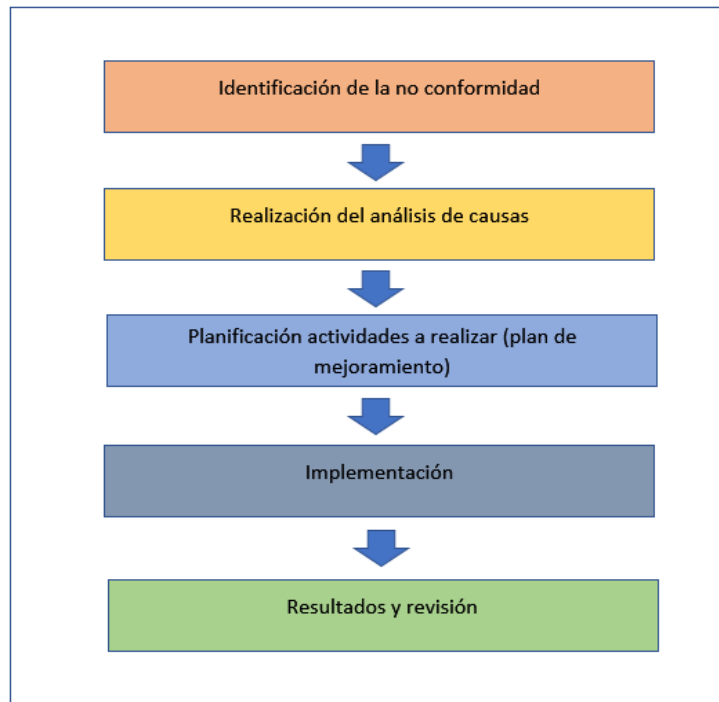
Los “pasos” que se suelen seguir generalmente para poner en desarrollo acciones correctivas y preventivas son:

- **Identificación de la no conformidad:** Las diferentes fuentes para identificar las no conformidades, incumplimientos y fallas en los procesos se realiza con base en la información que se encuentra en la tabla 6 y a partir de esta información se toma una acción correctiva o preventiva.
- **Realización análisis de causas:** Se analizan las posibles causas que originan la no conformidad, para lograr implementar la acción correctiva o preventiva más eficaz con el fin de no volver a cometer la no conformidad identificada.
- **Planificación actividades a realizar (Plan de mejoramiento):** De acuerdo con el resultado del análisis de causas se definen las siguientes acciones a proceder; la planificación de cómo deben ser desarrolladas, el tiempo de planeación de ejecución y los recursos necesarios para dicha ejecución, Estos son algunos de los factores que se tienen en cuenta para la planeación de las actividades y la realización de las acciones correctivas y/o preventivas.

³⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario. ISO 9001. Bogotá D.C. El Instituto: 2015. 23p.

- **Implementación:** Se llevan a cabo de acuerdo con las actividades que se planearon.
- **Resultados y revisión:** Se registran y se evalúan las actividades que se hayan llevado a cabo y se comprueba que tan eficaces resultaron y si se logró eliminar las causas que originaron la posible no conformidad manifestada.

Ilustración 4: Pasos para el desarrollo para la toma de acciones correctivas y preventivas (de mejora).



Fuente: Elaboración propia.

“La importancia de tener un sistema de calidad documentado en manuales de calidad y de procedimientos estriba en que garantiza una política de calidad, procesos estandarizados, seguimiento de defectos, acciones correctivas y revisiones periódicas del sistema. La documentación del sistema también aporta una base para la mejora.”³¹ Lo anterior enmarca la importancia de contar con procedimientos y otros documentos que pueden ser indispensables para el área de calidad de la organización, al igual que la toma de acciones correctivas dentro de esta. Por lo tanto, una entidad que se encuentra regulada por entes más grandes y que frecuentemente este sometida a distintas auditorias, ya sean externas e

³¹ Ibid., p. 235.

internas, es necesario la inclusión de procedimientos que propicien información precisa para la toma de acciones correctivas y preventivas que promueven a la realización de un seguimiento minucioso.

7.1.5 Herramientas de calidad

Las herramientas de calidad que se exponen dentro de este trabajo son técnicas o métodos que permiten identificar y analizar las causas de un problema, situación o evento que se desarrolle dentro de la organización, dichas herramientas fueron seleccionadas por su fácil manejo y construcción, también porque resulta sencillo al momento de ser explicada a un grupo de empleados. Por otra parte, estas apoyan la toma y aplicación de acciones correctivas y preventivas de una manera más eficaz.

Lluvia de ideas.

La técnica de lluvia de ideas es muy utilizada y se usa generalmente en distintas áreas para originar distintos conceptos, palabras y enfoques entre otros, por tal razón: “La lluvia de ideas es una técnica para presentar los criterios de las personas interesadas en solucionar problemas o mejorar procesos”³², el proceso de lluvia de ideas debe ser lo más ordenado posible y debe de seguir una secuencia de pasos así como los planteados por el autor Humberto Gutiérrez para generar el mejor resultado posible, los pasos están expuestos en la tabla 7.

Tabla 7: Pasos para el desarrollo de la lluvia de ideas.

Pasos para el desarrollo de la lluvia de ideas.	
Paso 1	Escribir el enunciado del tema, de forma visible para todos durante la sesión, explicar las reglas conceptuales, cada asistente puede decir aquello que se le ocurra sin autocriticarse, ningún asistente critica o comenta las ideas aportadas por el resto de participantes, ningún participante explica sus ideas al aportarlas.

³² GARCIA CAMPANA, María Fernanda. Propuesta de diseño del sistema de gestión de la calidad en eléctricos nacionales (elentrac) según la norma ISO 9001:2000. Proyecto previo a la obtención del título de ingeniero empresarial. Quito. Escuela politécnica nacional. 2007. p. 37.

Continuación de la Tabla 7 Pasos para el desarrollo de la lluvia de ideas.

Paso 2	Preparación atmósfera adecuada. Si el ambiente es tenso, realizar una tormenta de ideas de entrenamiento sobre un tema neutral.
Paso 3	Comienzo y desarrollo de la tormenta de ideas.
Paso 4	Tratamiento de las ideas, eliminar ideas duplicadas, agrupar ideas.

Fuente: Elaboración propia basado a partir del texto de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

Diagrama causa efecto.

Kaoru Ishikawa, uno de los teóricos más importantes del área de calidad profundizó en el control de calidad, además fue un gran influyente sobre cómo se debía realizar la implementación de sistemas de calidad. De todos sus aportes cabe resaltar en el que denota que las herramientas de calidad son utilizadas en la actualidad por las organizaciones para lograr encontrar una solución a los problemas que están impidiendo el funcionamiento óptimo, una de las más conocidas es el diagrama causa - efecto o espina de Ishikawa el cual es usado por las organizaciones para determinar cuáles son las causas de un problema en específico. “el diagrama de causa-efecto, también denominado Diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pez, es una herramienta muy eficaz para desarrollar un análisis estructurado o discusión sobre un problema o tema concreto. Ayuda a la identificación de las posibles causas de un efecto.”³³

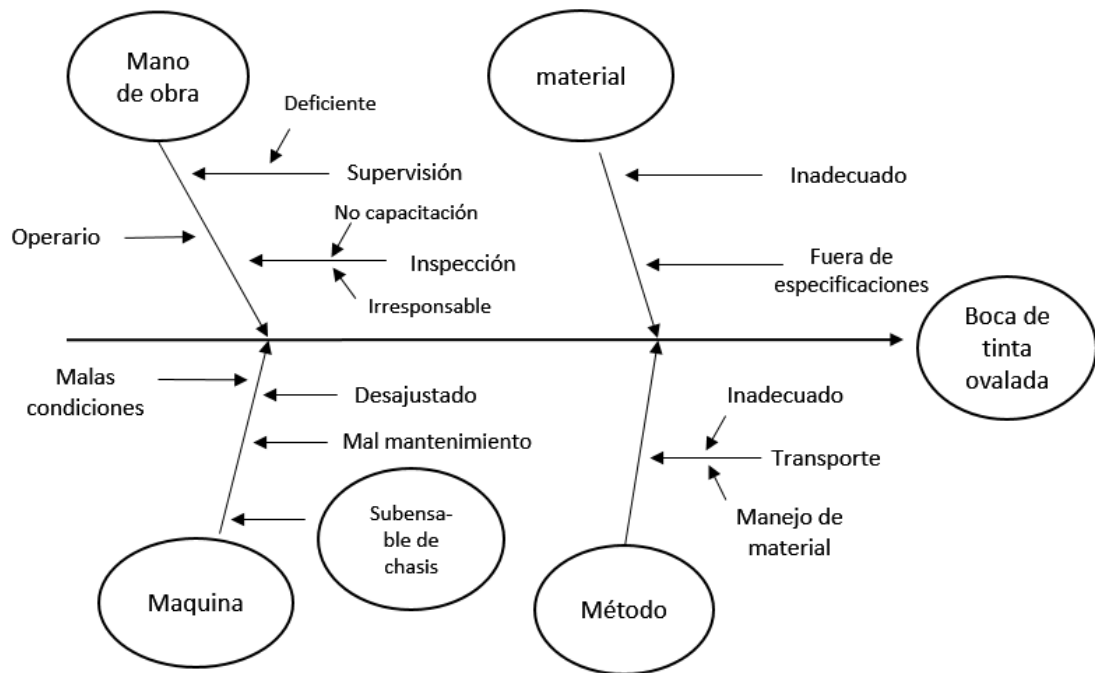
Existen tres tipos de diagramas de Ishikawa como lo plantea Gutiérrez³⁴ y estos se basan en cómo se organiza y se indagan las causas del problema en la gráfica y estos son:

³³ SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 99.

³⁴ GUTIÉRREZ, Humberto. Op. Cit. p. 192.

Método de las 6M: Este método consiste en agrupar las causas en seis ramas que globalizan todo el proceso gracias a esto la causa del problema específico deberá estar relacionada con alguna de las ramas.

Ilustración 5: Diagrama causa-efecto método 6M.

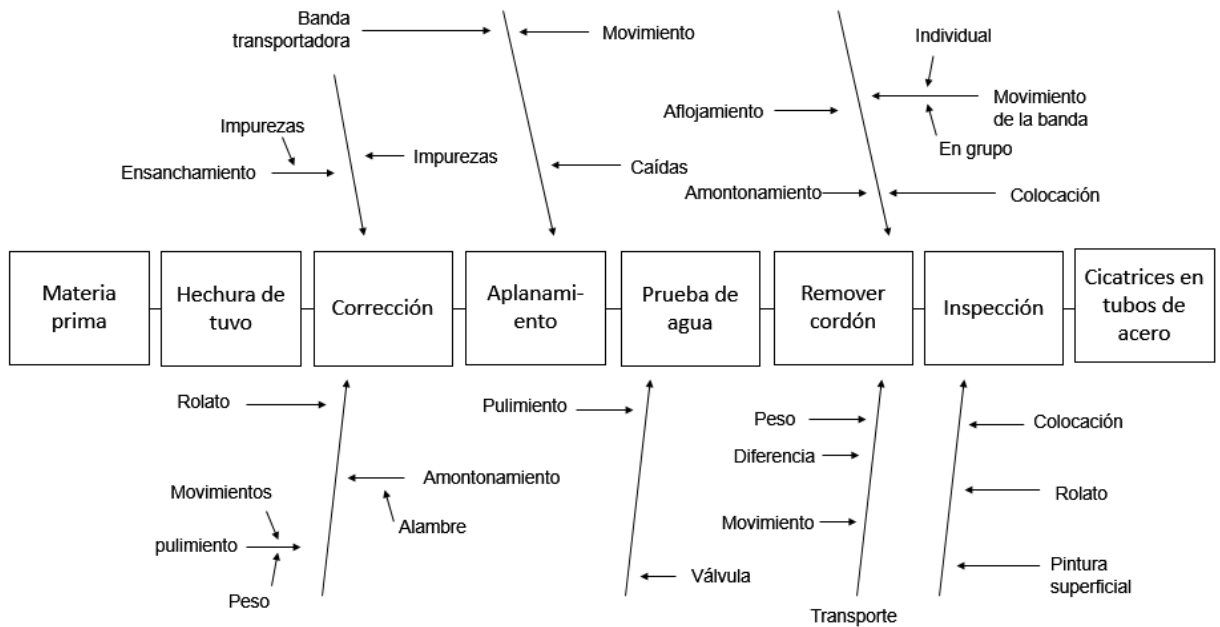


Fuente: Tomado del libro de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

Método de flujo de proceso: Este método consiste en situar en una línea central la secuencia de las etapas del proceso donde se encontró el problema, después se le añaden en ramas los factores que puedan influir en el problema según la etapa del proceso tal como lo muestra la figura 6 “este método permite explorar formas alternativas de trabajo, detectar cuellos de botella, descubrir problemas ocultos, etc.”³⁵.

³⁵ GUTIÉRREZ, Humberto. Op. Cit. p. 196.

Ilustración 6: Diagrama causa-efecto método de flujo de proceso.

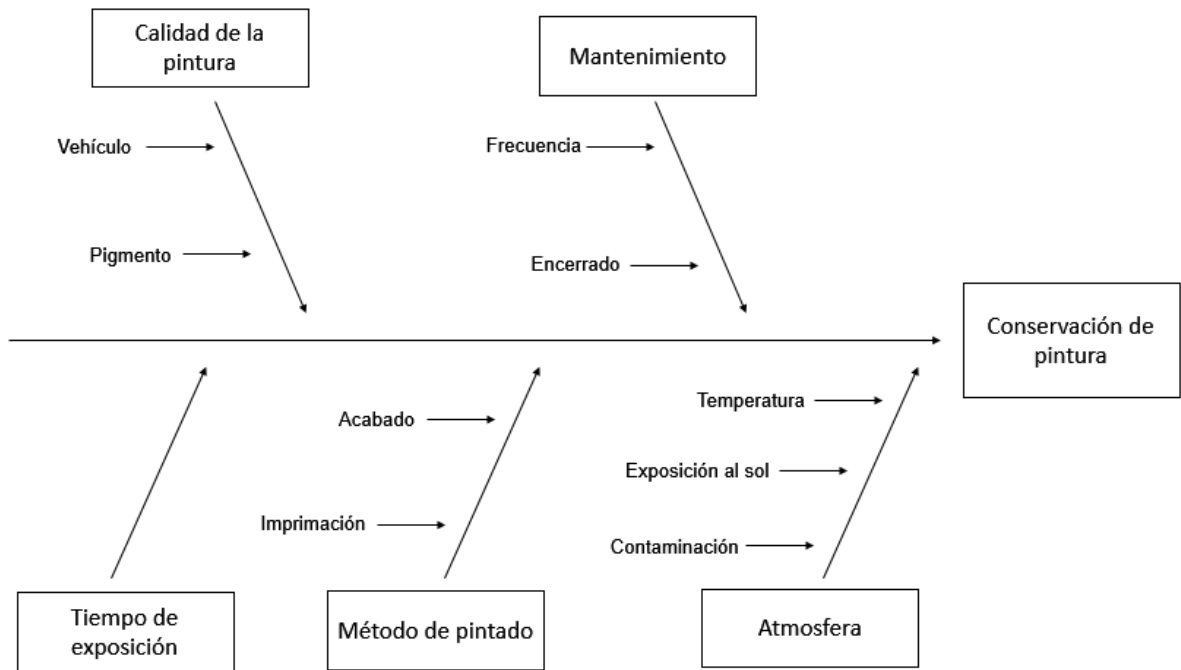


Fuente: Tomado del libro de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

Método de estratificación o enumeración de causas: Este método es el más conocido y usado, consiste en ir directamente a buscar las causas del problema, estas causas no se agrupan como en el método 6M pero se pueden identificar ya sea porque se evidencia directamente el problema o por medio de herramientas como una lluvia de ideas, “con el propósito de atacar causas reales y no consecuencias o reflejos, es importante preguntarse varias veces el porqué del problema, con lo que se profundiza en la búsqueda de las causas y la construcción del diagrama de Ishikawa”³⁶

³⁶ GUTIÉRREZ, Humberto. Op. Cit. p. 197

Ilustración 7: Diagrama causa-efecto método de estratificación o enumeración de causas.



Fuente: Tomado del libro de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

Los pasos para realizar un diagrama de Ishikawa propuestos por el autor Humberto Gutiérrez son expuestos en la Tabla 8.

Tabla 8: Pasos para realizar un diagrama causa-efecto.

Pasos para realizar un diagrama causa-efecto	
Paso 1	Definir sencilla y brevemente el problema (efecto) o fenómeno cuyas causas deben ser identificadas.
Paso 2	Colocar el problema dentro de un rectángulo a la derecha de la superficie de escritura y dibujar una flecha que corresponderá al eje central del diagrama, de izquierda a derecha, apuntando hacia el problema.
Paso 3	Identificar las posibles causas que contribuyen al problema o fenómeno de estudio (se puede utilizar lluvia de ideas)

Continuación de la Tabla 8: Pasos para realizar un diagrama causa-efecto.

Paso 4	Identificar las causas principales e incluirlas en el diagrama (no menos de dos y no más de 6) Identificar las causas o clases de causas más generales en la contribución al problema. Escribirlas en un recuadro y conectarlas con la línea central.
Paso 5	Añadir causas secundarias para cada rama principal identificar las posibles causas principales, incluir las nuevas causas en el diagrama, apuntando a la rama correspondiente.
Paso 6	Añadir causas subsidiarias para las subáreas anotadas, el proceso continuo hasta que se llega a cada rama a la causa raíz, la causa raíz es aquella que es causa del problema que estamos analizando y es controlable.
Paso 7	Comprobar la validez lógica de cada cadena causal.
Paso 8	Conclusión. El resultado es un diagrama ordenado de posibles causas que contribuyen a un problema.

Fuente: Elaboración propia basado a partir del texto de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

Los 5 por que.

La técnica de los 5 porqué o 5W fue introducida originalmente por Toyota Motor Company la empresa fabricante de automóviles japonesa, la cual surgió para lograr identificar la causa principal de una situación problema o evento repetitivo que se pueda presentar dentro de la organización sin tener que recurrir a métodos mucho más complejos como lo es el diagrama de Pareto o el diagrama causa-efecto.

Los 5 porque consiste en la realización de preguntas, como mínimo cinco veces, el porqué de una situación, para lograr esto se debe realizar los siguientes pasos que, aunque no son complejos consta de:

- Realizar una lluvia de ideas respecto al problema.
- Ya identificadas las causas probables se debe empezar a preguntar “Porque”, “Porque ha pasado esto”, “Porque está pasando esto”, etc.
- Se debe continuar preguntando al menos 5 veces ya que de esta manera se busca llegar más a fondo sobre las causas del problema.
- Elaborar una conclusión sobre la(s) causa(s) del problema y determinar si es necesario la elaboración de un plan de mejoramiento.

Esta técnica ayuda a encontrar la(s) causa(s) fundamental(es) o la más probable que ocasionó dicha anomalía y sobre cuál de esta se debe actuar para evitar que vuelva a suceder el mismo problema.

Diagrama de Pareto.

La curva 80-20, distribución ABC, análisis de Pareto o como es más conocido popularmente diagrama de Pareto es una técnica usada en distintos campos desde la economía y administración hasta temas de índole social, es el resultado de estrictos análisis realizados por Vilfredo Pareto que le permitieron establecer que el 80% de las consecuencias de un fenómeno es causado por el 20% de las causas, a esto se le conoce como la regla de Pareto.

El diagrama de Pareto consiste en un diagrama de barras que organiza las causas descendientemente de izquierda a derecha permitiendo identificar cual es el 80% que genera los problemas para poder así concentrarse en su solución. Su objetivo es obtener entre los diferentes factores que contribuyen a un determinado problema, aquellos que tienen más importancia en su contribución a partir de una comparación cuantitativa y ordenada. “El diagrama se sustenta en el llamado principio Pareto, conocido como “la ley 80-20” o “Pocos vitales, muchos triviales”, el cual reconoce que solo unos pocos elementos (20%) generan la mayor parte del efecto (80%); el resto genera muy poco del efecto total.”³⁷

Tabla 9: Pasos para la elaboración del Diagrama de Pareto.

Paso 1: Preparación de los datos	<ul style="list-style-type: none">- Definir el problema cuantificado y medible sobre el que se quiere priorizar.- Disponer de una lista completa de elementos que contribuyan al problema estudiado.- Conocer la magnitud de la contribución de cada elemento o factor al problema estudiado. Para ello hay que hacer una toma de datos o un análisis de datos ya existentes.
----------------------------------	---

³⁷ GUTIÉRREZ, Humberto. Op. Cit. p. 179.

Continuación Tabla 9: Pasos para la elaboración del Diagrama de Pareto.

<p>Paso 2: Cálculo de las contribuciones parciales y totales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar, para cada elemento, la magnitud de su contribución. - Ordenar los elementos de mayor a menor, según la magnitud de su contribución. - Suma de las magnitudes parciales. Calcular la magnitud total del problema como
<p>Paso 3: Calcular el porcentaje y el porcentaje acumulado para cada elemento de la lista ordenada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El porcentaje de la contribución de cada elemento se calcula: $\% = (\text{magnitud del elemento} / \text{magnitud total del problema}) * 100$ - El porcentaje acumulado para cada elemento se calcula sumando a cada elemento de la lista el porcentaje del elemento anterior. - Reflejar los resultados en una tabla.
<p>Paso 4: Trazar y rotular los ejes del diagrama</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En el eje vertical izquierdo se representa la magnitud de cada factor (De 0 al valor del problema total) - En el eje horizontal se representan los diferentes factores. - En el eje vertical derecho se representa la magnitud de los porcentajes acumulados de cada factor.
<p>Paso 5: Dibujar el gráfico de barras que representa el problema de cada factor contribuyente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La altura de cada barra es igual a la contribución de cada elemento tanto medida en magnitud, por medio del eje vertical izquierdo, como en porcentaje, por medio del eje vertical derecho.
<p>Paso 6: Trazar el gráfico lineal de porcentajes acumulado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marcar sobre cada factor el punto correspondiente a su porcentaje acumulado. • Unir los puntos con segmentos rectilíneos
<p>Paso 7: Separar los elementos “pocos vitales” de los “muchos vitales”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trazar una línea que separe el diagrama en dos partes, basándose en el cambio d inclinación de los segmentos. • Identificar los elementos “pocos vitales” que quedan a la izquierda línea.

