

DISEÑO DE UN SISTEMA ESTRATÉGICO PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR DE SALUD



DISEÑO DE UN SISTEMA ESTRATÉGICO PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR DE SALUD DE LA E.S.E NORTE 1 CON LA NTC ISO 9001:2015, EN EL MUNICIPIO DE SUÁREZ CAUCA-COLOMBIA

MARÍA CRISTINA GRIJALBA HERRERA

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

Marzo de 2025

DISEÑO DE UN SISTEMA ESTRATÉGICO PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR DE SALUD

DISEÑO DE UN SISTEMA ESTRATÉGICO PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR DE SALUD DE LA E.S.E NORTE 1 CON LA NTC ISO 9001:2015, EN EL MUNICIPIO DE SUÁREZ CAUCA-COLOMBIA

MARÍA CRISTINA GRIJALBA HERRERA

Trabajo de Grado Presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de Proyectos

Asesor(a)

Hugo Alejandro Muñoz Bonilla

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

NRC

Marzo de 2025

Contenido

Lista de tablas	5
Lista de figuras.....	6
Lista de anexos.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción del problema.....	12
1.2 La pregunta de investigación.....	14
1.3 Los objetivos de investigación	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación de la investigación.....	15
2. MARCO DE REFERENCIA	17
2.1. Marco de Antecedentes	18
2.2. Marco Teórico.....	24
2.4.1 Norma ISO 9001:2015.	25
2.4.2 Ciclo PHVA	29
2.4.3 Lean healthcare.....	30
2.3. Marco normativo.....	32
3. METODOLOGÍA	36
3.1. Enfoque y alcance de la investigación	37
3.2. Población y muestra.....	39
3.2.1. Definición de la población.....	39
3.2.2. Cálculo y selección de la muestra	40
3.3. Instrumento(s).....	40
3.4. Descripción de procedimientos.....	41
3.5. Análisis de información	42
3.6. Consideraciones éticas	43
3.6.1. Análisis de consideraciones éticas.....	43
4. RESULTADOS.....	45

4.1. Análisis del problema	45
4.1.1. Diagnóstico de la situación actual: hallazgos del cumplimiento de los criterios de la Norma Técnica ISO 9001 del 2015.....	45
4.1.2. Análisis de la encuesta al usuario y al personal que labora.....	52
4.2. Norma ISO	55
4.2.1. Normas de calidad aplicables al sector salud.	55
4.3. Propuesta de la estructura documental, acciones propuestas para los hallazgos del diagnóstico de revisión.	57
4.3.1. Contexto de la organización.....	57
4.3.2. Estructura para la documentación del sistema de gestión de calidad para el servicio de urgencias de la E.S.E NORTE 1.	60
4.3.3. Validación de elementos estratégicos.	62
4.3.4. Listado de los formatos y procedimientos.....	63
4.3.5. Directrices estratégicas.....	64
4.3.6. Mapa de procesos del servicio de urgencia.....	66
4.3.7. Caracterización del proceso del servicio urgencias.....	69
4.3.8. Descripción de los procedimientos.....	83
4.3.9. Formatos de manejo necesarios para la gestión.....	102
5. CONCLUSIONES	103
Referencias.....	105
Anexos	108

Lista de tablas

Tabla 1 Antecedentes Investigativos.....	19
Tabla 2 Monograma de la gestión de calidad en salud en Colombia.....	33
Tabla 3 Esquema metodológico.....	36
Tabla 4 Enfoque de la investigación.....	38
Tabla 5 Alcance de la investigación.....	38
Tabla 6 Hallazgos de cumplimiento de la norma.....	45
Tabla 7 Resultado del Contexto de la organización de la norma.....	46
Tabla 8 Resultado del liderazgo de la norma.....	47
Tabla 9 Resultado de la planificación en la norma.....	47
Tabla 10 Resultado de apoyo de la norma.....	48
Tabla 11 Resultado de operación de la norma.....	49
Tabla 12 Resultado de evaluación de desempeño de la norma.....	51
Tabla 13 Resultado de mejora de la norma.....	52
Tabla 14 Validación de los elementos estratégicos.....	63
Tabla 15 Directrices estratégicas.....	65
Tabla 16 Procesos y subprocesos.....	67
Tabla 17 Caracterización del proceso de urgencias administrativo.....	70
Tabla 18 Caracterización de proceso servicio hospitalario.....	75
Tabla 19 caracterización de procesos de diagnóstico clínico.....	80
Tabla 20 Identificación de procedimientos servicio hospitalario y procesos diagnóstico atención al usuario.....	84
Tabla 21 Procedimiento de atención al usuario ingreso al TRIAGE.....	85
Tabla 22 Procedimiento de atención al usuario consulta médica.....	88
Tabla 23 Procedimiento de atención al usuario exámenes diagnósticos.....	91
Tabla 24 Identificación de procedimientos proceso de servicios hospitalarios y proceso diagnóstico egreso de usuario.....	94
Tabla 25 Procedimiento de egreso al paciente por alta médica.....	96
Tabla 26 Procedimiento de egreso al paciente por traslado a otro nivel de complejidad.....	98
Tabla 27 Procedimiento de egreso al paciente por hospitalización.....	100
Tabla 28 Formatos de quejas y reclamos.....	102

Lista de figuras

Figura 1 Entorno de la organización de acuerdo a la ISO 9001:2015.....	26
Figura 2 Principios de la gestión de calidad ISO 90001:2015	27
Figura 3 Representación de un proceso general.....	28
Figura 4 Principio de mejora continua.....	29
Figura 5 Ciclo PHVA.....	30
Figura 6 Pensamiento Lean Healthcare	31
Figura 7 Estructura para la documentación del sistema de gestión.....	61
Figura 8 Mapa de procesos	68
Figura 9 Diagrama de flujo de procedimiento de atención al usuario ingreso al TRIAGE	87
Figura 10 Procedimiento de atención al usuario consulta medica	90
Figura 11 Procedimiento de atención al usuario exámenes diagnósticos	93
Figura 12 Procedimiento de egreso al paciente por alta medica	97
Figura 13 Procedimiento de egreso al paciente por traslado a otro nivel de complejidad	99
Figura 14 Procedimiento de egreso al paciente por hospitalización	101

Lista de anexos

Anexo 1 Diagnostico de revisión	108
Anexo 2 Análisis de encuestas.....	121
Cuadro 3 Modelo de encuesta.....	130

Resumen

Este proyecto de investigación expone la articulación que existe entre los lineamientos planteados por la norma ISO 9001 del 2015, para construir una línea base que permita establecer y dinamizar la prestación del servicio de salud en el área de urgencias debido a la ausencia de un protocolo de calidad que refiere la E.S.E nivel 1 del municipio de Suárez en el departamento del Cauca.

Ante este contexto se propone delimitar los artículos referidos al sector salud que hacen parte del marco legal en mención, y por consiguiente definir las variables faltantes en la E.S.E Nivel 1.

El esbozo metodológico que se plantea permitió establecer mediante los objetivos propuestos un diagnóstico situacional del área de urgencias, para dimensionar los puntos críticos y aterrizar los procesos necesarios para fortalecer la calidad del servicio al interior de la empresa e impactar positivamente a la comunidad del municipio de Suárez Cauca.

Palabras clave: sistema de gestión, normas, salud, servicio de urgencias y calidad.

Abstract

This research project exposes the articulation that exists between the guidelines proposed by the ISO 9001 standard of 2015, to build a baseline that allows establishing and energizing the provision of health service in the emergency area due to the absence of a quality protocol referred to by the E.S.E level 1 of the municipality of Suárez in the department of Cauca.

In this context, it is proposed to delimit the articles referring to the health sector that are part of the legal framework in question, and therefore to define the missing variables in the E.S.E Level 1.

The methodological outline that is proposed allowed to establish through the proposed objectives a situational diagnosis of the emergency area, to size the critical points and land the necessary processes to strengthen the quality of the service within the company and positively impact the community of the municipality of Suárez Cauca.

Keywords: management system, standards, health, emergency service and quality.

Introducción

En la actualidad la calidad de los servicios de salud a través de los tiempos se han convertido en un factor fundamental para la minimización de los desperdicios de materiales y de tiempo, para la adopción de una filosofía de mejoramiento continuo en las instituciones prestadoras de servicios de salud, en aras de una atención eficiente, con alta calidad y en función de la satisfacción de las partes interesadas, internas y externas, sin olvidar la responsabilidad social empresarial que tienen estas organizaciones.

Por tanto, la integración de los principios de la gestión de calidad postulados en la norma ISO 9001:2015, son una tendencia en los servicios de salud a nivel global porque la filosofía ágil de mejoramiento continuo aporta grandes beneficios al sector salud promoviendo la competitividad al potenciar el mejoramiento de las eficiencias operacionales que se traducen en ventajas sostenibles y en valor añadido a los clientes (Anthony et al., 2019).

Además, desde el año 1947, en el que se crea la organización internacional de estándares (ISO), la norma ISO 9000 ha sido adoptada por alrededor de 170 países de todo el mundo, que incluyen el documento de ISO 9001, con su versión más reciente de ISO 9001:2015, enfatizándose en las definiciones, guías, requerimientos y procedimientos para la sostenibilidad de los sistemas de gestión de la calidad (QMS), siendo la adopción de estos sistemas una acción voluntaria de las organizaciones que desean prevenir riesgos, ser más competitivas, mediante la aplicación de pautas referentes al control, aseguramiento y gestión de la calidad, con miras a insertarse en un mundo globalizado donde es una realidad la Internet de las cosas (Industria 4.0),

esfuerzos que son reconocidos por organismos de certificación autorizados otorgando a las organizaciones la certificación de calidad (Nichos, 2022) Por lo cual se pretende que en las instituciones prestadoras de servicios de salud se tengan sistemas de gestión de calidad, de manera que se tenga eficiencia en los servicios, ventajas competitivas sostenibles y valor agregado para todas las partes interesadas, tomando como referencia los hallazgos sobresalientes sobre sistemas de gestión de calidad, las herramientas y técnicas aplicadas a la salud y los beneficios en mejoramiento de calidad del servicio de emergencias ofrecido (Rozo et al., 2016; Pérez, 2022).

Así, dentro de los servicios de emergencias, dado que existen barreras o deficiencias en la calidad del servicio, derivadas de los desperdicios de materiales, faltas de señalización adecuada de las áreas, deficiencias en el manejo de inventarios de los medicamentos, desperdicios de tiempo en las etapas de la atención de urgencias, entre otros, es necesario enfocarse en los sistemas de calidad como primer paso hacia el mejoramiento continuo hacer propuestas de implementación de los sistemas de gestión de calidad ISO 9001:2015 como se pretende en este documento.

En el municipio de Suárez Cauca, la empresa del sector salud E.S.E Norte 1 expone la necesidad de mejora en las prestaciones de los servicios de urgencias, esto debido a que no existe un protocolo articulado de las áreas que permitan una prestación de acuerdo a la norma. En esta investigación se articula una propuesta metodológica que permita un diagnóstico, esbozar y finalmente dar estructura a los puntos críticos del área de urgencias que se encuentran relacionados en la norma y que son objeto de estudio. Finalmente se establece la necesidad de construir un protocolo desde un sistema de gestión de calidad en el sector salud de la E.S.E Norte Nivel 1 con la NTC 9001 del 2015 para el municipio en estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

A nivel mundial, desde 1980 se examina la calidad de los servicios de emergencias en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, en distintos países, enfatizando en los factores que causan la saturación de los servicios de emergencia y sus impactos sobre la satisfacción de los usuarios, la calidad de los servicios prestados en urgencias, la percepción del personal de salud y las variables psicosociales implicadas, así como las estrategias que se utilizan para enfrentar esta problemática, como limitar el número de acompañantes, definir las pautas de tratamiento ambulatorio, mejorar el triage y los servicios radiológicos, entre otros (Sartini et al., 2022; Hsu et al., 2018; De Almeida et al., 2015).

Entre los factores que influyen en las fallas de calidad en los servicios de urgencias, particularmente, la saturación del servicio, está la prolongada permanencia, tiempos prolongados de tratamiento, desequilibrio entre el flujo de pacientes y los recursos hospitalarios disponibles, ya sean de personal, de espacio, radiológicos, laboratorios, de camas disponibles o procesos ineficientes, por ejemplo, un inadecuado triage, o procesamiento de información (Pines & Bernstein, 2015).

En Colombia, los sistemas de calidad se han convertido en una plataforma de proyección y crecimientos para todos los entes productivos. No obstante, la gran acogida de normas como la ISO 9001, se hace necesaria la incorporación de nuevas herramientas que permitan renovar estrategias empresariales y dar respuestas oportunas a nuevos requerimientos en cuanto a calidad, medio ambiente y seguridad, y salud en el trabajo. Por lo anterior, pensar en la implantación de un Sistema de Gestión (SG),

se ha convertido para las organizaciones en una solución práctica y acertada para optimizar la calidad en todos sus niveles, (HUGO HERNANDEZ PALMA – 2017).

En el departamento del Cauca, se presentan deficiencias notorias de calidad en el servicio de salud debido a la falta de recursos humanos (enfermeros, doctores, especialistas y de mas) necesarios para población existente, así como la relación oferta demanda entre el tiempo de espera y el riesgo de atención, es tanto así la falta de un sistema de gestión de calidad en el departamento que la secretaria de salud del departamento del Cauca en el año 2022 ordena la suspensión del servicio de urgencias en la CLINICA LA ESTANCIA DE POPAYAN

“el prestador **NO CUMPLE** las condiciones básicas mínimas para la prestación de los servicios de salud habilitados, con lo cual se encuentra en riesgo inminente en la prestación de los mismos y no hay seguridad para los pacientes atendidos; por lo tanto, la Secretaría de Salud Departamental como autoridad competente para la aplicación de las medidas de seguridad y según lo dispuesto en el Artículo 576 de la ley 9ª de 1979 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, impuso esta medida de seguridad”

De acuerdo a lo anterior las entidades de salud del departamento del cauca presentan una calidad baja del servicio, es ahí donde exponemos específicamente en los municipios de Buenos Aires y Suarez la IPS llamada “la E.S.E NORTE 1 que cuenta con dos sedes la principal en el municipio de Buenos Aires y la otra en el municipio de Suarez es una empresa que maneja recursos destinados a la prestación de servicios de salud tales como consulta externa, odontología, exámenes de laboratorio y servicios de urgencias de nivel 1 donde La problemática es la mala calidad en la atención que se presenta en la sala de urgencias de dicho municipio; esta problemática es debida a que el municipio no cuenta con la ejecución de un sistema de gestión de calidad en el área y comprometido a esto se sostenga una notoria ineficiencia en el proceso de ejecución y coordinación de los procedimientos; siendo así una debilidad en la prestación del servicio.

Adicionalmente está la situación de que la sede de Suarez es una dependencia

de la sede de Buenos Aires no cuenta con recursos propios para su funcionamiento, adicionalmente la llegada de dichos recursos desde la sede principal a la sede secundaria se ve con demoras por la distancia, muchas veces por no llegar o no son suficientes para las dos sedes donde lo que llegan la prioridad es la sede principal presentando así una gran cantidad de falencias en la red del servicio en el área de urgencias.