Continuación Tabla 9: Pasos para la elaboración del Diagrama de Pareto.

Paso 8: análisis	<ul style="list-style-type: none">• Analizar la grafica
------------------	---

Fuente: Elaboración propia, a partir del texto de Gutiérrez Pulido, Humberto. Calidad total y productividad.

7.1.6 Indicadores

Según la Real Academia Española de la Lengua la palabra “Indicador” significa, “Que indica o sirve para indicar”. Proviene del latín “Indicare”, significa: “Mostrar o significar algo, con indicios y señales”.

Una de las tantas funciones de las organizaciones es monitorear constantemente las actividades que se realizan dentro de ella y los indicadores de logros son un claro reflejo que muestra si se está dando el cumplimiento de la misión, los objetivos y las estrategias de dicha organización, cuando esta carece de un medidor que indica el lugar donde se encuentra el error, ya sea en el proceso como en el resultado final, lo más probable es que el fracaso vuelva a repetirse. Cabe resaltar que dentro de los procesos de auditoria; los cuales son aquellos que están obligados a cumplir los hospitales en Colombia y que están enmarcados en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, uno de los ítems que se valoran en mayor medida son si cada proceso tiene su respectivo indicador y si este presenta su respectiva medición.

“Un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización, mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos o internos”³⁸ según lo anterior el seguimiento a una acción que se ejecuta permite conocer si se logró el objetivo de la misma o si es preciso tomar medidas y realizar un análisis para determinar el porqué la acción no logro cumplir con su objetivo.

Los indicadores deben permitir mostrar el desarrollo de un proceso de la manera más precisa y segura posible, “los indicadores en una organización deben ser fiables; es decir, en idénticas situaciones deben proporcionar el mismo resultado, y válidos, es decir, medir aquello que se quiere medir”³⁹

³⁸ Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas AECA (2000), "Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas". Documento N°16, Madrid

³⁹ SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 44.

Los indicadores pueden ser valores, estadísticas, unidades entre otros, y la importancia de estos radica en que pueden establecer el cumplimiento o logro de las estrategias de la organización. Beltrán, señala que “los indicadores de gestión son, ante todo, información, es decir agregan valor, no son solo datos”⁴⁰, contextualizando lo anterior la información se convierte en una herramienta esencial para poner en marcha acciones, ya sean correctivas o preventivas para poder dar cumplimiento a las estrategias u objetivos que tenga planteado la organización.

Los indicadores evidencian el desempeño y brindan información para realizar ajustes o aprobar una actividad, pero no son el fin como lo señala Beltrán. Los indicadores no son un fin sino el medio, se cree que al lograr el cumplimiento del valor del indicador se alcanzó la meta, pero los indicadores son una guía y apoyo para el control de actividades, objetivos y estrategias entre otros, además, Sangüesa, Mateo y Ilzarbe⁴¹ sugieren que los indicadores de eficiencia deben medir la manera en que un proceso cumple con sus objetivos.

La metodología SMART⁴² determina cinco características básicas claves en el rendimiento que deben tener los indicadores de gestión.

La siguiente tabla muestra las cinco características de la de la metodología SMART con su respectiva descripción

Tabla 10: Metodología SMART.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Específico (Specific)	El indicador debe de ser claro para permitir que distintas personas lo interpreten de la misma manera.
Medible (Measurable)	El indicador debe tener un estándar para que sea posible medir el valor real.
Realizable (Achievable)	El indicador debe estar delimitado en las áreas de acción con el fin de que sea realizable.

⁴⁰ BELTRAN, Jesús. Indicadores de gestión -Herramientas para lograr la competitividad. 2 ed. Bogotá DC. 3R Editores, 1998. 36 p.

⁴¹ SANGÜESA, MATEO y ILZARBE, Op. Cit., p. 44.

⁴² LEAD LIGHT. The KPI SMART RULE. Obtenido de Lead light technologies. [Consultado el 04 de enero del 2018] Disponible en internet: <http://lltcorp.com/content/kpi-s-m-r-t-rule>.

Continuación Tabla 10: Metodología SMART.

Pertinente (Relevant)	El indicador debe brindar más información sobre el desempeño de la organización.
Dimensionado en el tiempo (Time phased)	Es importante expresar el valor del indicador en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia basado en la página web <http://l1tcorp.com/content/kpi-s-m-r-t-rule>.

El valor agregado que tienen algunos indicadores radica en las decisiones que se puedan tomar de acuerdo con la información que este brinde, el beneficio de ciertos indicadores que no brindan una información útil para la toma de decisiones debe ser replanteados o simplemente deben ser removidos.

La principal ventaja obtenida del uso de indicadores de gestión “se resume en la reducción drástica de la incertidumbre, de la angustia y la subjetividad, con el consecuente incremento inmediato de la efectividad de la organización y el bienestar de los trabajadores.”⁴³ algunas de las ventajas generadas del uso de indicadores de gestión según Beltrán son:

- Ayudar al crecimiento personal y la mejora del personal de la organización.
- Motivar a los miembros de la organización para lograr metas más desafiantes generando un proceso de sostenimiento continuo para que su proceso sea líder.
- Fomentar e inducir el trabajo en equipo.
- Originar procesos de innovación y crecer en aspectos del trabajo a diario.⁴⁴

⁴³ BELTRAN. Op. Cit., p. 44.

⁴⁴BELTRAN. Op. Cit., p. 44.

7.2 MARCO LEGAL

Las siguientes leyes son las que conciernen sobre el tema de gestión de calidad el cual encierra todos los procesos sobre acciones correctivas, preventivas y de mejora, además también se denotan leyes que van ligada a estos procesos como lo es MECI (Modelo Estándar de Control Interno).

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

ARTICULO. 227. – “Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.”⁴⁵

La ley 100 dio un cambio a la salud del país buscando garantizarle a la población calidad de vida. Esta ley introdujo el concepto de calidad en la atención en salud, dando directrices para la evaluación y control del servicio de salud que se le debe prestar a la población colombiana. La calidad en el servicio se vuelve un tema importante dentro las diversas entidades y Dio el primer paso para el surgimiento de diferentes normas, leyes y procedimientos y lo que conocemos hoy en día como lo sistemas de gestión de la calidad en salud.

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1º.- Definición del control interno. Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

Artículo 9º.- Definición de la unidad u oficina de coordinación del control interno. Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia,

⁴⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. No 41148. P. 1-168.

eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Parágrafo. - Como mecanismos de verificación y evaluación del control interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.⁴⁶

La ley 87 de 1993 establece que debe existir un control interno dentro de las entidades del estado y crea la normativa para éste, con el fin de vigilar que todas las actividades que se realizan al interior de la entidad se realicen de acuerdo con las normas vigentes.

La persona que se le encargue la tarea del control interno de una entidad debe realizar unas auditorías internas, auditando a los diferentes procesos que se desarrollen en la entidad; como resultado de estas auditorías puede haber hallazgos y estos generar una acción correctiva, preventiva o de mejora.

Le ley determina que el control interno debe promover la correcta ejecución de las funciones y actividades realizadas en la entidad buscando el logro de los objetivos de la entidad.

Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

A los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata este decreto.

⁴⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 87. (29, noviembre, 1993). Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993, no. 41120.

Artículo 7. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como componentes:

1. El Sistema único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Artículo 36. De la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Artículo 37. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoría interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
3. Auditoría externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Artículo 38. Tipos de acciones. El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.⁴⁷

Este decreto define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, el cual aplica para todas las entidades prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud, entre otras.

Uno de los componentes del sistema de calidad para las entidades que plantea este decreto se centra en la auditoría para la mejora de la calidad de la atención de salud; estas auditorías tienen como finalidad evaluar el cumplimiento de estándares de calidad dentro de las entidades.

Este decreto determina los niveles de operación de las auditorías los cuales son: auditoría de autocontrol, interna y externa. Estas auditorías se realizan con el fin de detectar falencias dentro de los procesos las cuales se reportan como hallazgos; como respuesta a estos hallazgos el decreto define que acciones se deben realizar para corregirlos, se definen 3 tipos de acciones: preventivas, de seguimiento y coyunturales.

Todas las entidades de salud deben realizar acciones al identificar hallazgos en las distintas auditorías que se pueden presentar.

⁴⁷ COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2309. (15, octubre, 2002). Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario oficial. Bogotá, D. C., 2002. no. 44967.

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.

Artículo 1º. Creación del sistema de gestión de la calidad. Créase 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. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

Artículo 5º. Funcionalidad. El sistema debe permitir:

- a) Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios;
- b) Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas;
- c) Registrar de forma ordenada y precisa las estadísticas de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas adoptadas;
- d) Facilitar control político y ciudadano a la calidad de la gestión de las entidades, garantizando el fácil acceso a la información relativa a los resultados del sistema;
- e) Ajustar los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de la calidad.

Artículo 6º. Normalización de calidad en la gestión. En la reglamentación del sistema de gestión de la calidad el Gobierno Nacional expedirá, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigor de la presente ley, una norma técnica de calidad en la gestión pública en la que podrá tener en cuenta las normas técnicas internacionales existentes sobre la materia.

La norma técnica expedida por el Gobierno deberá contener como mínimo disposiciones relativas a:

1. Los requisitos que debe contener la documentación necesaria para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad, la cual incluye la definición de la política y objetivos de calidad, manuales de procedimientos y calidad necesarios para la eficaz planificación, operación y control de procesos, y los requisitos de información que maneje la entidad.
2. Los mínimos factores de calidad que deben cumplir las entidades en sus procesos de planeación y diseño.
3. Los controles de calidad mínimos que deben cumplirse en la gestión de Recursos Humanos y de infraestructura.
4. Los controles o principios de calidad mínimos que deben cumplirse en el desarrollo de la función o la prestación del servicio y en los procesos de comunicación y atención a usuarios destinatarios.
5. Las variables mínimas de calidad que deben medirse a través de los indicadores que establezca cada entidad, en cumplimiento del párrafo 1° del artículo 4° de esta ley.
6. Los requisitos mínimos que debe cumplir toda entidad en sus procesos de seguimiento y medición de la calidad del servicio y de sus resultados.
7. Los objetivos y principios de las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezcan cada entidad.

En ningún caso el decreto que expida la norma técnica podrá alterar ni desarrollar temas relativos a la estructura y funciones de la administración, al régimen de prestación de servicios públicos, al estatuto general de contratación de la administración pública, ni aspectos que pertenezcan a la competencia legislativa general del Congreso. Cada entidad definirá internamente las dependencias y funcionarios que de acuerdo con sus competencias deban desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad, sin que ello implique alteración de su estructura o tamaño.⁴⁸

⁴⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 872 (30, diciembre, 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. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45418. p.

Con la ley 872 se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama del poder público y otras entidades prestadoras de servicios, la calidad era un tema tratado en mayoría por las empresas privadas y con esta ley el estado busca aplicar las estrategias de calidad a las empresas del sector público, entre estas se encuentran las E.S.E. (Empresa Social del Estado) como lo es el Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca, por lo cual está debe dar cumplimiento a esta ley.

Con la creación del sistema de gestión de calidad para las entidades del sector público se busca evaluar a las entidades en aspectos de desempeño en términos de calidad; el enfoque que las empresas le deben dar al sistema de gestión de la calidad debe estar basado en los procesos internos de cada entidad.

Esta ley determina la funcionalidad del sistema de gestión de la calidad y específicamente para este trabajo el artículo 5 de dicha ley trata sobre la detección y corrección de las desviaciones que se pueden presentar en los procesos, dichas correcciones se realizan a través de acciones correctivas, preventivas o de mejora, cada entidad elabora y estructura un mecanismo de detección y operación para estas acciones de acuerdo con sus necesidades.

Por último, la ley 872 establece lo mínimos parámetros para implementar el sistema de gestión de la calidad, uno de estos parámetros nos determina que las entidades deben tener la documentación necesaria para que funcione correctamente el sistema de gestión de la calidad como lo son los objetivos y política de calidad de la entidad, manuales, procedimientos entre otros; en estos procedimientos se debe establecer cómo se debe desarrollar una actividad de manera correcta y sistematizada. Otro de estos parámetros trata de los objetivos y los principios que se deben establecer para la ejecución acciones de mejoramiento, correctivas y preventivas.

Decreto 4110 de 2004. Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Artículo 1°. Adoptase la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004, la cual determina 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;

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004 es parte integrante del presente decreto, de obligatoria aplicación y cumplimiento, con excepción de las notas que expresamente se identifican como de carácter informativo, las cuales

se presentan a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente.⁴⁹

Este decreto tiene especial relevancia para esta propuesta ya que está reglamenta la ley 872 del 2003 y adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública.

La norma técnica de calidad en la gestión pública NTC 1000 2004(*) especifica los requisitos para lograr la adecuada implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicada al sector público y entidades prestadoras de servicios en Colombia.

DECRETO 4485 DE 2009. Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Artículo 1°. Adoptase 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.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000 versión 2009 es parte integrante del presente decreto, de obligatoria aplicación y cumplimiento, con excepción de las notas y los cuadros de orientación los cuales expresamente se identifican como de carácter informativo.

Artículo 2°. Los organismos y entidades a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003 dentro del año siguiente a la publicación del presente decreto, deberán realizar los ajustes necesarios para adaptar sus procesos a la nueva versión de la norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009.

Vencido el término del año señalado en el presente artículo, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, las certificaciones y las renovaciones de las mismas deberán efectuarse de conformidad con la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 Versión 2009.⁵⁰

⁴⁹ COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Decreto 4110 (9, diciembre, 2004). Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45761.

* Esta norma ya ha sido actualizada en el 2009 y para esta propuesta se toma la versión más actualizada.

⁵⁰ COLOMBIA. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. Decreto 4485 (18, noviembre, 2009). Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2009. no. 47538.

La NTC 1000 se realizó con el fin de que las entidades del sector público puedan mejorar su desempeño y lograr que sus servicios sean mejores para sus clientes.

La norma determina los requisitos mínimos para lograr establecer el sistema de gestión de calidad, dicha norma es de obligatoria aplicación como lo dice la ley 872. Con la última actualización las entidades deben adaptar sus procesos de acuerdo con los cambios dados en esta.

Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Ley 100 de 1993.	Introduce el concepto de calidad a la prestación del servicio de salud en Colombia	Se estableció de una manera muy general y tuvieron que formularse más leyes para lograr una mejor implementación de la calidad en los servicios de salud.	Da el primer paso para emplear conceptos de calidad en los servicios de salud en Colombia.	

Continuación Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Ley 87 de 1993.	Con la implementación de la normativa para el control interno se mejorará la realización de las actividades dentro de las entidades ya que una de las finalidades del control interno es buscar la mejora de los procesos.	Las auditorías por parte de control interno busca identificar desviaciones en los procesos entre otros. Pero la severidad de las acciones que se deben tomar al respecto de estas auditorías son responsabilidad del líder del proceso y esto se puede prestar para que las auditorías no sean tomadas en cuenta o no se llegue a una mejora satisfactoria de los hallazgos.	Permite identificar posibles desviaciones y falencias en los procesos internos de las entidades.	

Continuación Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Decreto 2309 de 2002.	Define cuales son las auditorias que se deben realizar en las entidades prestadoras del servicio de salud, y brinda las acciones que se deben realizar al momento de identificar la desviación y/o falencias en los procesos de las entidades.	Para las entidades de salud la presión por las diferentes auditorias puede causar molestias y sobre cargas a los colaboradores de la misma. Con este decreto se abre la puerta a la realización de más auditorias.	Al determinar que tipo de acciones se deben tomar al identificarse un hallazgo en una auditoria hace que se pueda corregir de manera una más eficiente.	

Continuación Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Ley 872 de 2003.	Con la creación del sistema de gestión de la calidad en el sector público se busca mejorar en los diferentes procesos dentro de las entidades. Generando un mejor servicio y satisfacción en los usuarios.	La implementación de un sistema de gestión de la calidad es un proceso de largo desarrollo y la sincronización de las áreas para lograr una eficiente colaboración para dar cumplimiento a lo establecido en la ley puede ser una tarea ardua.	Con la implementación del sistema de gestión de la calidad en las empresas del sector público se abre la posibilidad de generar más empleo y se alza la demanda de personal especializado en calidad.	

Continuación Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Decreto 4110 de 2004	Con este decreto se adoptó la norma técnica de calidad en la gestión pública y esta norma brinda la información y los requisitos necesarios para lograr implementar un sistema de gestión de calidad para las entidades del sector público.	Algunos requisitos de la norma son difíciles de adoptar en algunas entidades.	Con la NTC 1000 la calidad en los servicios y procedimientos en las entidades del sector publico van a mejorar buscando siempre dar un servicio de calidad.	

Continuación Tabla 11: Matriz de impacto legal.

NORMA	VENTAJA	DESVENTAJA	IMPACTO	
			POSITIVO	NEGATIVO
Decreto 4110 de 2004.	Con la actualización de la norma NTC 1000 las entidades públicas pueden mejorar sus procesos y brindar un mejor servicio a sus clientes.	Con la actualización se buscó también que el cumplimiento de los requisitos fuera más sencillo, pero sigue siendo una norma complicada para su completa implementación.	Al actualizar la norma se corrigen algunos puntos que presentaron dificultades en su versión anterior.	

Fuente: Elaboración propia.

8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de este trabajo se desarrolla inicialmente con una breve presentación del Hospital Gonzalo Contreras de la Unión Valle, posterior a esto se continua con la elaboración de las matrices de evaluación de factores externos e internos, siendo estas relevantes para la investigación debido a que los factores externos permiten detectar las oportunidades y amenazas que se puedan presentar en la entidad y a su vez los factores internos permiten identificar y evaluar las fortalezas y debilidades de la misma, como acontecimiento final se emplea el desarrollo del benchmarking, el cual permite realizar la comparación con otras entidades de salud para luego verificar si la entidad está en corriente con respecto a los ítems que se plantean en el benchmarking.

8.1 COMPONENTES TEÓRICOS DE LAS HERRAMIENTAS APLICADAS DENTRO DEL DIAGNÓSTICO

Es importante resaltar la base teórica que presenta cada una de las herramientas empleadas para el desarrollo del diagnóstico de la entidad, por lo que se hace pertinente realizar una contextualización y descripción general de los componentes teóricos de cada una, dichas herramientas se encuentran señaladas en la metodología como fuente de información secundaria. Esto surge con el fin de dar un sustento teórico que permita conocer a fondo el porqué de su implementación y análisis.

8.1.1 Matriz de evaluación de factores internos (MEFI)

La matriz de evaluación de factores internos (EFI) es una herramienta que permite sintetizar y a su vez evaluar las fortalezas y debilidades más significativas descubiertas en áreas funcionales de una organización. El uso de esta herramienta permite ofrecer un diagnóstico interno de la organización en este caso del Hospital Gonzalo Contreras. Fred David plantea que se “deben identificar y evaluar las fortalezas y las debilidades internas para formular y elegir entre alternativas de estrategias con eficacia.”⁵¹

No tiene gran relevancia el número de factores que se puedan incluir en la matriz EFI, ya que el resultado total ponderado puede tener una oscilación con un resultado bajo de 1.0 hasta un resultado alto de 4.0, teniendo en cuenta que el resultado promedio del valor ponderado es de 2.5 al igual que en la matriz EFE, los resultados totales ponderados que se encuentren por debajo de 2.5 indicarían que la organización evaluada tiene debilidades internas mientras que un resultado por encima de 2.5 indica que la organización cuenta con una fuerte posición interna. “una matriz EFI debe incluir de diez a 20 factores clave. El número de factores no

⁵¹ DAVID. Op. cit., p. 151

produce ningún efecto en el total de los puntajes de valor porque los valores suman siempre 1.0.”⁵²

Elaborar una correcta formulación y desarrollo de la matriz EFI adquiere gran importancia porque gracias a esta matriz se pueden conocer aspectos como capacidades, recursos entre otros con que cuenta la organización para generar soluciones a problemáticas o deficiencias que se estén presentando o se puedan presentar en un futuro. Los resultados que arroja la matriz EFI permiten evaluar el estado interno actual de la organización, realizar estrategias y tomar acciones para aprovechar las fortalezas que posee la organización y poder compensar y corregir las debilidades generando una mejora en el desarrollo interno de la organización.

8.1.2 Matriz de evaluación de factores externos (MEFE)

La matriz de evaluación de factores externos permite “resumir y evaluar la información económica, social, cultural, demográfica, ambiental, política, gubernamental, legal, tecnológica y competitiva.”⁵³ Calculando los resultados a través de las amenazas y oportunidades que se puedan identificar en el entorno que envuelve a la organización en este caso el Hospital Gonzalo Contreras.

El número de factores que se pueden incluir en la matriz no tiene gran relevancia porque el resultado total ponderado podrá tener una oscilación entre el resultado más alto posible que es 4.0 y el más bajo que es 1.0. el promedio del valor ponderado de la matriz EFE es de 2.5.

“Un puntaje de valor ponderado total de 4.0 indica que una empresa responde de manera sorprendente a las oportunidades y amenazas presentes en su sector; en otras palabras, las estrategias de la empresa aprovechan en forma eficaz las oportunidades existentes y reducen al mínimo los efectos adversos potenciales de las amenazas externas. Un puntaje total de 1.0 significa que las estrategias de la empresa no aprovechan las oportunidades ni evitan las amenazas externas.”⁵⁴

8.1.3 Benchmarking

El benchmarking es una técnica o herramienta moderna para la administración por calidad y consiste en “proceso sistemático y continuo para evaluar los servicios, los procesos y productos de las organizaciones que son reconocidas como

⁵² DAVID. Op. cit., p. 150.

⁵³ DAVID. Op. cit., p. 110.

⁵⁴ DAVID. Op. cit., p. 111

representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales, es aprender de otros”⁵⁵.