Por consiguiente, una baja calidad en la prestación del servicio afectando a la comunidad directamente, la cual, por ubicación, y cercanía a hospitales de más nivel presenta un alto flujo de paciente y notorio uso de este servicio, aumentando así el déficit de calidad del servicio

Por lo que se llega a la conclusión de que no cuenta con un modelo de sistema de gestión de calidad que permita a la organización llevar una mejora permanente a la calidad de los productos o en este caso los servicios prestados al cliente.

Finalmente, esta investigación establece la necesidad de aportar metodológicamente a la construcción de un sistema de gestión de calidad en la prestación del servicio de salud para la E.S.E. Nivel 1 en Suárez Cauca, municipio que históricamente es catalogado como vulnerable por lo tanto es fundamental sentar una línea base para el mejoramiento de la organización y potenciar la mejora continua en las poblaciones con indicadores bajos en sus necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.)

1.2 La pregunta de investigación

¿Cómo una propuesta del diseño del Sistema de Gestión de calidad en el área de urgencias de la ES.E 1 Suarez Cauca mejoraría la prestación del servicio?

1.3 Los objetivos de investigación

1.3.1 Objetivo general

Proponer metodológicamente un sistema de gestión de calidad en el proceso de urgencias de la E.S.E NORTE 1 con la NTC ISO 9001 (2015), en el municipio de Suarez

cauca.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico para identificar los procesos del área de urgencias que requieren la necesidad del sistema de gestión de calidad.
- Esbozar las normas de calidad aplicables al sector de salud para su cumplimiento por parte del proceso de urgencias de la E.S.E NORTE 1.
- Definir la estructura para la documentación del sistema de gestión de calidad para el proceso de urgencias de la E.S.E NORTE 1.

1.4 Justificación de la investigación

Los problemas de calidad existentes en los servicios de urgencias a nivel mundial, han promovido la implementación de los sistemas de gestión de calidad lo que significa adoptar en los servicios de salud una visión sistémica de los procesos que se deben medir con referencia al cumplimiento de metas, ausencia de errores, satisfacción de los clientes y pautas de mejoramiento continuo, a través de la implementación de estrategias y herramientas que mejoren el trabajo en equipo, disminuyan las colas de espera por los problemas de saturación(Kelly, 2003).

Luego, el mejoramiento de los servicios de salud, que está en las agendas de la gestión de organizaciones 1990, implicando el mejoramiento de la gestión en las cadenas de suministro, el pensamiento sistémico y la calidad, así como la adopción de una filosofía de mejoramiento continuo para mantener los logros a nivel de la salud y cuidado social que requieren los pacientes (Williams, 2017).

Por lo cual el mal proceso de la prestación del servicio de urgencias en el área

de salud en Colombia es una problemática no desconocida y que se viene presentando año tras año a nivel general, con agravantes en las zonas rurales y de acceso difícil, trae consigo un conjunto de decepciones y desinterés de todas las partes involucradas, quienes toman como referencia los casos de otras entidades de mejores recursos económicos e infraestructura y con mejor prestación de dicho servicio.

Dado que el desarrollo de esta investigación sigue los lineamientos establecidos en la metodología de investigación, que está conformada por una estructura teórica, conceptual y metodológica garantiza lineamientos y líneas de argumentación claras, por lo que sus resultados enriquecerán la investigación académica.

Esta investigación se convierte en un aporte de mejora frente a un tema de amplio contexto y de interés de todos los cuidados del país y un aporte a los sistemas de gestión de calidad ya sea de servicio o de producto, con un enfoque en el sector salud nivel 1. Por lo tanto, desde el enfoque de la ingeniería industrial se pretende establecer un proceso de mejora desde la gestión que integre áreas de interés para fortalecer la prestación del servicio en este caso de especial interés para la salud humana.

Desde un punto de vista práctico, este trabajo se convierte en un espacio para reforzar parte de los conocimientos adquiridos por los ingenieros en el curso de calidad, generando un aporte al crecimiento profesional.

2. MARCO DE REFERENCIA

En Colombia un país de 51.6 millones de habitantes en su mayoría personas de estrato 1 y 2 que pertenecen al régimen de salud subsidiado y que reciben un servicio de salud de mala calidad, se encuentra ubicado el departamento del Cauca que cuenta con 42 municipios, en su zona norte se ubica el municipio de Suarez con una población de 33.762 habitantes, está ubicado al suroccidente de Colombia, al noroccidente del departamento del Cauca, dirigido como entidad territorial, se encuentra entre las coordenadas IGA 1°026.000 E, 802.000N a 1°048.000 E, 832.000 N. Limita al norte y oriente con el municipio de Buenos Aires, al suroriente y al sur con el municipio de Morales y al occidente con López de Micay, con una extensión de 389,87 Km², de los cuales 3,57 Km² corresponde a la parte urbana y 386,30 a la zona rural; con una altura sobre el nivel del mar de 1.50 m, contando con un número exacto de 9 corregimientos y 62 veredas los cuales se distribuyen en la zona rural del municipio, dentro del cual está localizada la sede E.S.E NORTE 1 centro de salud único y puntual para la atención de los habitantes, con una infraestructura obsoleta y con mínimos recursos para brindar un óptimo servicio no solo a sus habitantes locales si no a los de su alrededor.

El hospital de Suarez Cauca; se encuentra ubicado sobre la vía principal del barrio la Esperanza alta diagonal a la iglesia Alianza Cristiana, fue fundado en el año 1985 por la compañía CVC en acuerdo con la comunidad, puesto a que se llegó a este arreglo por la construcción de la represa en el río Cauca, el acuerdo se dio dado que la comunidad decidió vender sus predios para la construcción de la represa ahora llamada la “salvajina” por tanto llegaron a mutuo acuerdo de que necesitaban atención hospitalaria, la empresa CVC decidió proponerles como beneficio la construcción de un hospital para el bienestar de la comunidad y como parte de indemnización hacia ellos.

Sus instalaciones están conformadas de la siguiente manera, 50% de la parte lo que constata las instalaciones pertenece a consulta externa contando con su recepción donde se procede a facturar las consultas y procedimientos, en este fragmento de sus instalaciones cuenta con: Farmacia, Laboratorio, Odontología, Vacunación, Consultorio de control de crecimiento y desarrollo, Programa de hipertensos, Radiología, 3 consultorios médicos los cuales son distribuidos entre los médicos generales. El 25% de sus instalaciones pertenece a hospitalización y bodega. Por ultimo con un 25% fue distribuido para la sala de urgencias donde ese pequeño porcentaje se distribuye de la siguiente manera: Sala de espera, Sala de procedimientos, Sala de reanimación, Sala de camas y observación, Estación de enfermería, Sala de partos, Cuarto médico, Cuarto de enfermería, Salón de monitoreo prenatal.

2.1. Marco de Antecedentes

En la tabla 1 se exponen los antecedentes investigativos que aportan a la propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad Lena Healthcare ISO 9001:2015 en el área de urgencias del punto de atención Suárez, Cauca, de la E.S.E Norte 1.