Existe el concepto erróneo de que el benchmarking es copiar o espiar, pero lo cierto es que esta herramienta se usa para generar aprendizaje de las organizaciones que tienen aspectos similares tales como procesos, servicios, entre otros que sean mejores; y con lo aprendido en el estudio del benchmarking se busca generar cambios en la organización teniendo en cuenta que las circunstancias y características para cada una son diferentes.

Tabla 12: Que es y no es un benchmarking.

Es	No es
Un proceso continuo.	Un evento esporádico.
Un proceso de investigación que proporciona información valiosa.	Un proceso de investigación de da respuestas sencillas.
Un proceso para aprender de otros.	Copiar.
Un trabajo que demanda tiempo.	Imitar.
Un trabajo que requiere disciplina.	Rápido.
Una herramienta viable que proporciona información útil para mejorar prácticamente cualquier actividad de negocios.	Una moda.

Fuente: tomado de Aldana de Vega, Luz Angela, et al Administración por calidad. 2010.

Según los autores del texto Administración por calidad existen tres tipos de benchmarking y se elaboran de acuerdo con el enfoque, estos pueden ser:

Benchmarking interno: Es aquel que se realiza al interior de la organización, identificando las prácticas dentro de áreas o departamentos y usándolas como referencia para aplicarlas a distintas áreas de la organización buscando resultados favorables.

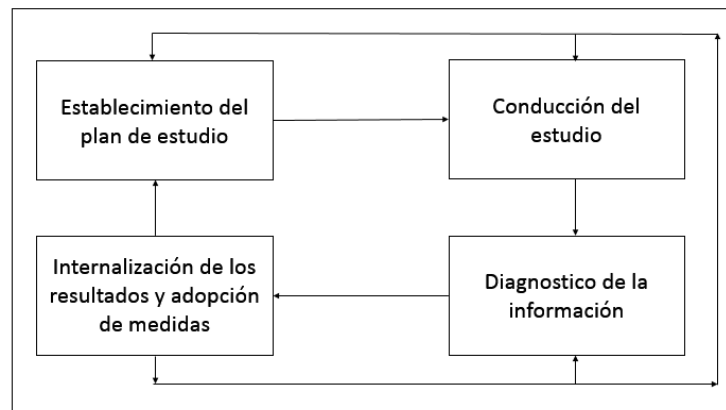
⁵⁵ SPENDOLINI, Michael J. Benchmarking, Citado por ALDANA DE VEGA, Luz Angela, *et al.* Administración por calidad. 1. Ed. Colombia: Alfaomega Colombiana: Universidad de la Sabana, 2010. p. 260.

Benchmarking competitivo: Es el que se realiza con organizaciones competidoras y consiste en identificar factores como productos, procesos, servicios entre otros de la competencia y realizar una comparación con los de la organización.

Benchmarking funcional o genérico: Es aquel que se aplica a cualquier tipo de organización y comprende en la identificación de productos, procedimientos, servicios entre otros para realizar un proceso de comparación y generar un aprendizaje que se pueda aplicar a la organización.

Un benchmarking implica la realización de una evaluación y seguimiento constante a organizaciones competidoras con el fin de identificar lo mejor de ellas como prácticas, procedimientos, servicios entre otros. En la ilustración número 9 se muestran las fases que conlleva la realización de un benchmarking.

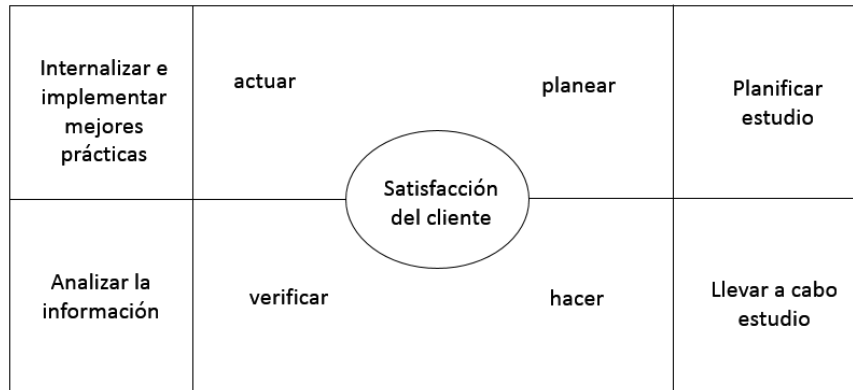
Ilustración 8: Fases del benchmarking.



Fuente: Elaboración propia basado en el libro de Aldana de vega, Luz Angela, et al Administración por calidad. 2010.

El benchmarking es una herramienta que se elaboró con base en los pensamientos e instrumentos generados por grandes teóricos de la calidad, es por esto se adapta con el ciclo de Deming tal como lo muestra la ilustración 10 cada fase del benchmarking es adaptable a un paso del ciclo de Deming siendo el ciclo PHVA uno de los fundamentos para la elaboración de este trabajo.

Ilustración 9: Fases del benchmarking adaptadas al ciclo de Deming.



Fuente: Elaboración propia basado en el libro de Aldana de vega, Luz Angela, et al Administración por calidad. 2010.

Según el autor Betancourt la matriz expuesta a continuación se plantea como acción primordial a la hora de implementar la herramienta del Benchmarking por ello es importante resaltar su definición teórica.

- Matriz de perfil competitivo MPC

La matriz de perfil competitivo (MPC) es una herramienta que permite la identificación de los principales competidores de una organización, “así como sus fortalezas y debilidades específicas en relación con la posición estratégica de una empresa en estudio. Los valores y los puntajes de valor total tanto en la MPC como en la matriz EFE tienen el mismo significado; no obstante, los factores importantes para el éxito en una MPC incluyen aspectos tanto internos como externos.”⁵⁶ Dicho esto cabe aclarar que los factores estudiados en la MPC son mucho más extensos. En la elaboración de una matriz MPC los puntajes de las organizaciones competidoras se comparan con la organización en estudio.

Es importante resaltar que la matriz de perfil competitivo tiene diversas utilidades tales como conocer cuál es la importancia concerniente de los factores en el éxito de la organización en su campo de acción.

Para la elaboración de la matriz de perfil competitivo luego de haber seleccionado los factores clave de éxito el autor Benjamín Betancourt plantea los pasos para la elaboración de la matriz de perfil competitivo.

- Los factores clave de éxito se deberán ubicar en la primera columna de la matriz de perfil competitivo.
- La columna “peso”. En esta columna se registran los pesos de cada

⁵⁶ DAVID. Op. cit., p. 112.

factor, el cual se calcula de acuerdo con su importancia relativa que tenga cada uno de ellos sobre los demás, la suma de los pesos de todos los factores debe ser igual a 1.0 que corresponde al 100%.

- La columna “Valor”. Corresponde a la calificación los analistas les da a las empresas en ese factor, teniendo en cuenta que la escala que se utiliza es de 1 a 4, donde 1 es la peor calificación y 4 la expresa el mejor desempeño de la organización respecto al factor.
- La columna de “valor sopesado”. El valor sopesado se calcula multiplicando el peso en decimales por su valor respectivo, registrando su resultado en esta columna.⁵⁷

Por último, el autor menciona la implementación de gráficas de valor y valor sopesado que complementan la elaboración de la matriz de perfil competitivo inmersa en la herramienta del benchmarking, a continuación, se muestra la base teórica que las determina.

- Gráficas de valor y valor sopesado.

Este tipo de graficas son “una herramienta efectiva en mostrar las diferencias o brechas que existen entre el estado actual y el estado ideal de un factor”⁵⁸, para la realización de las gráficas de valor y valor sopesado el autor Benjamín Betancourt propone siguiente procedimiento:

- El equipo de trabajo recaba información acerca de las organizaciones A; B, C Y D a comparar. Luego, se procede a reunir y verificar los datos sobre factores críticos y determinan las brechas competitivas entre las organizaciones seleccionadas.
- Viene después la elaboración de la matriz de perfil competitivo. Al finalizar su construcción se acotan las columnas de valor de cada organización, las cuales sirven como tabulador, para hacer las gráficas de valor en forma de radar. Igual procedimiento se lleva a cabo con las columnas de valor sopesado.
- La escala para las gráficas de valor -graficas lineales- es de cero (0) al cuatro (4); sin embargo, los valores que se utilizan fluctúan entre 1 y 4; es decir el rango de escala de valor (V) es $1 \leq V \leq 4$.
- La escala para las gráficas de valor sopesado -graficas de superficie- se construyen con los resultados del producto del peso factor (en cifras decimales) por el respectivo valor. El rango de la escala del valor sopesado (Vs): $p \leq Vs \leq t$, en donde:
 $P =$ al menor peso por 1 y

⁵⁷ Betancourt. Op. cit, p. 173- 174.

⁵⁸ Betancourt. Op. cit, p. 174

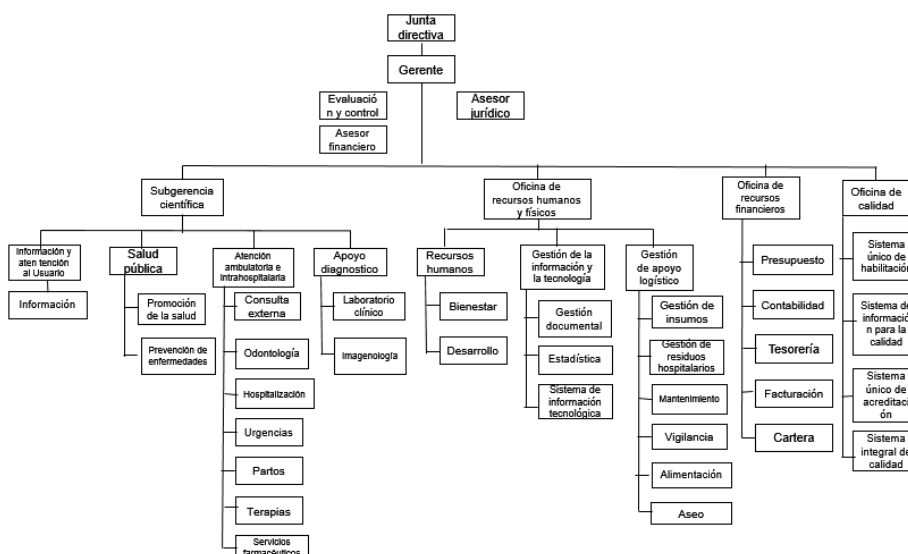
T= el mayor peso por 4⁵⁹

8.2 PRESENTACION DE LA ENTIDAD

Las empresas sociales del estado (E.S.E) se encuentran definidas en el artículo 194 de la ley 100 de 1993 y dice que las E.S.E son “Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos”⁶⁰.

La entidad cuenta con una herramienta grafica (Organigrama) que ilustra la manera en que la entidad se encuentra organizada y se presenta en la ilustración 8.

Ilustración 10: Organigrama Hospital Gonzalo Contreras.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras, oficina de Control Interno.

Las dependencias en las cuales se subdivide la entidad son: Gerencia, Evaluación y control, Asesor jurídico, Asesor financiero, Subgerencia científica, Oficina de recursos humanos y físicos, Oficina de calidad, Información y atención al usuario, Salud pública, Atención ambulatoria e intrahospitalaria, Recursos humanos, Gestión de la información y la tecnología, Gestión de apoyo logístico, Presupuesto, Contabilidad.

La entidad cuenta con una gran cantidad de servicios para ser un hospital de nivel 1, en la siguiente lista se muestran los servicios que ofrece la entidad a sus usuarios:

⁵⁹ Betancourt. Op. cit., p. 177

⁶⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. No 41148. P. 1-168

- Consulta médica general
- Urgencias
- Laboratorio clínico
- Odontología
- Fisioterapia
- Hospitalización
- APS (Atención Primaria en Salud)
- Rayos x
- PYP (Promoción y Prevención)
- Fonoaudiología
- Traumatología
- Terapia respiratoria
- Partos

El Hospital Gonzalo Contreras maneja su oficina de calidad a través de un asesor, esta dependencia se encuentra expuesta en el organigrama de la entidad, la cual comprende 4 procesos que son: Sistema Único de habilitación, Sistema de información para la calidad, Sistema Único de acreditación y Sistema integral de calidad. Estos procesos son manejados dentro de los procesos de calidad estipulados en la norma NTC – GP 1000.

La política de calidad de la entidad plantea la entidad busca garantizar la satisfacción de las necesidades del usuario y su familia, los entes de control, proveedores y comunidad, mediante el seguimiento, mejoramiento continuo y estandarización de nuestros procesos en cumplimiento al marco legal vigente y fortaleciendo el aprendizaje organizacional.

8.3 MATRIZ EFE DEL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS

La matriz EFE se construye a partir de la experiencia generada como practicante de la entidad, en la cual se fueron desempeñadas labores asociadas al área de calidad durante un periodo de 5 meses.

En la tabla 13 se presentan los factores externos clave que se identificaron en el periodo de práctica laboral en la entidad, se muestra las oportunidades y amenazas que se evidenciaron durante dicho periodo gracias a la vinculación directa con el área de calidad, la cual propicia una interacción con todas y cada una de las dependencias y líderes del proceso interno del hospital. Lo anterior promueve una visión global de la misma permitiendo identificar los factores pertinentes para la elaboración de la matriz EFE.

La calificación de cada factor es asignada conforme a la metodología del autor Fred David tomando como base la experiencia generada en el proceso de práctica de la entidad y realizándose de acuerdo con el paso número 3.

Tabla 13: Matriz EFE del Hospital Gonzalo Contreras.

Factores externos clave	Valor	Clasificación	Valor ponderado
<i>Oportunidades</i>			
1. Poca competencia existente en el municipio.	0.20	3	0.6
2. Implementación de procesos de acreditación como servicios de calidad, seguridad y humanización.	0.15	2	0.3
3. Usos de recursos tecnológicos para la mejora de los servicios ofrecidos por la entidad.	0.05	4	0.20
4. Contratación de personal para prestar algunos de los servicios ofrecidos por la entidad de manera extramural (zona rural del municipio, veredas)	0.05	2	0.10
5. La normativa vigente promueve la integración en las redes de prestación de servicios de salud ya que con esto se puede lograr una ampliación en los servicios y fortalecer la sostenibilidad financiera.	0.13	3	0.39

Continuación de la Tabla 13: Matriz EFE del Hospital Gonzalo Contreras.

6. Mejorar la interacción con los entes gubernamentales del municipio para lograr un mejor desarrollo institucional.	0.12	3	0.36
7. La normativa vigente para la entidad favorece la consecución de los objetivos establecidos.	0.06	2	0.12
8. Mejorar el servicio a los usuarios con la utilización de herramientas visuales y didácticas.	0.04	4	0.16
Amenazas			
1. Incumplimiento de proveedores con entregas parciales y/o tardías.	0.06	3	0.18
2. Ser la más grande y casi única entidad prestadora de servicios de salud en el municipio, lo cual puede llegar a afectar el servicio por la creciente demanda.	0.10	2	0.20
3. Negativa percepción de los usuarios respecto a la entidad.	0.04	3	0.12
Subtotal oportunidades			2.23
Subtotal amenazas			0.5
TOTAL	1.0		2.73

Fuente: Elaboración propia.

8.3.1 Análisis e interpretación de la matriz EFE

Para la realización de la matriz EFE se plantearon diversas amenazas y oportunidades del Hospital Gonzalo Contreras, la aplicación de la matriz EFE dio como resultado 2.73, dicho resultado se encuentra por encima del promedio según el promedio establecido por Fred David este resultado determina la importancia que tienen los factores estudiados en cuestión de las acciones y estrategias que se están aplicando en la entidad. Además, muestra que la entidad está actuando de manera adecuada frente a las oportunidades y amenazas que puede afectar o potencializar el funcionamiento de la misma.

La tabla número 13 muestra la matriz EFE para el Hospital Gonzalo Contreras en donde se destaca la competitividad y la demanda creciente de usuarios que solicitan los servicios ofrecidos por la entidad, siendo este según el análisis utilizando la

matriz el factor más importante, ya que puede afectar el funcionamiento y la calidad de los servicios que ofrece el hospital.

Las estrategias que se deben plantear los directivos del hospital se deben orientar a aprovechar las oportunidades y tomar medidas para poder afrontar la amenazas, teniendo en cuenta que el entorno en que se desarrollan las organizaciones en la actualidad se encuentra globalizado, éste puede cambiar drásticamente en poco tiempo, nuevas tecnologías, nuevos competidores, entre otros; son cambios que se pueden dar fácilmente en este medio globalizado donde interactúan a diario en las organizaciones.

La calificación que se le ha dado a cada factor está basada en la experiencia y conocimientos adquiridos durante las practicas dentro de la entidad. Al desarrollar funciones en el área de calidad, se logró generar un panorama sobre lo que lograba o tenía posibilidad de afectar el funcionamiento de la entidad. Dichos factores estudiados (oportunidades y amenazas) pueden afectar o potencializar el desarrollo del hospital; al ser una entidad prestadora de servicios de salud existen factores específicos como la normatividad o la tecnología que, a diferencia de otro tipo de organizaciones, puede tener un impacto tal, que pueda causar el cierre definitivo de la entidad. Puede que en la realización de la matriz EFE en distintas organizaciones se encuentren factores similares ya que hay variables en el entorno que afectan a todas las organizaciones como lo son las normas y leyes, tecnología entre otros, pero de acuerdo con la actividad económica que realice la organización varían los aspectos específicos de cada factor.

Es importante para la entidad realizar un análisis sobre su entorno evaluando las posibles amenazas y oportunidades que éste pueda ofrecer, la identificación de los cambios del medio permite la toma de decisiones adecuadas, realizar ajustes y/o implementar nuevos servicios y procedimientos que posibilite al hospital seguir en la vanguardia. El presente estudio incluye el análisis de los factores identificados en las categorías antes descritas como aporte profesional a la Organización.

8.4 MATRIZ EFI DEL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS

Para la elaboración de la matriz EFI para el Hospital Gonzalo Contreras se tiene como base los informes de auditorías internas que se conocieron durante la práctica, respuestas de las entrevistas realizadas a miembros de la entidad y se ejecutaran juicios intuitivos fundamentados en la experiencia que se generó como practicante dentro de la entidad durante 5 meses desempeñando labores asociadas al área de calidad.

Los factores internos clave expuestos en la tabla 14 se seleccionaron, ya que estos fueron fortalezas y debilidades que se identificaron en el tiempo de prácticas laborales en la entidad. Al estar vinculado como practicante en el área de calidad

se genera una interacción con todas las dependencias y líderes de procesos de del hospital, esta genero una visión más amplia de la entidad permitiendo identificar los factores necesarios para la elaboración de la matriz EFI.

La calificación de cada factor es asignada siguiendo la metodología del autor Fred David además con base a la experiencia generada como practicante en la entidad y se realiza de acuerdo con el paso número 3 de acuerdo con los pasos expuestos en la metodología para la elaboración de la matriz EFI.

Tabla 14: Matriz EFI del Hospital Gonzalo Contreras.

Factores internos clave	Valor	Clasificación	Valor ponderado
<i>Fortalezas internas</i>			
1. La calidad de los servicios ofrecidos por la entidad	0.10	4	0.4
2. La entidad cuenta con equipos tecnológicos actualizados y acorde a los servicios ofrecidos	0.06	4	0.24
3. Versatilidad por parte del personal al realizar tareas y adaptarse a nuevas funciones	0.07	4	0.28
4. Planes de capacitación	0.05	3	0.15
5. La entidad cuenta con personal con experiencia en su campo de acción	0.04	3	0.12
6. Adaptabilidad a los cambios con respecto a nuevas normas, procedimientos en los servicios de salud.	0.05	4	0.2

Continuación de la Tabla 14: Matriz EFI del Hospital Gonzalo Contreras.

Debilidades internas			
1. Mala comunicación interna y poco control administrativo	0.10	1	0.1
2. Incumplimientos en la estructura física e instalaciones de la entidad	0.06	2	0.12
3. Los asesores (jurídico, calidad, contable, medico, entre otros.) solo se encuentran en la entidad una vez por semana	0.03	2	0.06
4. Falta de seguimiento a las acciones que buscan corregir incumplimientos o deficiencias en los procesos de la entidad	0.04	2	0.08
5. Poco cumplimiento de las reuniones de los comités establecidos por la entidad	0.04	2	0.08
6. Gran índice de rotación de personal en la entidad	0.10	1	0.10
7. Presupuesto reducido para la inversión en mejoras de infraestructura	0.06	2	0.12
8. Perdida de información importante e incumplimientos en documentación para auditorias	0.10	1	0.10
9. Afectaciones en el clima organizacional	0.05	2	0.10
10. Falta de procedimientos en el área de calidad tales como procedimientos de servicios que se ofrecen en la entidad y procedimientos que se exigen en auditorias que son necesarios para la entidad	0.05	2	0.10
Subtotal fortalezas			1.39
Subtotal debilidades			0.96
TOTAL	1.00		2.35

Fuente: Elaboración propia.

8.4.1 Análisis e interpretación de la matriz EFI

Para la realización de la matriz EFI se plantearon una serie de debilidades y fortalezas del Hospital Gonzalo Contreras, estas fueron usadas para determinar la situación actual interna de la entidad cuyo resultado arrojado fue de 2.35, dicho resultado se presenta como bajo y su obtención fue obtenida a través de la sumatoria de los totales de las debilidades y fortalezas, denotando una puntuación baja con respecto al promedio aceptable de la matriz, el cual indica un valor total de 2.5. Con base en lo anterior se expone que la situación interna de la entidad muestra un bajo rendimiento y requiere con puntualidad una toma de acciones que propicien una mejoría en la entidad.

Estos factores fueron escogidos durante el proceso de práctica laboral dentro del hospital permitiendo identificar las debilidades y fortalezas tanto del personal como de toda la organización en general, dichos factores resultan ser determinantes porque cuando se logra identificar las debilidades se pueden tomar medidas que permitan mitigar su impacto y resaltar las fortalezas empleando nuevas estrategias. Existen debilidades que si se vuelven persistentes pueden llegar a afectar el funcionamiento de toda la entidad y se encuentran enmarcadas en aspectos como la pérdida de información, incumplimientos en la estructura física e instalaciones, estos sucesos pueden llegar a causar el cierre parcial o total de la entidad si no se le brinda una solución temprana ante estas debilidades, pero también es importante resaltar las fortalezas presentes en la entidad, tales como: la calidad de sus servicios y la versatilidad de su personal.

El hospital debe implementar herramientas que le permitan reducir y suprimir las debilidades existentes sin descuidar sus fortalezas, estas con el fin de lograr un mejor servicio y poder alcanzar los objetivos que se ha establecido la entidad, ya que la entidad apunta a la acreditación en salud donde debe conocer y reducir sus debilidades para logra cumplir con los requisitos necesarios para dicha acreditación.

Con respecto a las debilidades es preciso que se puedan tomar medidas para que la influencia de estas en los procesos de la entidad sea mínima y permita la superación total de las falencias encontradas.

Es posible que para la entidad implementar medidas para superar las debilidades internas sea de difícil realización, un claro ejemplo de esto se da en el caso en que los asesores prestan sus servicios una vez por semana ante la entidad, debido a que contar con una persona de forma permanente en cualquiera de estas áreas significaría un alto costo financiero que tendría que afrontar la entidad, esta debilidad radica como consecuencia a la falta de un personal permanente optándose por el modelo de asesoría en áreas que desempeñan funciones tan importantes como las jurídicas y de calidad entre otras. Lo anterior mencionado es el resultado de que las decisiones y el desarrollo de las actividades se imposibiliten a la disponibilidad y tiempo del asesor.

La rotación del personal es una gran debilidad observada dentro de la entidad, ya que en el desarrollo de las prácticas se requirió de cierta documentación y resultados de auditorías entre otros documentos, pero gran cantidad de la documentación solicitada no existía en la entidad, por lo tanto, este problema radica en que el personal a cargo llevaba poco tiempo laborando, era personal nuevo y no presentaban un proceso de empalme eficaz. Algunos empleados de la entidad manifestaron que existía una gran rotación de un solo cargo en un corto periodo de tiempo, por ello resulta importante incidir en que un proceso de empalme al cargo y un correcto manejo del archivo de documentos puede ser una estrategia viable para que al momento de rotar el personal la documentación no sea extraviada.

8.5 BENCHMARKING PARA EL HOSPITAL GONZALO CONTRERAS.

La realización de este benchmarking tiene como objetivo poder orientar el desarrollo de los documentos propuestos en este trabajo, ya que al comparar la entidad con otras entidades que estén a su mismo nivel o que se encuentran en un nivel superior evidencia que tan sólida puede ser la organización con respecto a los ítems propuestos, logrando así una idea de qué tan desnivelada puede estar la entidad con respecto al manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.

Este benchmarking se elabora bajo la metodología del autor Benjamín Betancourt expuesta en el libro Análisis sectorial y competitividad, los pasos para la elaboración de esta herramienta de análisis expuestos por el autor y en los cuales se fundamenta la realización de este benchmarking serán mencionados para comprender la realización de este benchmarking.

En el departamento del Valle del Cauca cuenta con 56 IPS (Instituto prestador de salud), 45 de nivel 1, 7 de nivel 2, 1 de nivel 3 y 3 con un nivel 0(*)*. El Hospital Gonzalo Contreras es una IPS de nivel 1.

Los niveles en las IPS representan el nivel de responsabilidad de la atención en salud, este sistema de niveles se reglamentó con la Resolución No. 5261 de 1994 estableciendo 4 niveles según los servicios y la especialización del personal de la entidad los cuales son:

- Nivel 1: Entidades que prestan servicios y cuentan con profesionales en medicina general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros

* Esta información fue obtenida de la página de la Gobernación del Valle:
www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=20104

profesionales de la salud no especializados.

- Nivel 2: Entidades que prestan servicios y cuentan con profesionales en medicina general, profesional paramédico con interconsulta, remisión y asesoría de personal o recursos especializados.
- Nivel 3 y 4: Entidades que prestan servicios y cuentan con profesionales en medicina especialista con la participación de médico general y profesional paramédico.

Para la elaboración del benchmarking para el Hospital Gonzalo Contreras se seleccionaron 3 organizaciones la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Alcalá Valle del Cauca, el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Valle del Cauca estas dos entidades son cercanas geográficamente al Hospital Gonzalo Contreras y difieren en su población atendida ya que esta es más amplia en Tuluá que en municipios como La Unión o Alcalá y el Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda esta última por ser una entidad de nivel 3 con un gran renombre a nivel departamental y por su cercanía al Valle del Cauca además presentaba un fácil acceso a su información y cuya población atendida es mucho mayor ya que atiende usuarios de distintas zonas del departamento de Risaralda, Valle del Cauca y Quindío. Se seleccionaron tres entidades para la elaboración del benchmarking ya que como lo plantea el autor Benjamín Betancourt se deben seleccionar entre 3 y 4 organizaciones a comparar.

Estas entidades se seleccionaron por su renombre y buenas prácticas. Este benchmarking estudiara factores correspondientes al área de calidad de cada entidad enfocándose en el manejo de no conformidades.

A continuación, se describen las entidades de salud seleccionadas para la realización del benchmarking.

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl.

Es una institución prestadora de servicios de salud en Municipio de Alcalá Valle Del Cauca, ofreciendo todos los servicios básicos del Nivel I, lo que comprenden actividades de Promoción y Prevención, Recuperación y Rehabilitación y actualmente es la única institución que presta estos servicios en el municipio.

El hospital de Alcalá fue creado como puesto de Socorro de Alcalá, como iniciativa pública y privada mediante el Decreto 743 del septiembre 26 de 1946, del

Gobernador del Departamento del Valle, en un terreno cedido por el señor Marco Ospina, según Escritura Pública No 28 de Enero 29 de 1948 a favor de dicho puesto.

En Julio 6 de 1947, se le dio el nombre de Hospital San Vicente de Paul, por la primera junta nombrada por la Gobernación en el año de 1946. Recibió personería Jurídica No 2046 de Mayo 06 de 1947. En el año de 1970 sufrió remodelaciones para ajustar su funcionamiento y mejorar la calidad del servicio. Desde el Año 1994 se transformó en ESE en virtud de un Decreto Especial 019 de Abril de 1994.

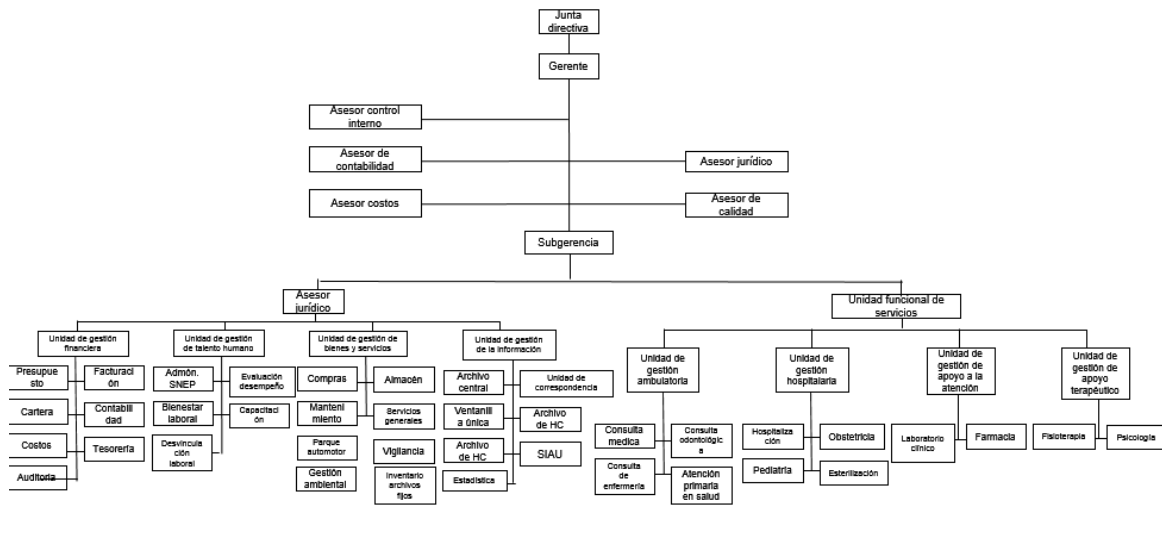
Desde el año 1995 al año 2001 se culminó la construcción y actualmente está en funcionamiento una nueva sede que brinda todas las condiciones para el cumplimiento del sistema de Garantía de Calidad.

Visión de la entidad.

En el año 2020 seremos reconocidos en el departamento del Valle del Cauca y el eje cafetero, por prestar servicios de salud en pro del mejoramiento continuo de la calidad, con infraestructura y tecnología de punta que garanticen la satisfacción y seguridad del paciente.

La entidad cuenta con un organigrama que muestra como está se encuentra organizada.

Ilustración 11: Organigrama Hospital San Vicente de Paul.



Fuente: Tomado de la página web del Hospital San Vicente de Paul: <http://hospitalalcala.gov.co/es/acerca-de-la-entidad/estructura-organizacional>

Dependencias de la entidad son:

- Gerencia
- Subgerente administrativo
- Control interno
- Odontología
- Bacteriología
- Jefe de enfermería
- Oficina TICS
- Promoción y prevención
- Estadística

Gestión de la Calidad de la entidad.

El Hospital San Vicente de Paul maneja el área de calidad a través un asesor externo de calidad el cual solo se encuentra de uno a dos días en la entidad prestando su servicio de asesoría a través de un asistente. Además, ofrece servicios de calidad para su población teniendo la limitante de ser una entidad pequeña.

A través de su política de calidad busca cumplir con los requisitos establecidos por la ley, dirigiendo todas sus acciones hacia la prestación de servicios de salud de baja complejidad con calidad, seguridad y buen trato a nuestros usuarios.

Ofreciendo a la comunidad un portafolio de servicios que satisfaga las necesidades de atención contribuyendo a proporcionar condiciones de vida saludables; en busca del crecimiento personal e institucional a través del mejoramiento continuo.

El hospital se plantea objetivos específicos dentro de su política de calidad.

- Implementar y desarrollar una cultura de calidad, a partir del compromiso y sentido de pertenencia de nuestro talento humano, propendiendo por una excelente atención a nuestros usuarios, que satisfaga sus necesidades en salud y conlleven al mejoramiento continuo de la Institución.
- Hacer seguimiento continuo al cumplimiento de los requisitos de habilitación y demás normatividad vigente, con el fin de garantizar la seguridad del paciente.
- Empezar acciones que fortalezcan la estandarización de procesos asistenciales y administrativos, en busca de la certificación en calidad.
- Motivar a nuestro talento humano frente a la importancia de prestar servicios de salud de calidad, y su relación con la rentabilidad social y económica.

Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe.

El Hospital departamental Tomas Uribe Uribe es una empresa social del estado de categoría especial descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Que presta servicios de salud de nivel 2 de mediana y alta complejidad a los habitantes de Tuluá Valle del Cauca y su área de influencia territorial.

El Hospital Tomás Uribe Uribe fue inaugurado el 24 de Marzo de 1.973 por el entonces presidente Misael Pastrana B, gobernador del Valle Marino Rengifo Salcedo, Secretario de Salud Departamental Hernán Pérez Álvarez, su primer director fue el Doctor Donaldo Libreros Rada.

Con el paso del tiempo se han presentado modificaciones en su estructura organizacional, debidas al desarrollo de la institución, y a los nuevos requerimientos del entorno.

Visión de la entidad.

El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe en el año 2020 será un Hospital regional con sistema único de acreditación implementado, integrado al modelo de red de servicios de salud del Valle, con recurso humano competente y comprometido con las políticas Institucionales, con equipos de alta tecnología, infraestructura acorde a su desarrollo y auto-sostenible financieramente, con capacidad para atender la demanda de los servicios de salud ofertados, de forma oportuna, segura y humanizada, generando credibilidad y confianza en nuestros usuarios.

La entidad no ha definido su organigrama para ingresarlo de manera oficial a su página web.

Servicios que ofrece la entidad.

Los servicios que ofrece el Hospital departamental Tomas Uribe Uribe son:

- **Servicios**
 - Internación
 - Quirúrgicos
 - Consulta externa
 - Urgencias
 - Traslado de paciente
 - Apoyo diagnóstico
 - Complementación terapéutica
 - Protección específica y detección temprana

- **Servicios especializados**
 - Urología
 - Neumología
 - Cardiología
 - Traumatología – ortopedia
 - Interrupción voluntaria de embarazo
 - Ayudas diagnósticas

Gestión de la Calidad de la entidad.

Brindar a la comunidad servicios de calidad.

La calidad es un pilar de la gestión para la excelencia y en el usuario como el objetivo principal de toda su actividad. La responsabilidad ética, moral, social y económica frente a todas las actividades que se desarrollan en la entidad, están enfocadas hacia la comunidad y al Sistema de Seguridad Social en Salud.

La política del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe orienta su gestión hacia la prestación de servicios seguros y humanizados, centrados en la atención integral del usuario, la investigación y apoyo a la formación del talento humano del subsector; contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad y el funcionamiento institucional, a través de la optimización de los recursos, generando Credibilidad y confianza en la región.

ESE Hospital Universitario San Jorge.

El Hospital universitario San Jorge de la ciudad de Pereira es una empresa social de estado que presta servicios de salud de tercer nivel.

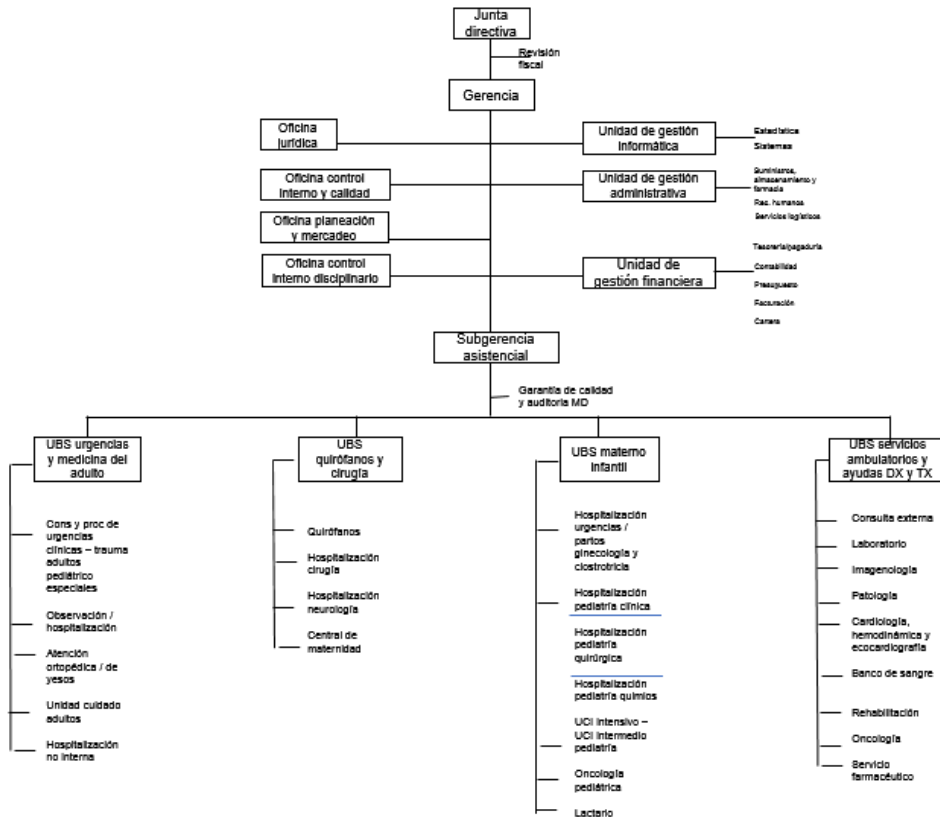
La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, a lo largo de toda su historia, ha mantenido clara su misión de prestar el servicio social de la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos, en especial de los más pobres que no cuentan con la posibilidad de acceso a otras instituciones privadas, a través del suministro de los mismos con condiciones de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad, con un reconocimiento no solo a nivel regional sino también nacional, lo cual ha sido el logro de sucesivas generaciones de líderes y administradores, así como de la comunidad que ha concebido el Hospital como un patrimonio suyo, manteniéndose vigente y guardiana de su apropiado manejo.

Visión de la entidad.

La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se posicionará como la mejor institución acreditada en servicios de salud de mediana y alta complejidad, por su atención humanizada centrada en el ser, los desarrollos investigativos, el avance tecnológico, la responsabilidad social y el respeto por el medio ambiente.

La entidad cuenta con un organigrama que muestra como está se encuentra organizada.

Ilustración 12: Organigrama Hospital Universitario San Jorge.



Fuente: Tomado de la página web del Hospital Universitario San Jorge:
<http://husj.gov.co/organigrama/>

Servicios que ofrece la entidad.

Los servicios que ofrece el Hospital Universitario San Jorge a sus usuarios son:

- Consulta externa.
- Procedimientos consulta externa.
- Bloque quirúrgico.
- Unidad crítica obstetricia.
- Unidad de cuidados intensivos, intermedios y básicos neonatales.
- Programas transversales.
- Programa madre canguro.
- Unidad de cuidados e intermedios pediátricos.
- Salas pediatría.
- Oncología pediátrica.
- Medicina adulta.
- Urgencias.

- Traslado de pacientes.
- Laboratorio clínico.
- Banco de sangre.

Gestión de la Calidad de la entidad.

El Hospital Universitario San Jorge cuenta con una oficina de calidad que funciona de manera conjunta con la de control interno. maneja una política de sistema integrado de gestión que busca mediante la implementación, mantenimiento continuo y del sistema integrado de gestión SIG y control buscando satisfacer necesidades respecto al medio ambiente, disminución de contaminación y mejoras de condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Y se plantea acciones para cumplir, las cuales son:

1. Definir objetivos e indicadores para dar cumplimiento a la política del sistema integrado de gestión.
2. Documentar, implementar y mejorar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
3. Documentar, implementar y mejorar el sistema de gestión de calidad.
4. Documentar, implementar y mejorar el sistema de gestión ambiental.
5. Documentar, implementar y mejorar el SOGCS (Enfoques en acreditación).
6. Integrar todos los sistemas de gestión en un sistema integrado de gestión y control.
7. Socializar acto administrativo de adopción.
8. Generar estrategia de comunicaciones para socializar todos los elementos documentados.
9. Establecer acciones de mejoramiento cuando sea requerido en marco de la documentación, implementación del sistema integrado de gestión y control.⁶¹

Factores clave de éxito para la elaboración de la matriz de perfil de competitividad.

Los factores clave que se seleccionaron para la elaboración de la matriz de perfil competitivo para el Hospital Gonzalo Contreras se seleccionaron con base a la experiencia y observación que se generó durante las prácticas en la entidad y siguiendo la metodología expuesta por el autor Benjamín Betancourt en su libro

⁶¹ E.S.E. Hospital Universitario San Jorge. Políticas organizacionales. Todos somos E.S.E. Hospital Universitario San Jorge. En línea. Revisado 3 de octubre del 2017. Disponible en internet: <http://husj.gov.co/politicas-institucionales/>

Análisis sectorial y competitividad, estos factores tienen una influencia importante dentro del área de calidad de las instituciones prestadoras de salud en Colombia, a continuación se presentaran los factores clave seleccionados con su correspondiente descripción:

- Acreditación y/o habilitación en servicios de salud: Para las entidades de salud la habilitación es el factor más importante porque sin este aval no puede funcionar, además que periódicamente se realizan evaluaciones para ver determinar si las entidades aun cumplen con los requerimientos para seguir habilitadas. La acreditación va más allá de la habilitación y el Hospital Gonzalo Contreras apunta a acreditarse.

- Calidad del servicio: La calidad de los servicios abarca varios aspectos como la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad entre otros, es por eso por lo que este factor es importante porque una entidad que logre prestar un servicio de calidad integro generara una satisfacción en los usuarios que se ve reflejada en una buena imagen o a través de estudios y encuestas de satisfacción que son muy comunes que se apliquen en entidades de salud.

- Manejo de no conformidades, fallos, incumplimiento de requisitos: la importancia de realizar un eficaz manejo de estos ítems radica en que estos pueden tener una influencia determinante para la entidad, como por ejemplo al momento en que un ente externo a través de una auditoria reporte un incumplimiento o una no conformidad, la organización debe implementar las acciones más eficientes para responder a esa problemática.

- Oficina de calidad: La oficina de calidad es la encargada de velar por que se cumplan los estándares mínimos de calidad que establece la norma colombiana para la prestación de servicios de salud, entre otras funciones está la de llevar un control documental, implementar la política de calidad, entre otros.

- Identificación y análisis de las causas de no conformidades en los procesos internos: Es de especial importante la identificación de las causas de las no conformidades encontradas dentro de los procesos de las entidades ya que al identificar la causa se puede corregir y se previene que vuelva a ocurrir. Existen diversas herramientas de calidad que permiten identificar causas como, el diagrama de Pareto, la lluvia de ideas entre otras.

- Portafolio de servicios: Realizar una comparación de los servicios que ofrece cada entidad evaluando y realizando una comparación según su nivel en salud.
- Medición de procesos: Llevar una medición de procesos es indispensable en la actualidad ya que las auditorias también exigen un seguimiento y medición de las actividades que se realicen en cada área, en la mayoría de casos este seguimiento se lleva a través de bases de datos y tableros de control.
- Política de calidad: la política de calidad es importante ya que especifican como maneja la gestión la entidad buscando lograr una mejora continua.
- Documentación (procedimientos, formatos, manuales, entre otros.) del área de calidad: La documentación sirve para estandarizar los procesos y para garantizar que los procesos sean conocidos, comunicados, revisados y medidos.
- Comunicación: Una buena y eficaz comunicación permite transferir información e intercambiar ideas esto permite un buen desarrollo de las actividades propuestas por las entidades ayudando a la consecución de sus objetivos.