Tabla 1 Antecedentes Investigativos

TITULO	AUTOR	APOORTE A LA INVESTIGACIÓN
Una revisión sistemática de lean en el cuidado de la salud: una perspectiva global	(anthony et al., 2019)	La filosofía lean de mejoramiento continuo se ha expandido desde el sector industrial hacia las organizaciones de servicios, particularmente en el sector de atención primaria en salud, haciendo necesario que se investigue sobre los factores de motivación, los retos y beneficios de la implementación de esta filosofía en el cuidado de la salud. en este artículo se abordan los factores motivacionales, limitaciones o cambios necesarios en tema de salud para la adopción de esta filosofía y sus beneficios concomitantes, realizando una revisión de literatura a nivel global.
Lean en el cuidado de la salud: una revisión comprensiva.	(d'andreamatteo et al., 2015)	En los últimos 15 años la filosofía lean adaptado implementado en el cuidado de la salud, formándose el denominado lean healthcare, a partir de los años 2000 de manera que es necesario explorar los principales problemas y retos que encuentra la implementación de este tipo de pensamiento en las instituciones de salud, para poder tener presente las barreras, los retos y los resultados que se puedan obtener con esta herramienta de mejora continua, meta válida en los sistemas de salud de Colombia y particularmente en los servicios de emergencias.

TÍTULO	AUTOR	APORTE A LA INVESTIGACIÓN
Dramática radiografía de los servicios de urgencias en Colombia	Carlos francisco Fernández y Rony Suárez periódico el tiempo 10 de febrero 2020, 07:14 a. m.	El país necesita con urgencia aplicar sistemas de gestión de calidad que empiecen por un modelo de atención adecuado y el origen de una política de formación integral del talento humano que responda a las necesidades de los usuarios en este y otros servicios.
Diseño de un sistema de gestión de calidad en la E.S.E hospital regional de bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009	(Berrio & Cabarcas, 2016)	Buscar que las entidades prestadoras de servicios de salud aprovechen todas las herramientas disponibles en la actualidad para el mejoramiento de la calidad a fin que se pueda diseñar un sistema de gestión de calidad que permita al hospital regional de bolívar medir y evaluar efectivamente la forma en que se llevan a cabo sus procesos y ajustar sus políticas a lo dispuesto en la ley 872/2003, aplicando la ntc gp 1000:2009 permitiéndole fortalecer sus procesos y que se traduzcan en una mejor oferta de servicios a los clientes – ciudadanos aumentando su satisfacción
La importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad los procesos misionales de las empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia	(Baquero, 2014)	Los sistemas de gestión de calidad son muy importantes en las empresas prestadoras de servicios de salud para obtener un mejoramiento de la planeación, implantar la filosofía del mejoramiento continuo en la organización y la implementación de los controles existentes en la normatividad, asegurando que se tiene una buena calidad en el servicio y se tenga una buena satisfacción

TITULO	AUTOR	APORTE A LA INVESTIGACIÓN
<p>Aplicabilidad del método de gestión 5s para el mejoramiento de la calidad en las instalaciones de cuidado de la salud: una revisión</p>	<p>(Kanamori et al., 2015)</p>	<p>de las necesidades de los usuarios. en el caso actual a partir del diagnóstico de las condiciones en el punto de atención de la E.S.E norte uno de Suárez cauca, se puede mejorar el servicio de urgencias</p> <p>El método de gestión 5s (donde 5s se refiere a clasificar, ordenar, pulir, estandarizar y mantener) surgió originalmente en las empresas industriales de japon, particularmente toyota y se introdujo luego al sector manufacturero en el oeste y eventualmente empezó a aplicar en el sector de la salud para organizar y estandarizar el lugar de trabajo.</p> <p>en el punto de atención de Suárez, cauca de la E.S.E norte 1, necesaria esta organización estandarización del lugar de trabajo porque no existen señalizaciones ni tampoco implementación de procesos de triage o de organización la documentación, entre otros, con lo cual este método es muy importante para el mejoramiento continuo de la atención de emergencias en esa institución de salud.</p>

TÍTULO	AUTOR	APORTE A LA INVESTIGACIÓN
Evolución del sistema de producción de Toyota	(Wada, 2020)	<p>El sistema de producción de Toyota refiere a la experiencia basada en la filosofía just in time (justo a tiempo), que disparó las ventas de la compañía a grandes niveles de los años 1980, siendo uno de los puntos importantes de la implementación del control de la calidad de los sistemas de información sobre los procesos que se llevan a cabo en cada uno de las secciones de la planta de producción, donde se renovaron las herramientas introduciendo la tecnología de punta para la época, se hizo la sistematización de procesos y de información, reduciendo los tiempos muertos.</p> <p>Estas ideas se pueden aplicar, a los sistemas de salud donde la gestión de calidad es de gran importancia para mejorar continuamente la calidad de los servicios prestados, en particular en los servicios de urgencias que normalmente están saturados reduciendo los tiempos muertos, sistematizando los procesos portantes y mejorando la infraestructura que soporta exámenes de gran demanda como los rayos x o la forma en que se trasladan los pacientes graves en ambulancias.</p>
Propuesta de un sistema de gestión de calidad basado en ISO 9001:2015 en el área de emergencia del hospital León Becerra	(Pérez, 2022)	<p>se propone un sistema de gestión de calidad basado en la norma internacional iso 9001:2015, para mejorar el servicio de emergencias en los león becerra; se utiliza como herramienta una lista de verificación (check list) para mirar si en los procesos</p>

TÍTULO	AUTOR	APORTE A LA INVESTIGACIÓN
<p>implementación de ISO 9001: 2015: guía práctica para disipar los mitos acerca de los sistemas de gestión de calidad</p>	<p>(Nichos, 2022)</p>	<p>datos de urgencias se cumple con la norma o no; de esa forma es posible detectar dónde están los incumplimientos y plantear estrategias para obtener una mejora, a fin de mejorar la satisfacción de los clientes. esta estrategia de utilización de una lista de creación se utiliza aquí para hacer este mismo tipo de diagnóstico y plantear en la propuesta probables soluciones a las fallas encontradas. En este libro se enfatizan los puntos importantes a tener en cuenta para una implementación adecuada de la norma ISO 9001:2015 en las organizaciones, exponiendo los mitos que deben disiparse y enfatizando en los hechos a tener en cuenta, enfocándose en los sistemas de gestión de calidad y sus requerimientos, la planeación, las pautas de soporte del sistema de gestión de calidad, la documentación requerida, el control de productos, procesos y servicios; la evaluación del desempeño, las pautas de auditoría, la revisión de la gestión, e igualmente, el control, aseguramiento y gestión de la calidad en la organización. esta guía es muy importante a la hora de plantear propuestas de gestión de la calidad en el punto de atención de Suárez, Cauca, donde la E.S.E norte 1 en su servicio de urgencias.</p>

TÍTULO	AUTOR	APORTE A LA INVESTIGACIÓN
Modelo de calidad lean healthcare ISO 9001 en el departamento de emergencias diseñado a partir de revisión de literatura	(Rozo et al., 2016)	<p>Este artículo aportaba importante es características derivadas de la revisión de la literatura como insumo para la construcción de una propuesta de un modelo de calidad lean healthcare ISO 9001:2015 en los sistemas de urgencias, con miras a orar la calidad de los servicios ofrecidos, garantizando que sean acreditados en calidad a través de las ventajas ofrecidas por la implementación de pautas lean en los servicios de salud, enfocándose en las competencias del talento humano que labora en los servicios de urgencias y en los desperdicios de recursos y de tiempo implicados en la atención.</p> <p>Con base en el modelo propuesto aquí, se toman ideas para solucionar el problema de la presente investigación.</p>

Fuente. Elaboración propia

2.2. Marco Teórico

A continuación, se describen los diferentes tópicos conceptuales sobre los cuales se protocoliza la investigación, se logra articular un proceso de las escalas a nivel internacional, regional y local; donde cada uno de los aspectos clave se relacionan de manera integral para visibilizar el objeto de este estudio. Por lo tanto, es necesario realizar un esbozo que logre construir una ruta para las observaciones necesarias en los puntos críticos de la prestación del servicio de salud y su relación con la norma ISO 9001.