A continuación, se realizará la matriz de perfil competitivo MPC la cual se elaboró a partir de la experiencia generada como practicante de la entidad durante el tiempo de 5 meses desempeñando labores asociadas al área de calidad y la información recolectada de las entidades.

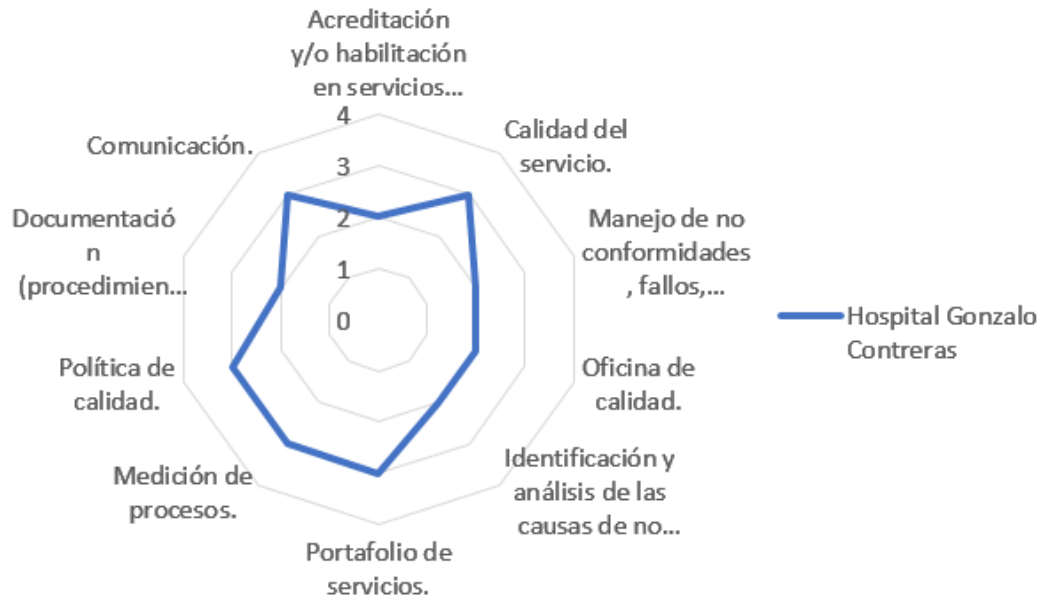
Tabla 15: Matriz de perfil competitivo.

Factores clave de éxito	Peso		Hospital Gonzalo Contreras		E.S.E. Hospital San Vicente de Paul		Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe		Hospital Universitario San Jorge	
			Valor	Valor sopesado	Valor	Valor sopesado	Valor	Valor sopesado	Valor	Valor sopesado
Acreditación y/o habilitación en servicios de salud.	8%	0.08	2	0.16	3	0.24	3	0.24	4	0.32
Calidad del servicio.	12%	0.12	3	0.36	3	0.36	3	0.36	4	0.48
Manejo de no conformidades, fallos, incumplimiento de requisitos.	13%	0.13	2	0.26	3	0.39	3	0.39	3	0.39
Oficina de calidad.	9%	0.09	2	0.18	2	0.18	2	0.18	4	0.36
Identificación y análisis de las causas de no conformidades en los procesos internos.	10%	0.1	2	0.2	3	0.3	3	0.3	3	0.3
Portafolio de servicios.	7%	0.07	3	0.21	2	0.14	4	0.28	4	0.28
Medición de procesos.	11%	0.11	3	0.33	3	0.33	3	0.33	3	0.33
Política de calidad.	10%	0.1	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3
Documentación (procedimientos, formatos, manuales, entre otros) del área de calidad.	11%	0.11	2	0.22	3	0.33	3	0.33	3	0.33
Comunicación.	9%	0.09	3	0.27	3	0.27	4	0.36	4	0.36
Total	100%	1		2.49		2.84		3.07		3.45

Fuente: Elaboración propia.

Radars de comparación valor y valor sopesado para las entidades estudiadas.

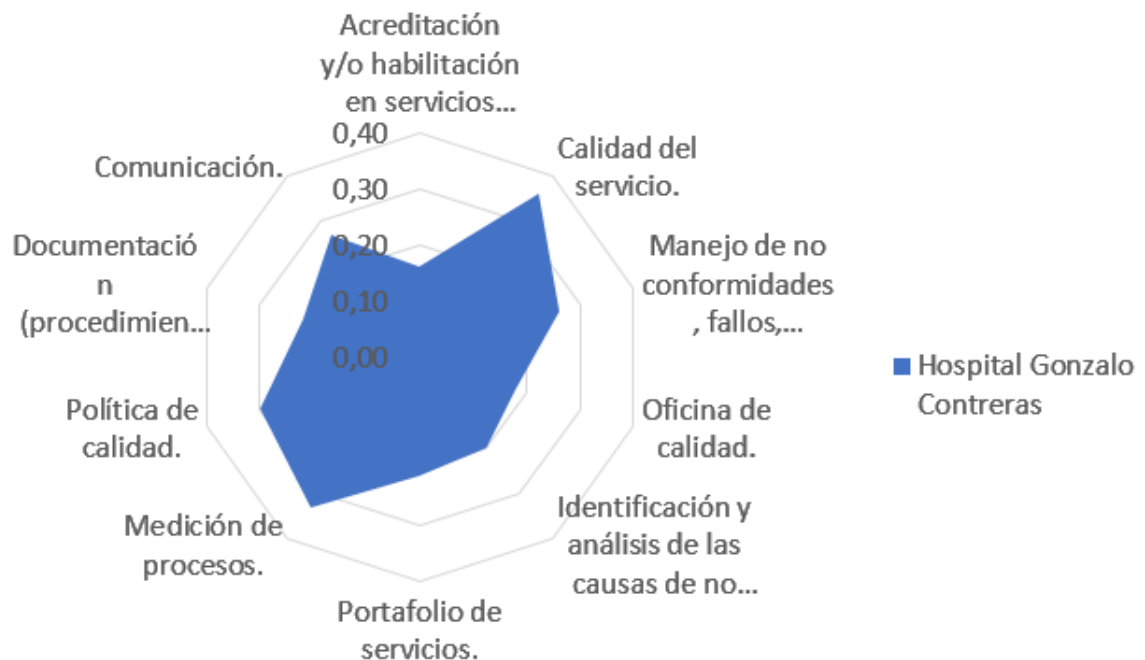
Gráfica 1: Radar de valor Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de radar valor muestra el valor que se le asigno a cada factor respecto al Hospital Gonzalo Contreras basado en la información recolectada. Mostrando factores sobresalientes como la calidad del servicio, política de calidad entre otros los cuales evidencian que el hospital tiene fortalezas en el área de calidad, y debe fortalecerse en factores como la oficina de calidad, el manejo que se le da a las no conformidades y documentación del área de calidad.

Gráfica 2: Radar de valor sopesado Hospital Gonzalo Contreras de La Unión Valle del Cauca.

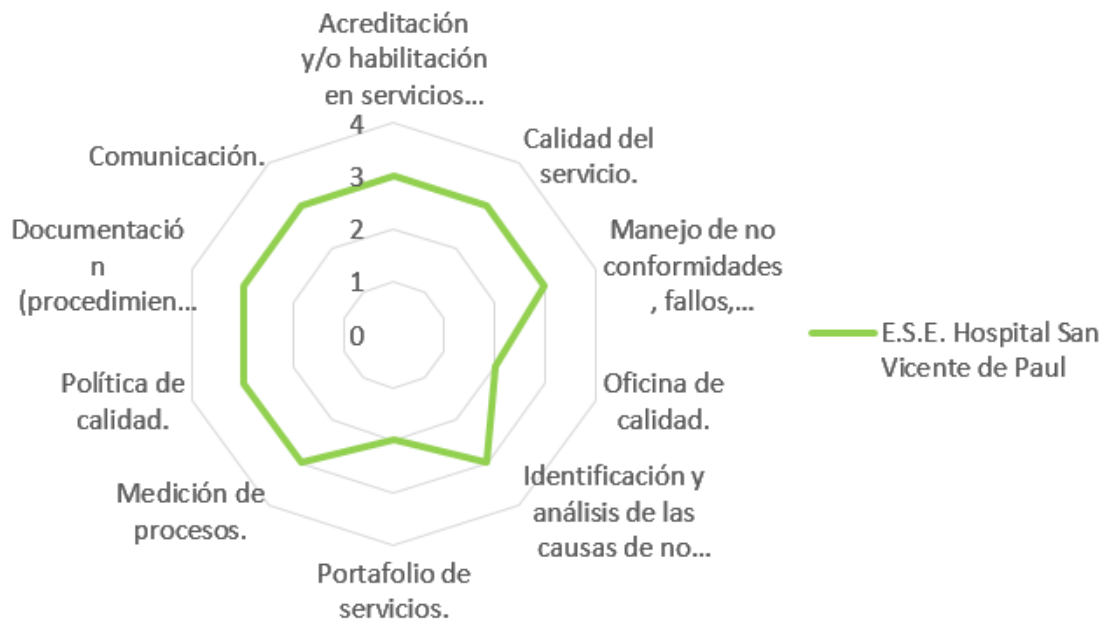


Fuente: Elaboración propia.

La grafica de valor sopesado muestra el resultado de la multiplicación del valor por el peso que se le ha asignado a cada factor en la matriz de perfil competitivo lo cual evidencia que dentro de los factores estudiados la entidad tiene un gran valor sopesado en los servicios de calidad, así como también en la medición de procesos. Uno de los factores desfavorables es el de la acreditación y habilitación ya que obtuvo el nivel más bajo en la gráfica.

Las gráficas de radar 1 y 2 correspondientes al Hospital Gonzalo Contreras evidencian que la entidad tiene un desempeño aceptable general, mostrando que la entidad para ser de nivel 1 cuenta con un buen portafolio de servicios y buena calidad de los mismos, necesita mejorar en factores como el manejo de no conformidades, documentación del área de calidad y debe mejorar con la identificación de las causas.

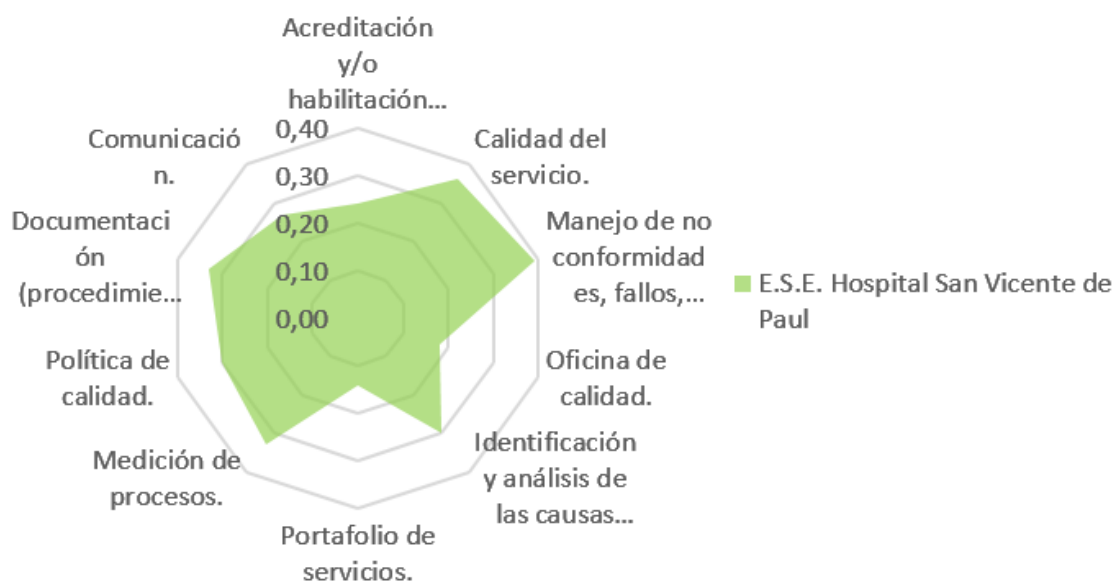
Gráfica 3: Radar de valor E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Alcalá Valle del Cauca.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de radar valor muestra el valor que se le asigno a cada factor respecto al E.S.E. Hospital San Vicente de Paul basado en la información recolectada. Esta grafica expuso una entidad nivelada en su área de calidad con respecto a los factores estudiados, solo dos factores tuvieron un desempeño menor la oficina de calidad y el portafolio de servicios, para estos factores se pueden implementar estrategias que logren un mejor desempeño teniendo en cuenta los limitantes que pueda tener sobre estos factores.

Gráfica 4: Radar de valor sopesado E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Alcalá Valle del Cauca.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de valor sopesado muestra el resultado de la multiplicación del valor por el peso que se le ha asignado a cada factor en la matriz de perfil mostrando un resultado óptimo en el manejo de no conformidades, la calidad del servicio y medición de procesos, esta grafica muestra que la entidad tiene un buen manejo del área de calidad a pesar que tiene debilidad en aspectos como su oficina de calidad y el portafolio de servicios, y esto está vinculado a que el hospital es de nivel 1 y presta servicios muy básicos de salud pero de gran calidad.

Las gráficas de radar 3 y 4 correspondientes al E.S.E. Hospital San Vicente de Paul muestran que el hospital en la mayoría de factores tiene un aceptable o buen desempeño, se resalta que en ambas graficas la documentación del área de calidad y el manejo de no conformidades tiene un gran desempeño. La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul es un hospital de nivel 1 y sus servicios son básicos teniendo en cuenta que es la única entidad de salud del municipio se debe mejorar en su portafolio de servicios buscando brindar servicios más especializados con estrategias que permitan una expansión de los servicios ofrecidos.

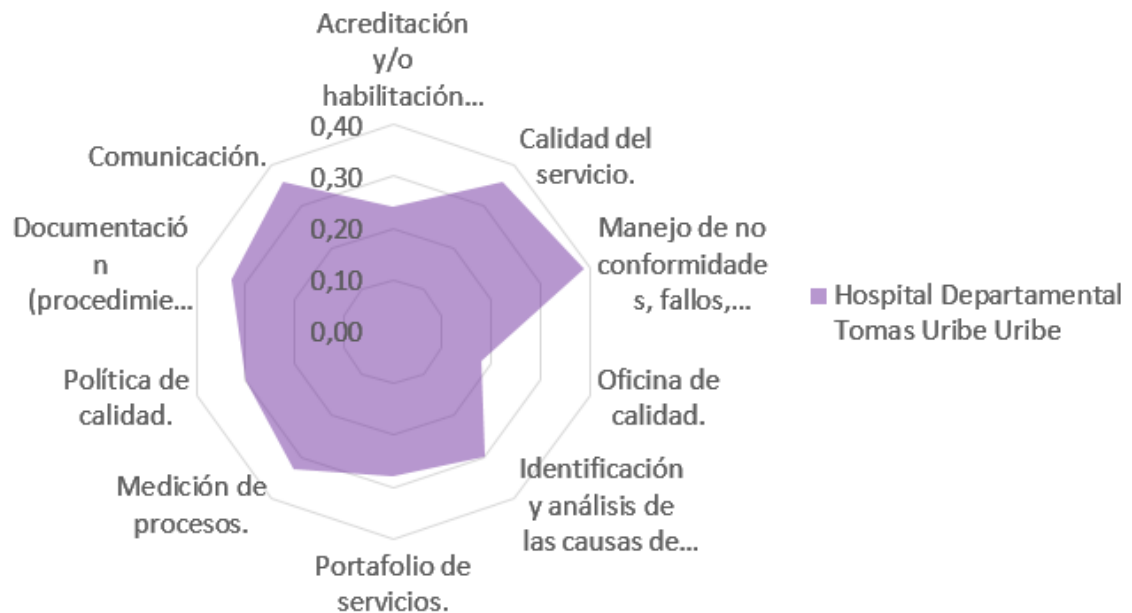
Gráfica 5: Radar de valor Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Valle del Cauca.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de radar valor muestra el valor que se le asigno a cada factor respecto al Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe basado en la información recolectada. Mostrando una entidad fuerte en el área de calidad con aspectos importantes como su comunicación, portafolio de servicios y su política de calidad, en esta grafica se ve la diferencia de un área de calidad de un hospital de nivel 1 y uno de nivel 2, las entidades de nivel 2 deben manejar estándares de calidad más altos.

Gráfica 6: Radar de valor sopesado Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Valle del Cauca.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de valor sopesado muestra el resultado de la multiplicación del valor por el peso que se le ha asignado a cada factor en la matriz de perfil, la cual muestra un buen resultado de la entidad con respecto a los factores propuestos, la entidad cuenta con servicios de calidad y un portafolio de servicios extendido muchos de estos con un nivel especializado, la gráfica muestra que la entidad tiene un buen manejo del área de calidad lo cual le ha ayudado a generar el renombre y la buena imagen que tiene en la actualidad.

Las gráficas de radar 5 y 6 correspondientes al Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe evidencian a una entidad fuerte en su área de calidad mostrando un buen desempeño general en los factores propuestos, cuenta con un buen desempeño en factores como comunicación, calidad de servicios y el manejo de no conformidades. Tiene un desempeño aceptable en su oficina de calidad y se podrían realizar mejoras.

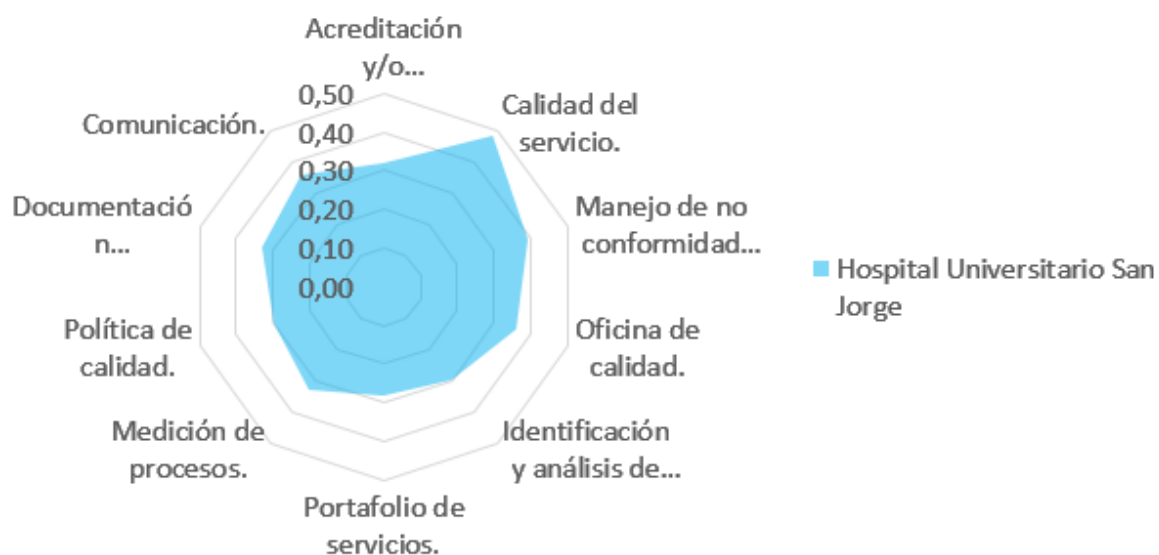
Gráfica 7: Radar de valor Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda.



Fuente: Elaboración propia.

La grafica de radar valor muestra el valor que se le asigno a cada factor respecto al Hospital Universitario San Jorge basado en la información recolectada. La grafica muestra la solidez que tiene la entidad en el área de calidad y evidencia un buen desempeño con respecto a los factores propuestos. Por ser una entidad de nivel 3 en salud resaltan factores como su portafolio de servicios, su oficina de calidad, la calidad de sus servicios, los puntos con un valor más bajo por así decirlo siguen teniendo un buen desempeño dentro de los rangos de la matriz de perfil competitivo.

Gráfica 8: Radar de valor sopesado Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda.

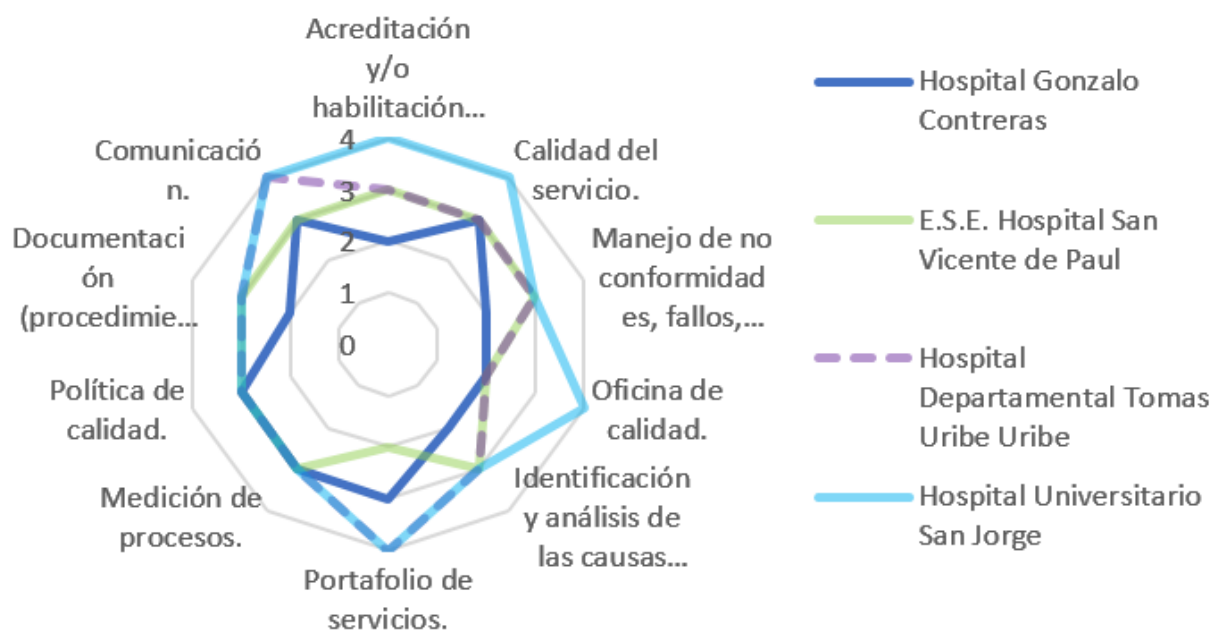


Fuente: Elaboración propia.

La grafica de valor sopesado muestra el resultado de la multiplicación del valor por el peso que se le ha asignado a cada factor en la matriz de perfil. Muestra que la entidad tiene un promedio de valor sopesado para los factores propuestos de entre 0.3 a 0.4 esto constata una solidez general del área de calidad de la entidad con respecto a los factores propuestos. Además, muestra un desempeño sobresaliente en el servicio de calidad y esto se debe a aspectos como la tecnología, el personal especializado, la planta física de la entidad.

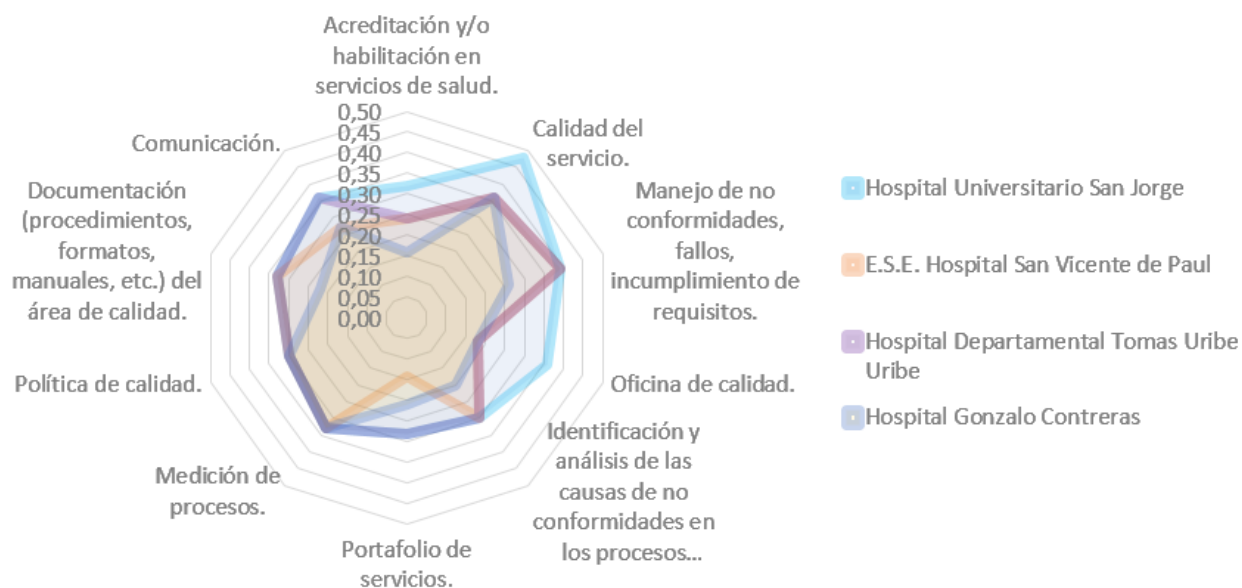
Las gráficas 7 y 8 correspondientes al Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira muestran una entidad sobresaliente en su área de calidad, evidenciando que es una entidad acreditada en servicios de salud, teniendo el mejor desempeño en factores de calidad de servicio y un buen desempeño en general de todos los factores propuestos. El Hospital Universitario San Jorge es de nivel 3 que brinda servicios especializados los cuales requieren de la mayor calidad y esto se ve reflejado en las gráficas.

Gráfica 9: Comparación radares de valor de las entidades estudiadas.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 10: Comparación radares de valor sopesado de las entidades estudiadas.



Fuente: Elaboración propia.

Las gráficas 9 y 10 comparan los valores y los valores sopesados de las entidades estudiadas, el desempeño de cada una de ellas evidencia aspectos que influyen en su área de calidad como lo son el nivel del hospital, la acreditación y su portafolio de servicios y esto puede influir en que su desempeño en los factores propuestos sea mejor o peor.

8.5.1 Análisis benchmarking

El benchmarking resulta ser una herramienta importante en la actualidad debido a que brinda múltiples beneficios que permiten la comparación de una organización específica frente a sus competidores u organizaciones de mayor renombre además de ofrecer experiencia en el área a estudiar.

La información que se recolectó de las distintas entidades de salud fue de gran importancia para la elaboración de la matriz de perfil competitivo y la construcción de las gráficas tipo radar permitiendo interpretar que las entidades no se encuentran en igualdad de condiciones.

La elaboración de la matriz de perfil competitivo arrojó los siguientes resultados sobre el valor sopesado de las entidades donde el mayor valor sopesado lo obtuvo el Hospital Universitario San Jorge con una calificación de 3.45 evidenciando que

es una entidad fuerte y líder en el área estudiada gracias a su esfuerzo en prestación de servicios de calidad, la preparación y el desarrollo que se requiere para cumplir los requisitos que promueven a la acreditación en salud. Lo anterior ha logrado que la entidad sea reconocida departamentalmente por su excelente servicio de calidad y portafolio de servicios especializados.

El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe obtuvo un valor sopesado de 3.07 convirtiéndola en la segunda entidad con mejor desempeño en el estudio destacándose en aspectos tales como: su portafolio de servicios y el manejo que le direcciona a las no conformidades, fallos e incumplimientos de requisitos. La entidad muestra un desempeño sólido en el área de calidad y los resultados evidencian que el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe logra estar a la altura de los requisitos de la acreditación.

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul consiguió una calificación de 2.84 siendo esté un resultado aceptable con aspectos a resaltar como su manejo de no conformidades, fallos e incumplimientos de requisitos y la calidad de sus servicios; debe considerar atender factores como su portafolio de servicios y su oficina de calidad, las entidades de nivel 1 son las que presentan menor puntaje teniendo también que las dos entidades de nivel uno que se estudiaron tiene un número bajo de usuarios respecto a las demás pero que atienden a toda la población local del municipio en el cual se encuentran. Es importante para el análisis benchmarking que se puede aprender de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul en especial de los factores resaltados anteriormente ya que se podrían corregir falencias que se evidencian en el Hospital Gonzalo Contreras.

Para finalizar el Hospital Gonzalo Contreras obtuvo un puntaje de 2.49 no tan alejado del resultado de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul ya que estas son entidades con condiciones y características muy similares, el Hospital Gonzalo Contreras puede mejorar en aspectos como el manejo de no conformidades, fallos e incumplimientos en requisitos, Identificación y análisis de las causas de no conformidades en los procesos internos y la documentación del área de calidad, pero también se evidencia que tiene fortalezas en factores como la calidad del servicio y su portafolio de servicios.

Gracias a estos datos y la información recolectada se pueden identificar a entidades semejantes al Hospital Gonzalo Contreras que poseen mejor desempeño en algunos factores claves de éxito, lo cual permite determinar cuáles son los puntos débiles que tiene la entidad para poder plantear estrategias e implementar mejoras.

De acuerdo con lo anterior se recomienda para el Hospital Gonzalo Contreras diseñar y aplicar procedimientos que permitan mejorar en aspectos como el manejo de no conformidades, Identificación y análisis de las causas de no conformidades en los procesos internos y con la implementación de estos procedimientos se pueda mejorar el desempeño de la oficina de calidad, además debe atender los requerimientos de acreditación ya que presenta falencias en ese tema.

8.6 DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

Según los resultados obtenidos en el diagnóstico, además de lo evidenciado en las entrevistas cuya sistematización se encuentra en los anexos A y B se debe atender factores importantes que presentan un bajo desempeño de la entidad con respecto a la identificación y ejecución de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento asimismo del manejo que se le da al análisis de causas se realizaron los siguientes documentos que buscan mejorara en los aspectos anteriormente mencionados.

Procedimiento análisis de causas

Este procedimiento busca solucionar la problemática de la entidad con respecto a la identificación de causas estableciendo y definiendo los lineamientos y metodología a seguir para el análisis de causas la entidad, con el fin de definir planes de acción correctivos y preventivos que permitan mitigar las fuentes detectadas. Ver anexo F.

Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Para mejorar el manejo que se les da a las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el Hospital Gonzalo Contreras se realizó este procedimiento el cual brinda el paso a paso de cómo se deben manejar estas acciones buscando adoptar y estandarizar una metodología que permita identificar Acciones Correctivas (Oportunidades de Mejora) reales y Preventivas potenciales y sus causas, determinando las acciones a tomar para evitar que se vuelvan a presentar en el futuro. Ver anexo G.

Formato plan de mejoramiento

Es indispensable para las entidades de salud contar con un formato de plan de mejoramiento en el cual se plasman las acciones a realizar para lograr una mejora, una corrección o una acción preventiva, se mejoró el plan de mejoramiento que se

manejaba en la entidad con el objetivo de ser más eficientes y concisos en la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento que se deben aplicar al momento de identificar una no conformidad en los procesos, una falla o un incumplimiento de un requisito de una auditoría. El formato de plan de mejoramiento se encuentra en el anexo H.

Tablero de control (indicador de gestión)

Consecuente al desempeño que tuvo el Hospital Gonzalo Contreras en el estudio benchmarking que se realizó, se construyó un tablero de control para darle un seguimiento a los planes de mejoramiento que la entidad implemente buscando evaluar el cierre satisfactorio de los planes de mejoramiento que se establecen en la entidad. El tablero de control se encuentra en el anexo I.

9. PLAN DE ACCION

El plan de acción de la presente propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo Contreras de la Unión Valle del Cauca se realiza bajo objetivos específicos los cuales requieren de actividades para su cumplimiento y avance.

En la siguiente tabla se estructuran los objetivos; así mismo la descripción de cada actividad, mismo las fechas y responsabilidades.

Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.

OBJETIVO GENERAL: Apoyar la implementación de metodologías para toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora del Hospital Gonzalo Contreras.							
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES PRIORIZADAS		DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	CRONOGRAMA		PRESUPUESTO
	Nº	ACTIVIDADES			FECHA INICIO	FECHA FIN	
Conocer cuál es el manejo de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se identifican en el hospital.	1	Preparar información institucional y externa necesaria para la elaboración de una herramienta útil para el registro y control de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Solicitar la información (formatos planes de mejora), descargar documentos asociados a la elaboración de herramientas de seguimiento y registro de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Área de calidad del hospital y practicante	31-ago-17	04-sep-17	\$ 30.000

Continuación Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.

	2	Examinar qué tipo de acciones correctivas preventivas y de mejora se presentan en el hospital	Evaluar y entender que son las acciones correctivas, preventivas y de mejora, cómo son sus componentes administrativos y qué tipo de estas presentan el Hospital Gonzalo Contreras	Practicante	04-sep-17	15-sep-17	\$ 30.000
	3	Recolectar información de que tipo de herramienta sería el más adecuado para registrar y qué documentación es necesaria para la propuesta.	Realizar en concilio con la encargada del área del hospital buscando generar una visualización del tipo de herramienta más adecuado para la institución indagando en qué documentos son necesarios para la entidad con respecto a acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Practicante	18-sep-17	02-oct-17	\$ 30.000

Continuación Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.

Elaborar la herramienta de registro y seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, y los procedimientos correspondientes.	1	Diseño preliminar de la herramienta	Iniciar el replanteamiento del formato para planes de mejoramiento que se usa en el hospital para el registro de las acciones correctivas, preventivas y de mejora buscando que abarque los parámetros necesarios y funcionales requeridos para la entidad con respecto a las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Practicante	03-oct-17	20-oct-17	\$ 40.000
	2	Evaluación preliminar del diseño de la herramienta	Mostrar a la persona encargada del área de calidad del hospital la herramienta de registro, para una evolución y propuestas de ajustes que sean necesarios.	Practicante	23-oct-17	27-oct-17	\$ 20.000
	3	Dar ajustes al diseño a la herramienta de acuerdo con la evaluación preliminar	Realizar los ajustes que se establecieron en la evaluación preliminar.	Practicante	30-oct-17	03-nov-17	\$ 10.000
	4	Realizar el procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora y procedimiento de análisis de causas	Redactar el procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora y el de análisis de causas para el hospital, teniendo en cuenta lineamientos establecidos en el procedimiento de control de documentos.	Practicante	06-nov-17	24-nov-17	\$ 40.000

Continuación Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.

	5	Realizar el instrumento de seguimiento para las acciones correctivas, preventivas y de mejora	Construir un instrumento de seguimiento a las acciones, preventivas y de mejora a través de indicadores	Practicante	27-nov-17	15-dic-17	\$ 30.000
	6	Agregar logos del hospital al formato, al procedimiento y a los indicadores de la herramienta y codificar para agregar los nuevos documentos al sistema de gestión de calidad de la entidad.	Finalizar el proceso de diseño incorporando los nuevos documentos de los logos del hospital, y la asignación de códigos para ingresarlos al listado maestro de documentos de la entidad.	Practicante	18-dic-17	26-dic-17	\$ 10.000
Capacitar sobre su funcionamiento	1	Socializar la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para a la entidad con los directivos y jefes del hospital	Socializar con los directivos del hospital la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento a través de una presentación.	Practicante	28-dic-17	04-ene-18	\$ 40.000
	2	Capacitar al área de calidad entre otras sobre el uso y utilidad del de la herramienta.	Brindar capacitación a las personas que requieran el uso de la herramienta sobre su correcto uso y funcionamiento.	Practicante	05-ene-18	10-ene-18	\$ 50.000
	3	Entrega de la propuesta.	Entregar el formato, los procedimientos y los indicadores de las acciones correctivas, preventivas y de mejora al área de calidad.	Practicante	11-ene-18	15-ene-18	\$ 10.000

Continuación Tabla 16: Plan de acción prácticas laborales.

TOTAL PRESUPUESTO	\$ 340.000
-------------------	------------

Fuente: Elaboración propia.

10. CONCLUSIÓN

El Hospital Gonzalo Contreras no cuenta con instrumentos que permitan un manejo idóneo y eficaz ante las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, por tal razón se elaboran dos procedimientos que muestran el manejo oportuno que se debe emplear para cualquier tipo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento y las posibles herramientas que se pueden utilizar para realizar un análisis de causas.

Los documentos que conforman esta propuesta fueron realizados bajo el procedimiento establecido de control de documentos que se implementan dentro del hospital para la creación de nuevos documentos, además de esto cada documento se realizó en consideración e instrucción del personal de calidad de la entidad teniendo en cuenta la orientación por parte de las directrices del hospital.

La elaboración de los documentos (procedimientos, formatos, tablero de control) que conlleva la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo Contreras de la Unión Valle del Cauca involucró la aplicación de conocimientos que se adquieren a lo largo del proceso de formación como administrador de empresas y que como practicante al interior de una organización se condicionaron cada vez más. Para el desarrollo de cada documento se debe manejar una base teórica sólida respaldada en teorías de calidad en gran parte fundamentadas por el teórico Deming.

Las entidades prestadoras de servicios de salud se deben someter a diversas auditorias tanto externa como internas, año por año, por lo que es importante resaltar el trabajo interdisciplinario que lleva el área administrativa con el área médica y de atención en salud, donde dicha unión logra mantener los estándares y mejoras al igual que el cubrimiento a la población con servicios de salud de calidad.

Con la elaboración del procedimiento para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento se buscó ofrecer al personal de la entidad una herramienta que brinde un paso a paso de cómo se debe proceder para la correcta aplicación de dichas acciones en la entidad.

La importancia que tiene el manejo de estas acciones correctivas, preventivas y de mejora resulta ser significativa para la entidad, ya que estas buscan corregir las no

conformidades que se puedan generar en los procesos internos, sin deslegitimar la importancia que tiene la corrección o planteamiento de un plan de mejoramiento al momento que se encuentra un incumplimiento a un requerimiento en una auditoria, la consecuencia de no aplicar una corrección puede llevar a la inhabilitación de los servicios de la entidad, por tal motivo se realiza un ajuste al plan de mejoramiento sin cambiarlo de manera drástica, ya que la mayoría de los líderes del proceso interno y personal del área de calidad que se encuentran habituados a esté y cumplen idóneamente con sus funciones hizo que solo se viera la necesidad de agregar parámetros de seguimiento.

La implementación de metodologías para la definición de acciones correctivas preventivas o de mejoramiento fue apoyada con la elaboración de un procedimiento que incluye herramientas de calidad tales como: el diagrama de Pareto, la lluvia de ideas, los 5 porqué y el diagrama de Ishikawa que resultan ser de mucha utilidad para la identificación de causas, estos instrumentos permiten definir cuál es la causa y qué tipo de acción es la más apropiada para ejecutar.

Es importante resaltar que sin concernir el tamaño o el nivel que tenga un hospital debe contar con los procedimientos y formatos necesarios para implementar una acción correctiva preventiva o de mejora, debido a que estos se convierten en una herramienta crucial para la solución de problemas, el correcto desarrollo de la política de calidad y la consecución de los objetivos propuestos por la entidad.

Implementar un seguimiento y medición resultar ser importante para las entidades de salud por distintos factores; llevar un control interno de los procesos y medir que tan efectiva es la entidad con respecto a su desempeño en las actividades que realiza, tener el soporte ante auditorias y un soporte previo si es solicitado por los entes de control (La Procuraduría, la secretaria de salud entre otros), por tal razón se realizó el tablero de control que mide el cumplimiento de estas acciones llevándose a cabo en la entidad y buscando a su vez que cada proceso sea controlado y medido.

El Hospital Gonzalo Contreras como cualquier otra organización está expuesto a diversos factores externos como: la política; la cual en el municipio de la Unión se presenta como un factor relevante por la influencia que esta tiene en la entidad, las nuevas tecnologías en salud; teniendo en cuenta que los procedimientos médicos avanzan tecnológicamente de una manera acelerada, lo social, lo económico y lo normativo entre otros. La entidad debe estar preparada al momento de realizarse cualquier tipo de cambio y adaptarse a los nuevos retos que pueda traer el entorno externo.

El benchmarking propició la comparación de la entidad de salud con otras entidades del mismo nivel y/o de un nivel superior, analizando a su vez la solidez de la organización con respecto a los ítems propuestos logrando así evidenciar algunas falencias como: la documentación del área de calidad, el manejo de no conformidades fallos e incumplimientos de requisitos y la identificación y análisis de situaciones problema. Resulta importante destacar que una entidad de salud debe contar con herramientas que brinden el mejor desempeño ante algún contratiempo. Estas acciones permitieron orientar en el desarrollo de los documentos que se plantearon con anterioridad en el trabajo.

11. RECOMENDACIONES

Después de la elaboración de la presente propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora para el Hospital Gonzalo contreras de la Unión Valle del Cauca, se realizan las siguientes recomendaciones para que dicha entidad logre un mejor rendimiento en su área de calidad y procesos internos.

Implementar el uso de los documentos que se plantearon, los cuales buscan mejorar la situación actual de la entidad con relación al manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Es importante llevar una revisión minuciosa y un seguimiento constante del cumplimiento de los planes de mejoramiento que plantea la entidad, realizando a su vez los respectivos ajustes necesarios que conllevan a su cumplimiento total.

Implementar el procedimiento para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora de la mano con el formato de plan de mejoramiento para la realización de las acciones mencionadas anteriormente evitando implementar acciones sin una estructura ni plan de acción.

Emplear el procedimiento de análisis de causas, ya que estas contienen herramientas de calidad especializadas que llevan a la identificación del origen de una no conformidad, falla e incumplimiento, entre otros. Lo anterior resulta ser importante para la entidad debido a que proporciona una solución definitiva a la situación presentada evitando una repetición de la misma en un futuro cercano.

Mejora la parte documental del hospital, ya que se evidenció la pérdida de información y documentos necesarios. Esta falencia resalto fuertemente en el transcurso de las prácticas.

Reforzar el área de calidad tomando en cuenta la contratación de un auxiliar que realice sus funciones en tiempo completo, ya que se pudo evidenciar como el tiempo que maneja la asesora en la entidad no resulta ser suficiente para cumplir con el trabajo que demanda el área.

BIBLIOGRAFIA

ALDANA DE VEGA, Luz Angela, *et al.* Administración por calidad. 1. Ed. Colombia: Alfaomega Colombiana: Universidad de la Sabana, 2010.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas AECA. Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Documento N°16, Madrid. 2000.

BELTRAN, Jesús. Indicadores de gestión -Herramientas para lograr la competitividad. 2 ed. Bogotá DC. 3R Editores, 1998. p. 142

BETANCOURT, Benjamín. Análisis sectorial y competitividad. 1 ed. Colombia.: Ecoe Ediciones, 2014. p. 261.

CROSBY, Philip. La calidad no cuesta. 10. Ed. México. 1998. p. 238

DAVID, Fred R. Conceptos de administración estratégica. 9 ed. México: Pearson educación, 2003. p. 368

GUTIÉRREZ, Humberto. Calidad total y productividad. 3d. México, 2010. p. 363

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. NTC-GP 1000. Bogotá D.C. El Instituto: 2009.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario. ISO 9000. Bogotá D.C. El Instituto: 2015.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario. ISO 9001. Bogotá D.C. El Instituto: 2015.

MURILLO VARGAS, Guillermo, *et al.* Teorías clásicas de la organización y el management. Bogotá, D.C., 2007. p. 428

SAMPIERI, Roberto., COLLADO, Carlos y BATISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 5 Ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. 2010. p. 613

SANGÜESA, Marta; MATEO, Ricardo y ILZARBE, Laura. Teoría y práctica de la calidad. Madrid: Isabel Capella Hierro, 2006.

SPENDOLINI, Michael J. Benchmarking, Citado por ALDANA DE VEGA, Luz Angela, et al. Administración por calidad. 1. Ed. Colombia: Alfaomega Colombiana: Universidad de la Sabana, 2010. p. 341.