2.4.1 Norma ISO 9001:2015.

La norma ISO 9000 es una guía que proporciona conceptos, principios y definiciones que pueden ser utilizadas para el establecimiento de un sistema de gestión de calidad con un lenguaje común de aceptación internacional que facilita la acreditación de calidad, siendo el primer paso la comprensión del contexto de la organización donde se quiere establecer estándar, identificar, analizar y comprender el entorno de negocios en el que está inmersa y la manera en que presta sus servicios o elabora sus productos, teniendo en cuenta que una organización es un conjunto de entidades de negocios (funciones o sistemas, internos o externos) que interactúa y se interrelacionan intercambiando información y materiales (Abuhav, 2017).

En este contexto se establecen entonces los parámetros sobre los cuales se enmarco la investigación, para poder definir los procesos en los cuales la E.S.E Norte 1, objeto de este estudio debe apropiarse para delimitar el funcionamiento en el área de urgencias desde la prestación de los servicios de salud. A nivel departamental, los indicadores de salud del Cauca, evidencian que las necesidades básicas insatisfechas (NBI) deben ser atendidas para minimizar los impactos negativos derivados de los bajos estándares de calidad.

Figura 1 Entorno de la organización de acuerdo a la ISO 9001:2015



Fuente. <https://iveconsultores.com/contexto-organizacion-iso-9001/>

A partir de la integración e interacción de las entidades de negocios, sus funciones, factores, procesos, entradas y salidas, barreras y limitaciones impuestas por los problemas internos y externos, que impactan la habilidad de la organización para realizar su misión y por tanto cumplir sus metas y objetivos, es de donde debe partir la estrategia de negocios y la fijación de objetivos del sistema de gestión de la calidad (QMS) (Abuhav, 2017).

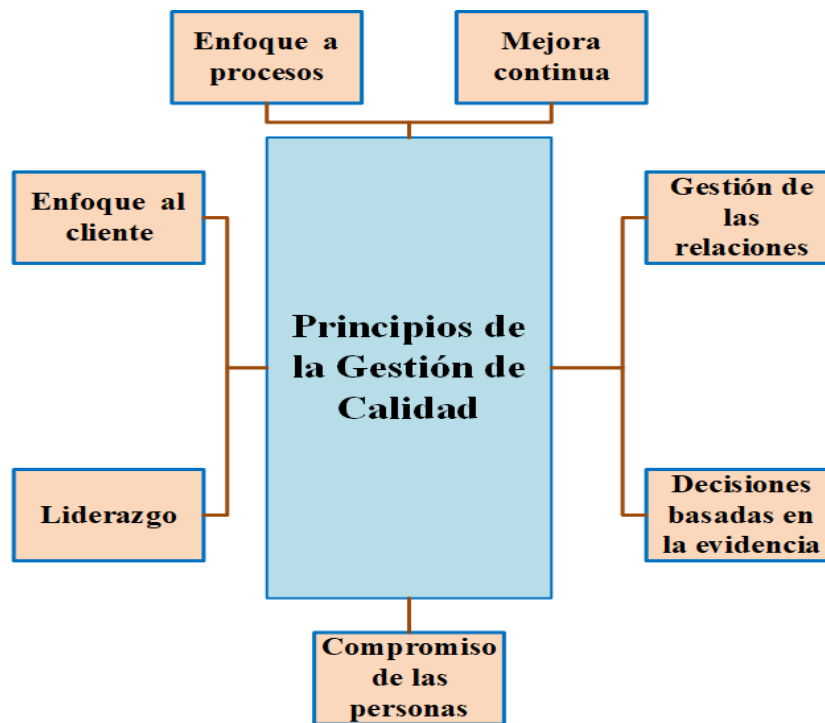
Esto implica tres cambios importantes: considerar la organización sistema, junto con sus relaciones e interacciones con su contexto; establecer de forma proactiva requerimientos para considerar los riesgos en el sistema, los procesos y los productos, para poder aprovechar las oportunidades disponibles y no sólo mitigar los riesgos; establecer requerimientos para

Planear las pautas de transformación y mejoramiento continuo, no sólo la

resolución de problemas (Gillett et al., 2015).

La gestión de calidad se basa en siete principios fundamentales, de los cuales son de gran importancia para las organizaciones prestadoras de servicios de salud el enfoque a procesos, el enfoque en el cliente y la filosofía de mejora continua. Ver figura 2.

Figura 2 Principios de la gestión de calidad ISO 90001:2015

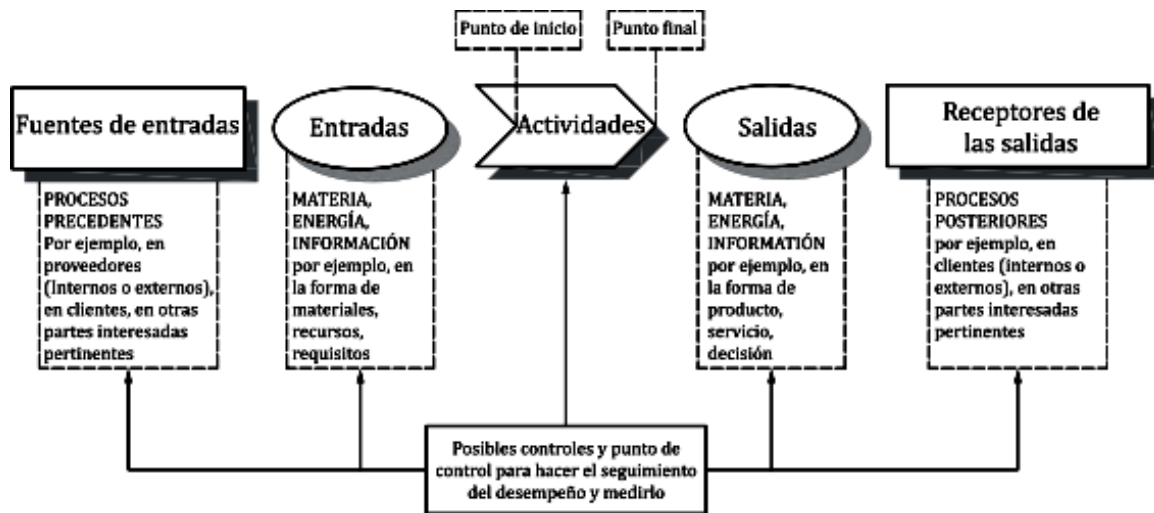


Fuente. Elaboración propia

El enfoque a procesos necesita definir y gestionar de forma sistemática las interacciones entre los distintos procesos organizacionales para alcanzar los resultados plasmados en la política de calidad y la dirección estratégica, a través del ciclo de la calidad con el enfoque basado en riesgos; se logra así dotar a los procesos de valor agregado, controlarlos según los riesgos que enfrentan, desempeñarlos de forma eficaz y mejorarlos con base en la información y datos pertinentes (International Standards Organization, 2015) Los elementos de un proceso general son fuentes de entrada (procesos precedentes), entradas (los insumos que se requieren proceso como energía,

materiales, información), las actividades, con su punto inicial y final, las salidas y los receptores de las salidas, es decir los procesos posteriores. Ver figura 3.

Figura 3 Representación de un proceso general



Fuente. International Standards Organization, 2015, p.8

La mejora continua refiere a la posibilidad del sistema de gestión de calidad para mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos con miras a obtener un valor agregado que haga que los clientes estén satisfechos con el producto o servicio recibido, implicando gestión de recursos; medición y análisis de las mejoras por parte de la dirección de calidad que plan los requisitos para satisfacer los clientes. Ver figura 4

Figura 4 Principio de mejora continua

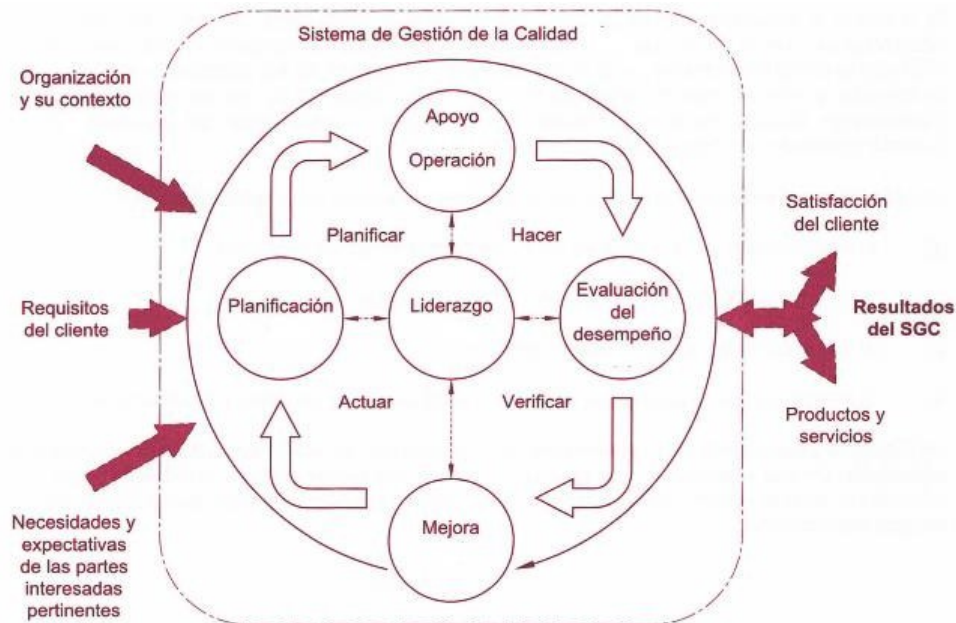


Fuente. <https://www.normas-iso.com/iso-9001/#topheader>

2.4.2 Ciclo PHVA

El ciclo de la calidad PHVA, consta de cuatro momentos: *planificar* los objetivos del sistema calidad y de sus procesos, apoyándose en los recursos necesarios para lograr los resultados de acuerdo a las necesidades del cliente y las políticas organizacionales, identificando riesgos y oportunidades; *hacer*, refiere a implementar lo que se ha planeado; *verificar* consiste en realizar el seguimiento y medición de los procesos, productos o servicios, con referencia a las políticas, objetivos, requerimientos y actividades planificadas, y generar los informes requeridos; *actuar*, tomar acciones para mejorar el desempeño cuando sea necesario. Ver figura 5.

Figura 5 Ciclo PHVA



Fuente. International Standards Organization, 2015, p. 24

2.4.3 Lean healthcare.

Para enfrentar los problemas en el entorno complejo de los servicios de salud se hace necesario un cambio de pensar, promovido por el uso de las herramientas Lean, que permiten el rediseño del cuidado procesos de mejoramiento que se traducirán en los logros y resultados significativamente sostenibles para los pacientes, el personal de atención, los médicos y los sistemas de salud. Lean permite que el valor del servicio se cree con ayuda del cliente final puesto que estos están en medio del proceso de atención de los cuidados de su salud, de manera que se puede ver como un sistema socio técnico de mejoramiento del desempeño en todos los niveles de una organización (Stark et al., 2023).

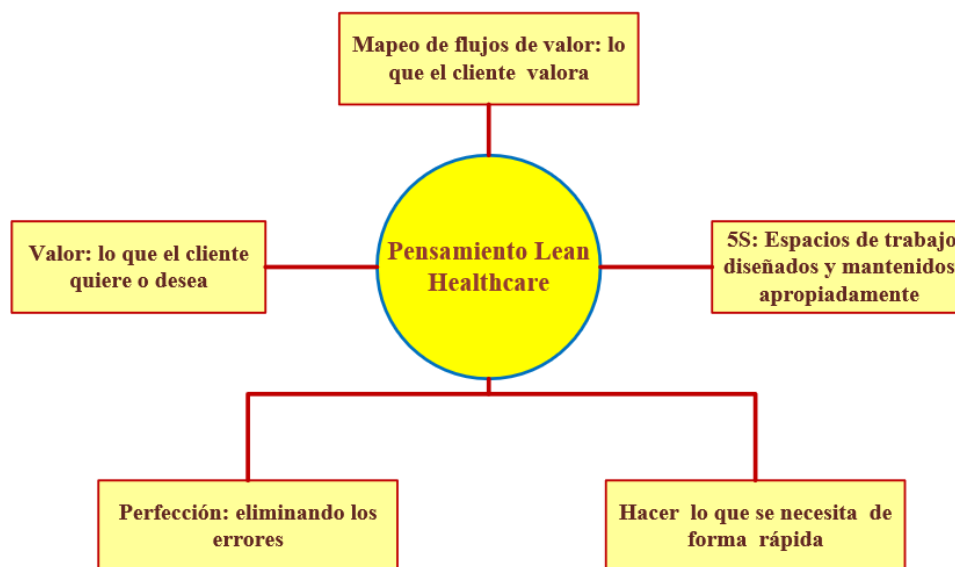
Lean permite diseñar los entornos de trabajo involucrando todos los niveles de

la organización, de los líderes que crean la cultura de mejoramiento, hasta aquellos que lo ejecutan, enfocándose en la satisfacción de todas las partes interesadas, para crear valor a través de servicios que involucran la filosofía del mejoramiento continuo, dado que *la calidad* de un servicio o producto, es el nivel de satisfacción de sus beneficiarios en relación con las

Expectativas expresadas en un marco de referencia como los niveles de la pirámide de necesidades humanas de Maslow (Jaccard & Ljungberg, 2013)

El pensamiento Lean Healthcare busca la perfección en los servicios de salud, creando valor para el cliente. Ver figura 6.

Figura 6 Pensamiento Lean Healthcare



Fuente. Elaboración propia con base en Pyzdek (2021)

Finalmente, al establecer un sistema de gestión de calidad se logra

implementar un marco normativo para mejorar procesos al interior de la organización, en este caso para la E.S.E. Nivel 1 del municipio de Suárez, debido a las condiciones actuales del territorio y en el cumplimiento de los estándares requeridos en el área de urgencias, es necesario la definición de una política de calidad que integre actores con responsabilidad y garantice un ciclo continuo para su sostenibilidad.

2.3. Marco normativo

Cuando el objetivo es realizar una propuesta de un sistema de gestión de calidad en una entidad prestadoras de servicios de salud en Colombia, con el fin de tener un mejoramiento del servicio de urgencias, con miras a la obtención de la excelencia en la gestión clínica y la sesión de la atención en salud, generando valor agregado los clientes, se debe examinar el marco legal correspondiente, de modo que se cumpla con las exigencias con referencia a los sistemas de gestión de calidad en salud, las garantías y capacidades tecnológicas que las organizaciones deben tener, los aspectos de acceso a los servicios de salud, el sistema de información de calidad en salud, las pautas de acreditación, entre otras. Ver tabla 2.