WEBGRAFIA

Artículo Calidad de servicio:

<http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=28013113> [consultado 14 de febrero del 2018]

Sugestión base de conocimiento de gestión:

<http://sugestion.quned.es/conocimiento/ficha/def/PDCA> [Consultado el 06 de enero del 2018]

Investigación-acción participativa:

<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132> [consultado el 18 de diciembre del 2017]

Concepto de entrevista semiestructurada:

<http://riem.facmed.unam.mx/node/47> [Consultado el 04 de enero de 2018]

Acciones correctivas y preventivas según ISO 9001:2008:

<http://hederaconsultores.blogspot.com.co/2009/09/acciones-correctivas-y-preventivas.html>. [consultado el 20 de febrero de 2018]

Metodología SMART:

<http://l1tcorp.com/content/kpi-s-m-r-t-rule> [Consultado el 04 de enero del 2018]

ANEXOS

Anexo A: Formato de entrevista semi-estructurada historia e impacto social.

Tabla 17: Formato de entrevista semi-estructurada historia e impacto social.

<p>Tema: La historia del Hospital Gonzalo Contreras y su impacto en la sociedad.</p>
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cuál cree usted que ha sido la importancia del Hospital Gonzalo Contreras en el municipio de la Unión Valle del Cauca?2. ¿Porque se cambió el nombre del Hospital de San Esteban a Gonzalo Contreras y en que año fue este cambio?3. ¿Porque considera usted que el Hospital Gonzalo Contreras está enfocado en convertirse en una entidad líder en calidad?4. ¿Cuál considera usted que ha sido el impacto social del Hospital Gonzalo Contreras en el municipio de la Unión Valle del Cauca?5. ¿En todos los años que lleva en funcionamiento el hospital cual desde su punto de vista ha sido su mayor aporte para la comunidad?
<p>Responsable: Carlos Alberto Ortiz practicante de la Universidad del Valle</p>

Fuente: Elaboración propia.

Sistematización

Hospital Gonzalo Contreras cuenta con una gran importancia en el municipio porque se ha convertido en la única entidad de salud que presta sus servicios a sus habitantes ya que la única competencia que tenía ha estado en proceso de retirarse del municipio además presta el único servicio de urgencias del municipio y aledaños, por su crecimiento es una entidad que presta buenos servicios a sus usuarios. El hospital cambio su nombre de San Esteban por Gonzalo Contreras en honor a un gerente de mismo nombre que por su compromiso, valores y compromiso con la entidad se decidió el cambiar el nombre.

El enfoque del hospital en convertirse en una entidad líder en calidad como lo plantea en su Visión es debido a que el hospital busca además de prestar servicios de calidad busca también ser una entidad con un enfoque familiar y en pro de la comunidad. Su impacto social en el municipio de La Unión ha sido bastante ya que es una fuente de empleo para sus habitantes, favorece la calidad de vida de la población y fortalece la economía del municipio. El mayor aporte que el hospital ha dado a la comunidad es el buen servicio, contando con instalaciones amplias y cómodas.

Anexo B: Formato de entrevista semi-estructurada acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.

Tabla 18: Formato de entrevista semi-estructurada acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.

Tema: Acciones correctivas, preventivas y de mejora.
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Conoce usted si en el hospital Gonzalo Contreras existe un procedimiento, protocolo, manual u otros documentos que brinden información sobre el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejora?2. ¿Al momento de presentarse una situación en la cual se identifica una posible acción correctivas, preventiva y de mejora, sabe usted que debe hacer en este caso?3. ¿Cuál es el manejo que se le da a las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se identifican dentro de la entidad?4. ¿Cómo se les da seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el hospital?5. ¿Cuál cree usted desde su punto de vista que sea el principal problema respecto a las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se presentan dentro del hospital?
Responsable: Carlos Alberto Ortiz practicante de la Universidad del Valle

Fuente: Elaboración propia.

Sistematización

Tema: Acciones correctivas, preventivas y de mejora, respuesta Auxiliar de talento humano.

Es sabido que es necesario contar con un procedimiento para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, pero no se conoce un documento como tal dentro de la entidad, se cree que la entidad lo debe tener, pero no es seguro. Al momento de presentarse una situación que amerite la toma de una acción correctiva, preventiva o de mejoramiento lo que se hace en la entidad es una corrección inmediata, para la ejecución la acción no se realiza un análisis solo se le da manejo en busca de una solución temprana, el seguimiento que se le da a estas acciones se da solo cuando se vuelve a presentar la misma situación y vuelve a emplearse una acción para su solución.

El principal problema de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento es la duda de los procedimientos para el manejo de dichas acciones.

Tema: Acciones correctivas, preventivas y de mejora, respuesta Auxiliar admirativa.

Se cree que el área de calidad debe contar con un procedimiento que especifique como debe ser el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, ya que al presentarse una situación se realiza un plan de mejoramiento y se procede a ejecutar acciones para brindar una solución. El manejo que se le da a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento en la entidad se basa básicamente en lo mencionado anteriormente. Las identificaciones de estas acciones se realizan a través de auditorías o por que se identifiquen de manera interna de inmediato se remite al área de calidad y este a su coordinador de área y esté aplica una acción dependiendo de la situación.

El seguimiento que se les da a estas acciones se da por parte de calidad, el principal problema respecto a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento tiene que ver con su complejidad ya que pueden presentarse situaciones fuera de los parámetros de contingencias establecidos.

Anexo C: Evidencias entrevistas.

Ilustración 13: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.



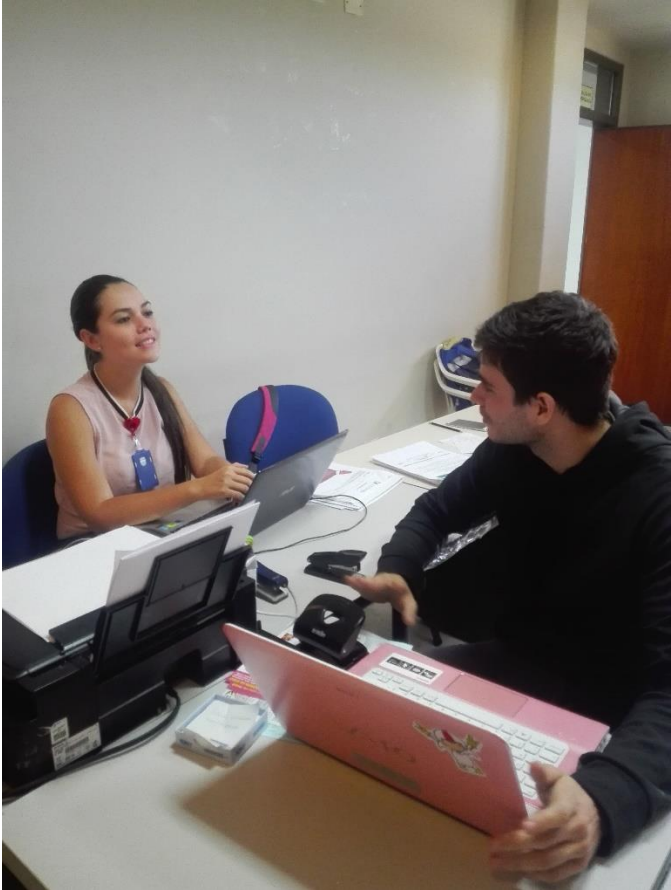
Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2017, foto tomada por Cristian Zúñiga.

Ilustración 14: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2017, foto tomada por Cristian Zúñiga.

Ilustración 15: Entrevista personal del Hospital Gonzalo Contreras.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2017, foto tomada por Cristian Zúñiga.

Anexo E: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.

En las siguientes imágenes se muestra la socialización realizada del presente trabajo a miembros administrativos del Hospital Gonzalo Contreras, no se pudo contar con más personal ya que se encontraban en labores que no permitieron su asistencia a la socialización.

Ilustración 17: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.



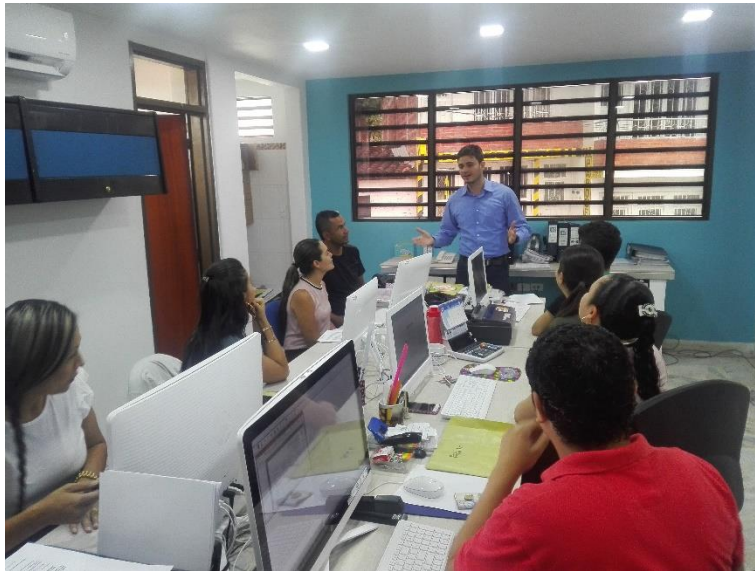
Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2018, foto tomada por Esteba Gómez.

Ilustración 18: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2018, foto tomada por Esteba Gómez.

Ilustración 19: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2018, foto tomada por Esteba Gómez.

Ilustración 20: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.




Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2018, foto tomada por Esteba Gómez.

Ilustración 21: Evidencias socialización y capacitación de los documentos que integran la propuesta.



Fuente: Hospital Gonzalo Contreras 2018, foto tomada por Esteba Gómez.

Anexo F: Procedimiento análisis de causas.

	PROCEDIMIENTO:		CODIGO: GC-PR-008	
	ANÁLISIS DE CAUSAS		VERSION: 03	PAG: 134 de
	FECHA: 20/12/2017			
	TRD:			

PROCEDIMIENTO ANÁLISIS DE CAUSAS

PROCESO: Gestión de Calidad

1. OBJETIVO

Establecer y definir los lineamientos y metodología a seguir para el análisis de causas Hospital Gonzalo Contreras E.S.E., con el fin de definir planes de acción correctivos y preventivos que permitan mitigar las fuentes detectadas.

2. ALCANCE

Aplica para todas las no conformidades detectadas por las fuentes definidas en el procedimiento de Elaboración y seguimiento a los planes de mejoramiento GC-PR-004 provenientes de todos los procesos identificados en el sistema de gestión de calidad de la Hospital Gonzalo Contreras E.S.E.

3. REFERENCIAS

- NTC-GP 1000:2009 Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

4. RESPONSABLES

Los grupos primarios en coordinación del líder de área son responsables de analizar las causas de las no conformidades detectadas

5. DESARROLLO

A continuación, se presenta una breve descripción de algunos de los métodos más comunes que pueden utilizarse para realizar el análisis de causas y la toma de acciones.

5.1 LLUVIA DE IDEAS

Es conveniente definir el enunciado del tema a tratar y comunicarlo a los participantes antes del desarrollo de la sesión, y preparar la logística contando con los medios idóneos de escritura para recogida de ideas.

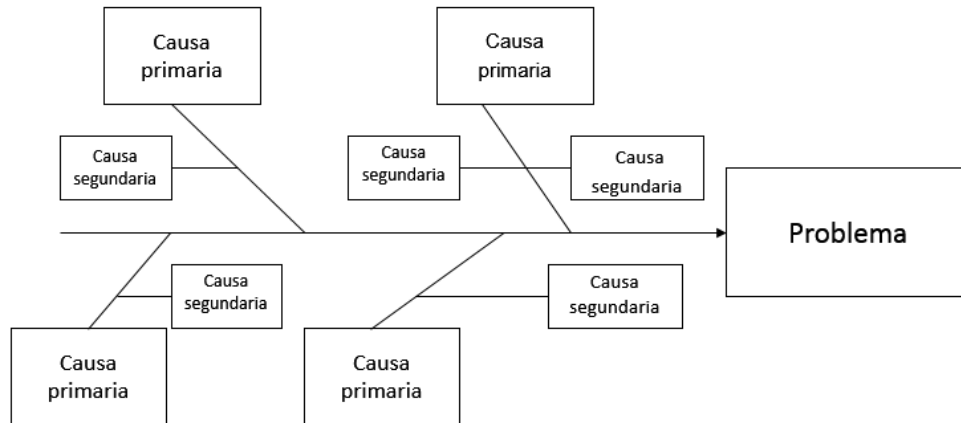
Paso 1. Introducción a la sesión. Escribir el enunciado del tema, de forma que sea visible para todos durante la sesión, explicar las reglas conceptuales, cada asistente puede decir aquello que se le ocurra sin autocriticarse, ningún asistente critica o comenta las ideas aportadas por el resto de participantes, ningún participante explica sus ideas al aportarlas.

Paso 2. Preparación atmósfera adecuada. Si el ambiente es tenso, realizar una lluvia de ideas de entrenamiento sobre un tema neutral.

Paso 3. Comienzo y desarrollo de la lluvia de ideas.

Paso 4. Tratamiento de las ideas, eliminar ideas duplicadas, agrupar ideas.

5.2 DIAGRAMA CAUSA-EFECTO



Paso 1. Definir sencilla y brevemente el problema (efecto) o fenómeno cuyas causas deben ser identificadas.

Paso 2. Colocar el problema dentro de un rectángulo a la derecha de la superficie de escritura y dibujar una flecha, que corresponderá al eje central del diagrama, de izquierda a derecha, apuntando hacia el problema.

Paso 3. Identificar las posibles causas que contribuyen al problema o fenómeno de estudio (se puede utilizar lluvia de ideas)

Paso 4. Identificar las causas principales e incluirlas en el diagrama (no menos de dos y no más de 6) Identificar las causas o clases de causas más generales en la contribución al problema.

Escribirlas en un recuadro y conectarlas con la línea central.

Paso 5. Añadir causas secundarias para cada rama principal identificar las posibles causas principales, incluir las nuevas causas en el diagrama, apuntando a la rama correspondiente.

Paso 6. Añadir causas subsidiarias para las subáreas anotadas, el proceso continuo hasta que se llega a cada rama a la causa raíz, la causa raíz es aquella que es causa del problema que estamos analizando y es controlable.

Paso 7. Comprobar la validez lógica de cada cadena causal.

Paso 8. Conclusión. El resultado es un diagrama ordenado de posibles causas que contribuyen a un problema.

5.3 LOS 5 POR QUE.

PREGUNTA: ¿POR QUE?	RESPUESTA: POR QUE.
CAUSA 1	RESPUESTA 1
CAUSA 2	RESPUESTA 2
CAUSA 3	RESPUESTA 3
CAUSA 4	RESPUESTA 4
CAUSA 5	RESPUESTA 5
CONCLUSION	

Paso 1. Realizar una lluvia de ideas respecto al problema.

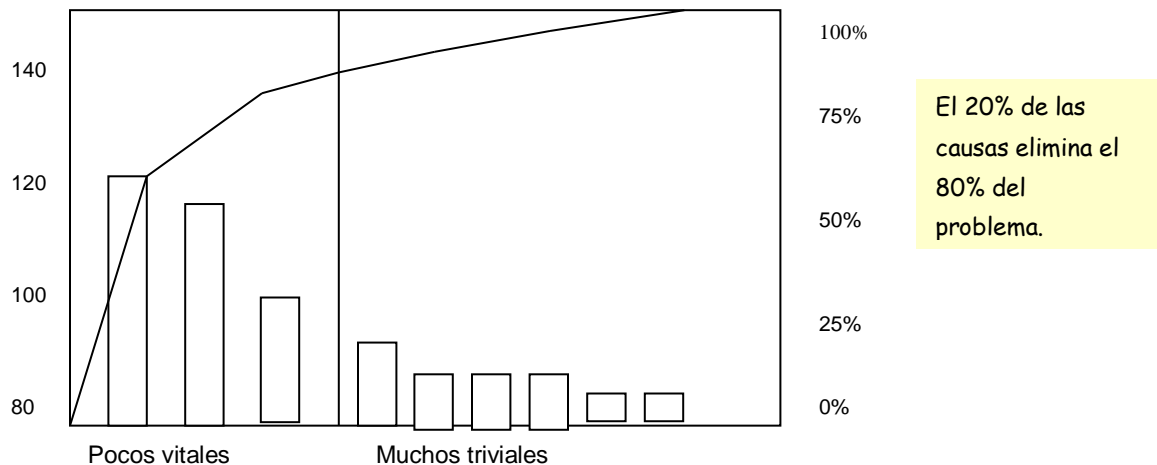
Paso 2. Ya identificadas las causas probables se debe empezar a preguntar “Porque”, “Porque ha pasado esto”, “Porque está pasando esto”, etc.

Paso 3. Se debe continuar preguntando al menos 5 veces ya que de esta manera se busca llegar más a fondo sobre las causas del problema.

Paso 4. Elaborar una conclusión sobre la(s) causa(s) del problema y determinar si es necesario la elaboración de un Plan de mejoramiento.

Esta técnica ayuda encontrar la(s) causa(s) fundamental(es) o la más probable que ocasionó dicha anomalía y sobre la cual se debe actuar para evitar que vuelva a suceder el mismo problema.

5.4 DIAGRAMA DE PARETO



Su objetivo es obtener, entre los diferentes factores que contribuyen a un determinado problema, aquellos que tienen mucha importancia en su contribución, a partir de una comparación cuantitativa y ordenada.

Paso 1. Preparación de los datos

- Definir el problema cuantificado y medible sobre el que se quiere priorizar.
- Disponer de una lista completa de elementos que contribuyan al problema estudiado.
- Conocer la magnitud de la contribución de cada elemento o factor al problema estudiado. Para ello hay que hacer una toma de datos o un análisis de datos ya existentes.

Paso 2. Cálculo de las contribuciones parciales y totales

- Anotar, para cada elemento, la magnitud de su contribución.
- Ordenar los elementos de mayor a menor, según la magnitud de su contribución.
- Calcular la magnitud total del problema como suma de las magnitudes parciales.

Paso 3. Calcular el porcentaje y el porcentaje acumulado para cada elemento de la lista ordenada

- El porcentaje de la contribución de cada elemento se calcula: $\% = (\text{magnitud del elemento} / \text{magnitud total del problema}) * 100$
- El porcentaje acumulado para cada elemento se calcula sumando a cada elemento de la lista el porcentaje del elemento anterior.
- Reflejar los resultados en una tabla.

Paso 4. Trazar y rotular los ejes del diagrama

- En el eje vertical izquierdo se representa la magnitud de cada factor (De 0 al valor del problema total)
- En el eje horizontal se representan los diferentes factores.
- En el eje vertical derecho se representa la magnitud de los porcentajes acumulados de cada factor.

Paso 5 Dibujar el gráfico de barras que representa el problema de cada factor contribuyente.

La altura de cada barra es igual a la contribución de cada elemento tanto medida en magnitud, por medio del eje vertical izquierdo, como en porcentaje, por medio del eje vertical derecho.


Paso 6. Trazar el gráfico lineal de porcentajes acumulado

- Marcar sobre cada factor el punto correspondiente a su porcentaje acumulado.
- Unir los puntos con segmentos rectilíneos

Paso 7. Separar los elementos “pocos vitales” de los “muchos triviales”

- Trazar una línea que separe el diagrama en dos partes, basándose en el cambio de inclinación de los segmentos.
- Identificar los elementos “pocos vitales” que quedan a la izquierda línea.

Anexo G: Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.

	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA		CODIGO: AU-FO-012	
			VERSION: 02	PAG: 141 de 1
			FECHA: 12/12/2017	
			TRD:	

Adoptar y estandarizar una metodología que permita identificar Acciones Correctivas (Oportunidades de Mejora) reales y Preventivas potenciales y sus causas, determinando las acciones a tomar para evitar que se vuelvan a presentar en el futuro.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el personal que registra, gestiona y controla las acciones correctivas y preventivas que se presentan en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad del Hospital Gonzalo Contreras y es aplicable a todos los procesos.

El presente procedimiento establece las pautas a aplicar tanto para el caso de una Acción Correctiva, como de una Acción Preventiva u Oportunidad de Mejora.

3. REFERENCIAS

- NTC-GP 1000:2009 Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

4. RESPONSABLES.

Los líderes de cada proceso son los responsables de ejecutar este procedimiento dentro de la institución.

Es responsabilidad de los líderes del proceso interno realizar el seguimiento respectivo a las acciones planteadas.

El Coordinador de Calidad, el Jefe de Control Interno y el auditor médico son responsables de verificar la eficacia de las acciones y realizar el seguimiento a las acciones planteadas.

Los responsables del cierre de las acciones son los líderes del proceso interno, el Coordinador de Calidad y el Jefe de Control Interno

5. TERMINOS Y DEFINICIONES:

NO CONFORMIDAD/FALLA/OBSERVACIÓN/INCUMPLIMIENTO:
Incumplimiento de un requisito.

ACCIONES CORRECTIVAS (Oportunidades de Mejora): Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

CORRECTIVO O CORRECCIÓN: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

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

6. DESARROLLO

6.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (Oportunidades de Mejora)

Las fuentes básicas de información para detectar las Acciones Correctivas y Preventivas son:

Tabla 1. Identificación de Fuentes para toma de acciones correctivas.

FUENTE PARA TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS	
PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	Se originan cuando a criterio de los responsables de proceso se requiere tomar una acción correctiva para

	prevenir que vuelva a generar un producto y/o servicio no conforme.
AUDITORIAS	<p>Se originan como resultado de las no conformidades provenientes de auditorías de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera parte (internas) - Segunda parte (las que nos realizan nuestros clientes) - Tercera parte (Empresas asesoras) <p>Se manifiestan como observaciones, No conformidades, desviaciones, fallas y aspectos a mejorar.</p>
MEDICIÓN Y/O SEGUIMIENTO	<p>Se originan como resultado del seguimiento que se realiza en los procesos. Y cuando se presenta un indicador en rojo.</p> <p>Se puede identificar cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Indicador muestra una tendencia a la baja. - El Indicador muestra que se incumple la meta establecida en un período. - El Indicador muestra que incumple repetitivamente la meta.
INVESTIGACIÓN DEL CLIENTE	Encuestas de satisfacción
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Se originan como resultado de la revisión por la dirección. Por medio de recomendaciones de mejora.