Tabla 2 Monograma de la gestión de calidad en salud en Colombia

Normograma

<i>Tipo de norma</i>	<i>No</i>	<i>Fecha</i>	<i>Interpuesta por</i>	<i>Descripción</i>
<i>Ley</i>	872	2003	Congreso de Colombia	<i>Esta ley define la creación del Sistema de Gestión de la Calidad, las características del sistema, requisitos para su implementación y funcionalidad en la Rama Ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.</i>
<i>Decreto</i>	1011	2006	Presidente de la República de Colombia	<i>Este Decreto define el sistema de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud; además de esto habla de las disposiciones generales, la organización del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, del sistema de habilitación, de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, del sistema único de acreditación y del sistema de información para la calidad</i>

<i>Decreto</i>	133	2010	Presidente de la República de Colombia	<i>Este Decreto define medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios; además de esto habla de las medidas tendientes al mejoramiento del flujo de recursos entre entidades responsables de pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud de igual forma habla de las medidas para racionalizar las actuaciones de las instituciones públicas prestadoras de servicios</i>
<i>Resolución</i>	1441	2013	Ministro de Salud y Protección social	<i>Esta resolución establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud como la capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa, con el fin de habilitar los servicios e implementar el componente de Auditoría para el mejoramiento</i>

<i>Resolución</i>	1445	2006	Ministerio de la protección social	<i>Esta Resolución establece los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud, como una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las Empresas de Salud desarrollan un proceso constante y sistemático de autoevaluación interna y revisión externa que les permite detectar oportunidades de Mejora y afianzar fortalezas.</i>
<i>Resolución</i>	1446	2006	Ministerio de la protección social	<i>Esta Resolución define el sistema de información para la calidad y adopta los indicadores para monitoreo del Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en</i>
<i>ISO</i>	<i>9001</i>	<i>2015</i>	<i>Norma Internacional</i>	<i>Esta define la base del Sistema de Gestión de la Calidad, centra todos los elementos de Administración de calidad con los que una Empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus servicios y productos. Se enfatiza en la prevención de riesgo y en la atención de los procesos para obtener calidad y satisfacción del cliente, con</i>

Fuente. Adaptado de Baquero, 2014, p.8

3. METODOLOGÍA

El presente proyecto se ve envuelto al inicio en una investigación de tipo descriptivo documental, investigación busca el conocimiento inicial de una comunidad, un contexto, una situación, una variable o un conjunto de variables. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Para continuar con una investigación de tipo deductiva explicativa logrando así un porqué de la situación y una mejora.

Para el desarrollo y fiel cumplimiento de los objetivos se presenta una metodología dividida en tres fases.

Tabla 3 Esquema metodológico

Objetivo	Actividad	Instrumento	Producto a obtener
Realizar un diagnóstico para identificar los procesos del área de urgencias que requieren la necesidad del sistema de gestión de calidad.	Diseño de check list.	Computador	Documentos que nos permitan de manera breve saber la situación actual del servicio de urgencias.
	Visita para la aplicación del check list.	Papelería y lapicero	Recopilar información por parte de los usuarios.
	Diseño de encuesta a usuarios y a empleados.	Papelería y lapicero	Recopilar información por parte del personal.
	Visita para la aplicación de encuestas a usuarios y a empleados.	Cámara, papelería y lapicero	Un enfoque detallado de cómo se está realizando la ruta de atención del servicio de urgencias.
	Análisis de la logística de la atención al usuario.	Computador	Un contexto real de lo que está sucediendo en el área de urgencias.
	Realizar una revisión Detallada de la norma iso 9001- 2015.	Computador	

Objetivo	Actividad	Instrumento	Producto a obtener
Esbozar las normas de calidad iso 9001 de gestión de calidad al sector de seguridad y salud.	Sacar de la norma los requisitos necesarios para la realización del sistema de gestión de Calidad.	Computador	Elementos y requisitos necesarios para realizar el sistema de gestión.
Definir la estructura para la documentación del sistema de gestión de calidad para el proceso de urgencias de la e.s.e norte 1.	Realizar la matriz de priorización con las variables y análisis de los requisitos para el mejoramiento continuo.	Computador	Una propuesta para la implementación de un sistema de gestión de calidad, que nos permita mejorar la eficiencia y eficacia de esta empresa dando así un beneficio satisfactorio, a la comunidad.

3.1. Enfoque y alcance de la investigación

Enfoque de la investigación:

En cuanto al paradigma metodológico, la investigación se centra en un enfoque cualitativo, lo que significa que se realiza mediante estos métodos, ya que el objetivo es recoger datos objetivos y verificables para hallarse las causas y efectos, para corroborar desde dónde hay necesidad de cambio. Además, el trabajo encuadra los elementos específicos de la gestión de calidad centrado en el cuidado del sistema de salud, y un enfoque cualitativo que permite una medición y análisis estadísticos de las variables y garantiza resultados precisos y repetibles, la metodología de investigación es sincrónica y no experimental. Los administradores y el personal de la salud de la E.S.E Norte 1, así como todos los procesos y procedimientos de la institución relacionados con la NTC ISO 9001: 2015, serán las unidades de observación de la información. Esto es coherente con la naturaleza de lo investigado y permite que considere el estado de las cosas en un solo momento sin manipular las variables.

En cuanto al alcance del estudio, el estudio se centra en un carácter exploratorio y descriptivo ya que tiene como objetivo identificar y demostrar las prácticas actuales de gestión de calidad en la E.S.E Norte 1 y su cumplimiento de las normas NTC ISO 9001:2015. El objetivo es un diagnóstico para desarrollar un sistema de gestión de calidad estratégico adaptado a las necesidades y características de la organización en la comuna de Suárez, Cauca. Este enfoque nos permite crear un marco preliminar que puede usarse en futuras investigaciones o intervenciones adicionales.

Implementando un sistema estratégico para la gestión de calidad, estableciendo tiempos, plazos, tareas y detalles que se necesiten cumplir incluyendo especificaciones técnicas, lineamientos oportunos y diferenciales para las personas que acuden al centro de salud de Suarez Cauca.

- Utilizando un enfoque cualitativo, realizando entrevistas a grupos focales y encuestas para recoger percepciones, experiencias de los pacientes y del personal de salud sobre la atención y los servicios actuales.
- Y el enfoque cuantitativo, recopilando datos estadísticos sobre tiempos de atención, tasas de satisfacción y otros indicadores de calidad para establecer una línea base o punto de partida.

Tabla 4 Enfoque de la investigación

Enfoque Descriptivo y Exploratorio	
Descriptivo	Exploratorio
Se describirán los procesos actuales de atención en la E.S.E. NORTE 1, identificando fortalezas y debilidades de la atención a usuarios en el centro de salud.	Se explorarán nuevas prácticas y estándares de calidad que puedan ser implementados para mejorar la atención al paciente del centro de salud.

Alcance de la investigación:

Tabla 5 Alcance de la investigación

POBLACIÓN Y MUESTRA	LA INVESTIGACIÓN SE CENTRARÁ EN PACIENTES QUE ACUDAN A LA E.S.E. NORTE 1 Y EN EL PERSONAL DE SALUD (MÉDICOS, ENFERMERAS Y ADMINISTRATIVOS) PARA OBTENER UNA VISIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.
ÁREAS DE ESTUDIO	Evaluación de la atención médica, tiempos de espera, y satisfacción del paciente en el centro de salud E.S.E. NORTE 1.
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Análisis de los procesos administrativos que afectan la atención de los pacientes del centro de salud E.S.E. NORTE 1.
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	Identificación de necesidades de formación y desarrollo en gestión de calidad.
TEMPORALIDAD	La investigación se llevará a cabo en un periodo determinado, que puede ser de 6 a 12 meses, con un seguimiento continuo de la implementación del sistema de gestión de calidad.
RESULTADOS ESPERADOS	Propuestas concretas para la implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la NTC ISO 9001:2015.
	Mejora en los tiempos de atención y en la satisfacción del paciente.
	Generación de un manual de procedimientos y políticas de calidad adaptadas a la E.S.E. Norte 1.

Este enfoque y alcance proporcionarán una base sólida para la investigación, asegurando que se aborden los aspectos claves necesarios para implementar un sistema de gestión de calidad efectivo.