ACCIÓN INEFICAZ	Se origina cuando el plan de acción para eliminar las causas de una no conformidad real no fue eficaz.
OTRO	Se origina como resultado de las no conformidades Provenientes de las auditorias del ente certificador. Recomendaciones de entes externos, Resultados de referenciación competitiva, Riesgo de incumplir un requisito, Incumplimiento de un requisito legal, Una vez superada una situación de emergencia (de acuerdo con planes de emergencia Ambientales y de Salud Ocupacional) entre otros.

Tabla 2. Identificación de Fuentes para toma de acciones preventivas.

FUENTE PARA TOMAR ACCIONES PREVENTIVAS	
PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	NO APLICA
AUDITORIAS	Se originan como resultado de las no conformidades provenientes de auditorías de: <ul style="list-style-type: none"> - primera parte (internas) - segunda parte (las que nos realizan nuestros clientes) - tercera parte (Empresas asesoras) Se manifiestan como observaciones y aspectos a mejorar.
MEDICIÓN Y/O SEGUIMIENTO	Se originan como resultado del seguimiento que se realiza en los procesos. Y cuando se presenta un indicador en rojo.

	Se puede identificar cuando el Indicador muestra una tendencia a la baja.
INVESTIGACIÓN DEL CLIENTE	Investigaciones de mercado, y encuestas de satisfacción entre otras.
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Se originan como resultado de la revisión por la dirección. Por medio de recomendaciones de mejora.
ACCIÓN INEFICAZ	NO APLICA
OTRO	Se origina como resultado de las no conformidades Provenientes de las auditorias del ente certificador. Recomendaciones de entes externos, Resultados de referenciación competitiva, Riesgo de incumplir un requisito, Una vez superada una situación de emergencia (de acuerdo con planes de emergencia Ambientales y de Salud Ocupacional) entre otros.

6.2 CONDICIONES GENERALES

Las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios o clientes son tramitadas, registradas y verificadas según lo descrito en los procedimientos del SIAU

En el caso, de presentarse una situación que genere una Acción Correctiva o Preventiva, ésta es diligenciada por el personal que se encuentre en cualquier nivel de la organización.

Las acciones derivadas del desempeño de indicadores de gestión serán registradas en el formato ficha técnica de cada indicador medido.

Las observaciones derivadas de auditoría se documentan como acciones preventivas en caso de que sean de alto impacto, riesgo potencial o se consideren trascendentes para el Sistema de Gestión de Calidad, de lo contrario se realizan correcciones las cuales deben ser cerradas sin demora injustificada y su seguimiento se realiza verificando cada informe de auditoría por proceso.

Algunos hallazgos de auditoría interna detectados como no conformidades que ameriten solo corrección no requerirán la documentación de acción correctiva, pero si la evidencia de ejecución de la actividad.

6.3 TRATAMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (Oportunidades de Mejora):

Por medio del siguiente procedimiento se describe el orden de actividades para el tratamiento de las Acciones Correctivas y Preventivas que se generan en el Sistema de Integrado de Gestión del Hospital Gonzalo Contreras.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Identificación	Se identifica la no conformidad, falla, incumplimiento, incidente o situación a mejorar de acuerdo con las fuentes descritas en la tabla 1 y 2 del presente procedimiento.	Líderes del proceso interno y personal involucrado	GC-FO-010 Plan de mejoramiento
2. Diligenciamiento de la Acción	<p>Diligenciar la Acción Correctiva o Preventiva, dependiendo del impacto y fuente de la no conformidad en el formato establecido para tal fin</p> <p>Para la descripción de las no conformidades se debe tener en cuenta:</p> <p>El problema o no conformidad detectada (que) La evidencia objetiva (donde) En caso de que aplique se registra el requisito que incumple documentando la normatividad o el documento que incumple.</p>	Líderes del proceso interno	GC-FO-010 Plan de mejoramiento

Continúa

<p>3. Determinación del correctivo o corrección</p>	<p>Para problemas o no conformidades reales se genera siempre que sea posible un correctivo que permita solucionar los efectos del problema en el momento.</p>	<p>Líderes de proceso y personal involucrado</p>	<p>GC-FO-010 Plan de mejoramiento</p>
<p>4. Determinación de Causas</p>	<p>Determinar las causas de la Acción Correctiva o Preventiva utilizando herramientas estadísticas de calidad, técnicas de por qué (s) o lluvia de ideas, Análisis de Pareto, Diagrama Causa Efecto según lo decida el dueño del proceso, dejando registro de este punto en <i>GC-FO-010 Plan de mejoramiento</i>, utilizando como documento de ayuda el instructivo GC-PR-008 Métodos de Análisis de Causas</p>	<p>Líderes del proceso interno y personal involucrado</p>	<p>GC-PR-008 Instructivo Análisis de Causas</p>
<p>5. Definición del Plan de Acción</p>	<p>De acuerdo con el resultado del análisis de causas, se definen las acciones a tomar para evitar que la no conformidad se presente (no conformidad potencial) o se vuelva a presentar (no conformidad real). Para situaciones a mejorar</p>	<p>Líderes del proceso interno y personal involucrado</p>	<p>GC-FO-010 Plan de mejoramiento</p>

	<p>identificadas se plantean igualmente las acciones a tomar.</p> <p>En cada caso los líderes de proceso interno o responsables directos definen las actividades a realizar, los responsables y las fechas límite de ejecución para las actividades planteadas.</p> <p>El registro de la acción y toda la información necesaria para su seguimiento se lleva en el AC-FO-06 Plan de mejoramiento</p> <p>Cuando las acciones planteadas implican la utilización de recursos se presentan a gerencia.</p>		
<p>6. Ejecución del Plan de Acción</p>	<p>Los responsables descritos en el plan ejecutan las acciones planteadas en las fechas establecidas.</p>	<p>Líderes del proceso interno y personal involucrado</p>	<p>GC-FO-010 Plan de mejoramiento</p>

<p>7. Seguimiento</p>	<p>El Coordinador de Calidad o a quién el delegue realiza el seguimiento a la ejecución de las actividades descritas en los planes de mejoramiento de los procesos.</p> <p>El Asesor de Control Interno realiza el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por parte de aseguramiento de la Calidad y a los derivados de auditorías de control interno.</p> <p>El Asesor de Control Interno realiza seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de eventos adversos analizados en comité técnico científico</p> <p>Los auditores internos realizan seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorias que cada auditor ejecute.</p>	<p>Coordinador de Calidad o a quién delegue</p>	<p>GC-FO-010</p> <p>Plan de mejoramiento</p>

	<p>Los líderes del proceso interno realizan seguimiento a las acciones derivadas del desempeño en los indicadores de gestión, en el formato ficha técnica del indicador.</p> <p>La última actividad de cada acción se recomienda sea la verificación de la eficacia de la misma, el plazo de ejecución debe ser tal que se pueda evidenciar que la no conformidad no se presentó de nuevo.</p> <p>En el espacio reservado para “Seguimiento” se describe lo encontrado y se actualiza el estado de la acción en el plan de acción.</p> <p>El estado de la acción se define de acuerdo con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• En Desarrollo: Si las acciones se encuentran en proceso de ejecución y aún		
--	--	--	--

	<p>no se han cumplido las fechas límite previstas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrasada: si no se ejecutaron las acciones planteadas o si se ejecutaron, pero no se eliminó la no conformidad (el problema persiste). • Cerrada: si se ejecutaron las acciones y puede evidenciarse que se eliminó la no conformidad. • No iniciada: Acción de la cual no se han empezado a ejecutar actividades • Reprogramada: si se asignaron nuevas fechas a las actividades previstas <p>Cuando las acciones tomadas no fueron eficaces se regresa al paso 4 si no se ejecuta el plan de acción, se realiza una reprogramación de las tareas.</p>		
<p>8. Determinación de la eficacia</p>	<p>En el campo establecido para tal fin, se describen claramente las evidencias de verificación de que la acción fue eficaz. (De no ser eficaz se implementa una nueva acción).</p>	<p>Coordinador de Calidad Jefe de control interno Auditor Médico</p>	<p>GC-FO-010 Plan de mejoramiento</p>

7. HISTORIA DEL DOCUMENTO

CONTROL DE CAMBIOS VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	18 de diciembre 2017	Creación del Documento

Anexo H: Formato plan de mejoramiento.

Resulta pertinente trasladar formato de plan de mejoramiento al formato del trabajo, a fin de darle continuidad a lo expuesto donde evidencia todos los documentos que conforman la propuesta.



PROCESO:	SERVICIO:	LIDER:	FECHA		
			DÍA	MES	AÑO

ACCION CORRECTIVA			ACCION PREVENTIVA		ACCION DE MEJORA		HERRAMIENTA UTILIZADA PARA ANALISIS (APLICA PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS)					
EVENTO ADVERSO	<input checked="" type="checkbox"/> INCUMPLIMIENTO <input type="checkbox"/> INDICADOR	<input type="checkbox"/>	GESTION DEL RIESGO	<input type="checkbox"/>	COMITÉS	<input type="checkbox"/>	LLUVIA DE IDEAS, DIAGRAMA CAUSA EFECTO, 5 POR QUÉ?, PARETO (MASP)	<input type="checkbox"/>				
INCIDENTE	<input checked="" type="checkbox"/> RONDAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	RONDAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	REUNIONES DE PROCESO	<input type="checkbox"/>		ANCLA (PARA EVENTOS ADVERSOS)	<input type="checkbox"/>			
QUEJA Y/O RECLAMO	<input type="checkbox"/> RESULTADOS SATISFACCION DEL USUARIO	<input type="checkbox"/>			REFERENCIACION	<input type="checkbox"/>			METODOLOGIA DE ANALISIS PARA ACCIDENTES LABORALES	<input type="checkbox"/>		
INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/>				AUDITORIA INTERNA	<input type="checkbox"/>						
					AUDITORIA EXTERNA	<input type="checkbox"/>						

¿POR QUÉ?	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿QUIÉN?		¿CUÁNDO?	¿CUÁNTO?	SEGUIIMIENTO O EJECUCIÓN	EJECUCION Y SEGUIMIENTO				
			PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN				ESTADO				
								CERRADO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	
RIESGO IDENTIFICADO	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO O ESTRATEGIA	ACCIONES PREVENTIVA			PLAZO LIMITE	RECURSOS ADICIONALES \$						

SEGUIMIENTO Y CIERRE			
VERIFICACIÓN / OBSERVACIONES:	FECHA CIERRE PLAN DE ACCIÓN		
	DÍA	MES	AÑO
	FECHA EVALUACIÓN DE EFICACIA		
	DÍA	MES	AÑO
	EFICAZ:		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
NOMBRE / CARGO Y FIRMA DE QUIEN CIERRA LA ACCIÓN:	NUEVA ACCIÓN?		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
No. Acción:			

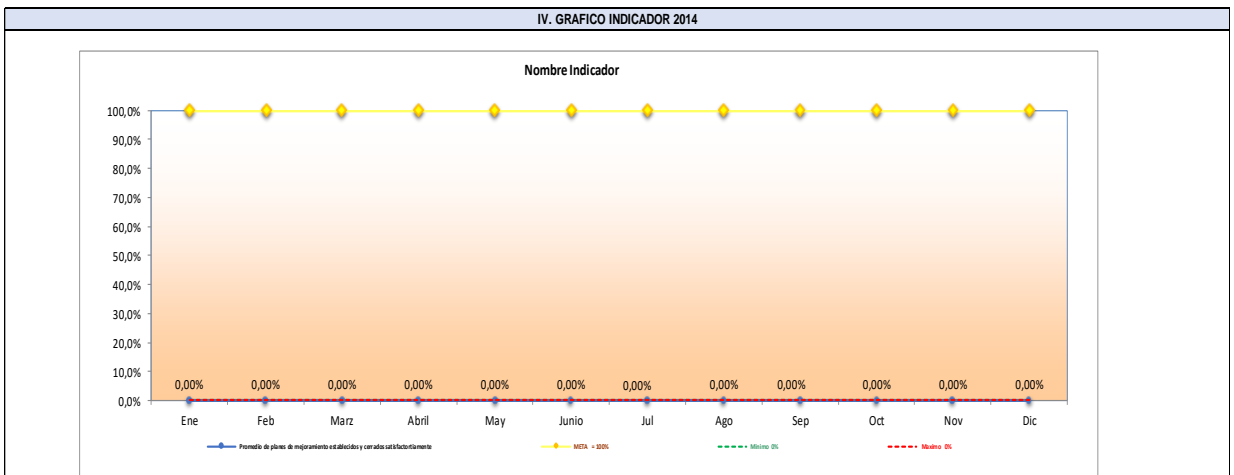
Anexo I: Tablero de control (Indicador de gestión).

Resulta pertinente trasladar el tablero de control al formato del trabajo, a fin de darle continuidad a lo expuesto donde evidencia todos los documentos que conforman la propuesta.

I. DATOS DEL INDICADOR							
NOMBRE INDICADOR:	Promedio de planes de mejoramiento establecidos y cerrados satisfactoriamente						
OBJETIVO DEL INDICADOR:	Evaluar el cierre satisfactorio de los planes de mejoramiento que se establecen en la entidad.						
TIPO DE INDICADOR:	Seguridad	Calidad	Eficacia	Eficiencia	Oportunidad		
	Otros						

II. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y SEGUIMIENTO				
NUMERADOR:	Número de planes de mejoramiento cerrados.		FUENTE DE DATOS:	Asesor de calidad
DENOMINADOR:	Total de planes de mejoramiento establecidos en el periodo.		RESPONSABLE:	Líderes de proceso
UNIDAD DE MEDIDA:	%	FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	3 meses	Asesor de calidad
RANGOS:	Maximo	META =	100%	Minimo
REFERENTES INDICADOR:	Nacional:		Internacional:	

III. DATOS MEDICIÓN INDICADOR														
Año 2014	SEMESTRE I							SEMESTRE II						
	Ene	Feb	Marz	Abril	May	Junio	PROM	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PROM
	Numerador													
	Denominador													
	Resultado													
META =	100,0%	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	
Año 2015	SEMESTRE I							SEMESTRE II						
	Ene	Feb	Marz	Abril	May	Junio	PROM	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PROM
	Numerador													
	Denominador													
	Resultado													
META =	100,0%	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	Valor Meta	



V. ANALISIS DE COMPORTAMIENTO INDICADOR 2014			
MES	ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO	RESPONSABLE	CODIGO PLAN DE ACCION

Anexo J: Diario de campo.

Tabla 19: Diario de campo.

FECHA	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	LUGAR
16/08/2017	Inducción general al hospital.	Se realizó en el auditorio una inducción general, donde se mostraron los valores institucionales, ejes estratégicos entre otros por parte de los líderes del proceso interno del hospital.		Líderes del proceso interno.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
17/08/2017	Entrega plan de acción propuesto para el periodo de prácticas dentro del hospital.	Se entregó el plan de acción para el apoyo en el área de gestión de calidad del Hospital Gonzalo Contreras proyectado para los 5 meses de prácticas.	Uno de los puntos del plan de acción, es el de crear una herramienta para apoyar la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Asesora de Calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Entrega de documentos para actualización.	Se recibió los archivos en memorias y CD'S por parte de los jefes de proceso que han enviado la documentación correspondiente a su área.	Falta que el resto de jefes de proceso envíen la documentación correspondiente a su área para actualizar.		Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Entrega de carpetas digitales.	Se recibe por parte de la auxiliar de talento humano documentos, logos, listado maestro de documentos, entre otros.		Auxiliar de talento humano.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Inicio actualización de documentos.	Se inició el proceso de actualización de logos de documentos por áreas (guías, procedimientos, listas de chequeo, funciones, manuales, entre otros) y se actualizan en el listado maestro de documentos.		Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.

Continuación de la Tabla 19: Diario de campo.

18/08/2017	Recorrido por el hospital y presentación de líderes del proceso interno.	Se realizó un recorrido por el Hospital para conocer la planta física del mismo y se pasó por las oficinas de los líderes del proceso interno para realizar una corta presentación.	Se realiza para conocer las instalaciones del hospital.	Auxiliar de talento humano.	Hospital Gonzalo Contreras.
23/08/2017	Reunión con la Ingeniera y asignación de nuevas actividades.	Se encomendaron nuevas tareas: revisar el proceso de AIEPI, revisión de brechas de habilitación, leer decreto ley 2003 del 2014. sin dejar de realizar las actividades ya propuestas en el plan de acción inicial.		Asesora de calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Inducción sobre el sistema de salud colombiano al cual se rige el Hospital Gonzalo Contreras.	Se realiza una inducción sobre el sistema de salud colombiano, MECI, SOGC, actualidad del sistema, régimen contributivo, régimen subsidiado, actualidad de la región.		Asesor médico.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
24/08/2017	Leer decreto ley 2003 del 2014.	Conocer y entender el decreto ley 2003 del 2014.		Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
25/08/2017	Reunión con la asistente de la asesora de calidad.	Se expuso la situación con unos documentos que no existen o tiene códigos trocados en el listado maestro de documentos.		Gloria Trina, responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
28/08/2017	Inicio registro en base de datos de los documentos actualizados.	Se empieza a llevar un registro de los documentos ya actualizados con su localización en las carpetas.			Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
29/08/2017	Realizar formato para revisión de brechas de habilitación.	Elaborar un formato para revisar las brechas de habilitación a partir del informe de brechas.	Las brechas de habilitación son incumplimientos en los requisitos de habilitación.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.

Continuación de la Tabla 19: Diario de campo.

31/08/2017	Reunión con la asesora de calidad asignación de nuevas actividades y realizar un balance de las actividades propuestas hasta el momento.	Se realizó un balance de las actividades que estaban establecidas.		Aceros de calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Revisión de brechas de habilitación del área de urgencias.	Se reviso con la jefa de urgencias si ya se habían solucionado las brechas que se había encontrado en el informe de brechas.		Jefe de urgencias, responsabilidad propia.	Área de urgencias.
05/09/2017	Entrevista con personal.	Se realizo la entrevista a una persona del personal para conocer sobre el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento en la entidad.	Se desconoce que haya procedimientos sobre el manejo de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
06/09/2017	Buscar información sobre las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Se busca información correspondiente a acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para examinar que documentos o herramientas se deben realizar para la entidad.	La norma NTC-GP 1000 que se debe dar un manejo a las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Solicitud de la historia del hospital a la persona encargada del control interno.	Se solicita la historia del hospital a la persona de control interno ya que es la que más años y experiencia tiene en la entidad.		Responsabilidad propia.	Oficina de control interno.
07/09/2017	Realización entrevista sobre acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento al personal del hospital.	Se realizo la entrevista a una persona del personal para conocer sobre el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento en la entidad.	Se observa muy poco conocimiento sobre acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento en la entidad.		Oficina administrativa.
12/09/2017	Reunión con la asesora de calidad dando nuevas tareas para el proceso de auditoría que se realizara para el área de obstetricia.	Se encomendaron tareas relacionadas a la gestión documental del área de partos del hospital para una futura auditoria por parte del ministerio a esa área.		Asesora de Calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.

Continuación de la Tabla 19: Diario de campo.

19/09/2017	Realización entrevista sobre acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento al personal del hospital.	Se manifestó desconocimiento de que haya procedimientos sobre el manejo de las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.		Responsabilidad propia.	oficina SIAU.
02/10/2017	Inicio de la realización del benchmarking.	En busca de fortalecer el aporte desde la disciplina de la administración de empresas se procede a iniciar con un Benchmarking funcional para el área de calidad de la entidad.		Responsabilidad propia	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
05/10/2017	Inicio de elaboración de documentos para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para el hospital.	Se empiezan a elaborar los documentos para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento según el procedimiento de elaboración de documentos de la entidad.	El hospital cuenta con un procedimiento para la construcción de nuevos documentos.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
27/10/2017	Evaluación de los documentos.	Se mostraron los documentos realizados a la asistente de la asesora de calidad.	Ajuste de parámetros.	Asistente de la asesora de calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
	Copelación de información necesaria para el benchmarking.	Se comienza a buscar la información pertinente de las entidades seleccionadas para la elaboración del benchmarking.		Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
30/10/2017	Aplicación del benchmarking.	Se desarrollan las fases del benchmarking.		Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
14/11/2017	Elaboración de los procedimientos para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Se empezó la elaboración de los procedimientos, análisis de causas y el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	El hospital no cuenta con estos documentos.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.

Continuación de la Tabla 19: Diario de campo.

20/11/2017	Revisar documentación para la auditoria.	Se revisa documentación requerida para una auditoria de Barrios Unidos.	La E.P.S. Barrios Unidos envió un documento con lo que se iba a auditar.	Asesora de calidad, responsabilidad propia.	Hospital Gonzalo Contreras.
08/12/2017	Elaboración de un tablero de control.	Se inicia la elaboración de un tablero de control para el seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.	Para la entidad es importante llevar un seguimiento y un control.	Responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
22/12/2017	Revisión de documentos y agregar logos del hospital.	Se mostraron los documentos a la asistente de la asesora de calidad y con su aprobación se agregaron los encabezados que maneja la entidad.	Se le asigno un código a los documentos para ingresarlo al listado maestro de documentos de la entidad.	Asistente de la asesora de calidad, responsabilidad propia.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.
03/01/2018	Socialización y capacitación de los documentos.	Se realizo la socialización de los documentos que conforman la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento para el hospital.	Los documentos son de fácil entendimiento y manejo.	Responsabilidad propia.	Nuevas oficinas del área administrativa.
11/01/2018	entrega de documentos de la propuesta y demás documentos en los que se trabajó durante las prácticas en la entidad.	se entregaron los documentos de la propuesta para el manejo de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de la entidad y todos los demás documentos que se realizaron, editaron, y se actualizaron durante el tiempo de las prácticas en la entidad.	Se le entrega a la auxiliar de talento humano y a la asistente de la asesora de calidad.	Responsabilidad propia, auxiliar de talento humano y asistente de la asesora de calidad.	Auditorio del Hospital Gonzalo Contreras.

Fuente: Elaboración propia.