3.2.Población y muestra

3.2.1. Definición de la población

Población: Sector de la salud municipio Suárez Cauca Colombia

Muestra: E.S.E NORTE 1

Descripción de la población

teniendo en cuenta que se busca determinar la prestación del servicio en el puesto de salud del departamento del Cauca en Colombia, se hace necesario establecer la población que se encuentra directamente afectada de las dinámicas propias del puesto de salud, teniendo en cuenta que se busca determinar la prestación del servicio en el puesto de salud del departamento del Cauca en Colombia, se hace necesario establecer la población que se encuentra directamente afectada de las dinámicas propias del puesto de salud, se identifica la población teniendo en cuenta los objetos de estudio en este caso la comunidad y zonas que componen el municipio de Suarez Cauca- Colombia, cuenta con una población de 33.762 habitantes Abarcando al norte el municipio de Buenos Aires, al suroriente y al sur al municipio de morales y al occidente López de Micay, de igual manera abastecerá 9 corregimientos y 62 veredas los cuales se distribuyen en la zona rural del municipio, dentro del cual está localizada la cede E.S.E NORTE 1 centro de salud único y puntual para la atención de los habitantes, Específicamente suplirá todas las necesidades que actualmente se padece en este municipio.

Así las cosas, se identifica que la población objeto de atención del presente estudio se puede presentar así:

Funcionarios: Dentro de este grupo poblacional se encuentran; Médicos, Enfermeras, Auxiliares y Administrativos, que son en ultimas el sector activo dentro del puesto de salud, pues en este recae la prestación del servicio.

Usuarios internos: Este hace referencia a los pacientes que por sus condiciones médicas requieren atención las 24 horas dentro del centro de salud.

Usuarios itinerantes: Son los pacientes que acuden a citas de chequeo, o que requieren atención médica inmediata pero no permanente, estos dos últimos son entonces el sector pasivo dentro del puesto de salud, pues reciben la atención.

3.2.2. Cálculo y selección de la muestra

La elección del grupo de participantes se basó en consideraciones de representatividad y viabilidad. Aunque la muestra es relativamente pequeña, se seleccionaron cuidadosamente participantes con diversas características y perfiles, con el objetivo de obtener una perspectiva amplia y diversa.

La metodología de la encuesta incluyó preguntas abiertas y cerradas para recopilar datos cuantitativos y cualitativos.

Se optó por una encuesta de formato corto y claro, que no tomara mucho tiempo a los participantes y maximizara la tasa de respuesta.

La recopilación de datos se realizó a lo largo de 3 días ya que cada participante fue seleccionado aleatoriamente en el transcurso de la jornada de atención.

3.3. Instrumento(s)

Se hizo el diseño del instrumento a través de la herramienta Excel que permita la recolección de la información, que en este caso se denominó lista de chequeo la que en últimas arroje un diagnóstico de revisión norma ISO 9001 2015.

Esta herramienta está diseñada con preguntas orientadas a identificar las falencias en materia de atención de calidad en la E.S.E Norte 1 de Suarez Cauca y que servirán de insumo para motivar posibles soluciones y la detección de oportunidades de mejora.

Con la información obtenida de la lista de chequeo, se realizó un diagnóstico de la situación actual de la Organización E.S.E Norte 1 de Suarez Cauca-Colombia en relación con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y análisis e interpretación de los resultados.

Adicional al check list se diseñaron dos tipos de encuesta: la encuesta de satisfacción al usuario y la encuesta al personal de la E.S.E NORTE, esto con el objetivo de determinar las brechas entre la prestación del servicio prestado y la percepción de los usuarios finales.

Para la encuesta de satisfacción y percepción del usuario se tuvo en cuenta los siguientes ítems:

- Calidad de la atención medica
- Aspectos financieros de la atención
- Acceso a especialidades de la salud
- Accesibilidad a la atención

Para determinar la percepción del personal que labora en la E.S.E los siguientes ítems:

- Condiciones del lugar y proceso que realiza
- Aspectos financieros
- Ambiente de laboral
- Comunicación y coordinación

La metodología de la encuesta incluyó preguntas abiertas y cerradas para recopilar datos cuantitativos y cualitativos, atendiendo a los criterios del Modelo SERVQUAL, que es un modelo que se utiliza para medir la calidad de los servicios. Se basa en dimensiones como confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Se optó por una encuesta de formato corto y claro, que no tomara mucho tiempo a los participantes y maximizara la tasa de respuesta.

3.4.Descripción de procedimientos

Se creó la lista de chequeo y los modelos de encuesta, después se realiza una visita para revisarla, pasando a realizarlas encuestas.

La recopilación de datos se propone realizarlo a lo largo de 3 días ya que cada participante será seleccionado aleatoriamente en el transcurso de la jornada de atención, para lo

que es necesario el desplazamiento hacia la ESE NORTE 1 y donde se obtuvo permiso previo por parte del jefe de enfermería encargado de la ESE para realizar dicha actividad.

Cabe mencionar que esta encuesta tiene limitaciones por el tamaño de la muestra, pero los resultados dan una visión preliminar y valiosa que puede utilizarse como punto de partida para futuras investigaciones o decisiones relacionadas con el tema objeto de estudio.

Finalmente, con base en el diagnóstico y la interpretación de los resultados se propuso el diseño de la estructura documental requerida por la norma ISO 9001:2015 para la Organización E.S.E Norte 1 de Suarez Cauca.

3.5. Análisis de información

A partir del diseño del instrumento para la recolección de la información, que en este caso se aplicó una lista de chequeo a través de la herramienta Excel a la cual se le denominó diagnóstico de revisión norma ISO 9001 2015, con la cual se pretende principalmente identificar las principales falencias en la prestación del servicio en la en la E.S.E Norte 1 de Suarez Cauca-Colombia y que sirviera para motivar posibles soluciones y la detección de oportunidades de mejora.

Para lo anterior se plantea la creación de dos tipos de encuesta: la primera de estas se denominó encuesta de satisfacción al usuario (ver anexo 2) y la segunda encaminada a determinar la percepción del personal de la E.S.E NORTE (ver anexo 2). Lo que permitirá recolectar información global en cuanto al servicio prestado desde el área activa y pasiva de la E.S.E NORTE.

La información relevante que se pretende obtener con la aplicación del instrumento se contempla en dos dimensiones la primera se considera la percepción de los pacientes en aspectos como:

- Calidad de la atención médica
- Aspectos financieros de la atención
- Acceso a especialidades de la salud
- Accesibilidad a la atención

En la segunda dimensión la información que se pretende obtener será la percepción del personal que labora y presta el servicio, teniendo en cuenta aspectos como:

- Condiciones del lugar e instalaciones donde se presta el servicio
- Aspectos Financieros
- Ambiente laboral
- Comunicación y coordinación

Aplicado el instrumento se procesará la información a través de la tabulación en la que se pretende organizar, analizar y resumir las respuestas de los participantes.

A través de la organización se estructuran los datos en un formato manejable que permita una visión clara y ordenada de las respuestas que faciliten determinar los aspectos repetitivos y relevantes.

Una vez organizada la información, se procede a condensar la información recopilada y establecer estadísticas, como frecuencias, porcentajes y medias. Esto establecerá las tendencias y patrones en las respuestas.

3.6.Consideraciones éticas

3.6.1. Análisis de consideraciones éticas

La presente es una investigación documental, sin embargo, se pueden encontrar personas o instituciones que se vean afectadas por la misma y por esto se hace necesario establecer compromisos en los cuales se evidencie la transparencia y responsabilidad en el manejo de la información.

Dentro de la investigación se debe tener un compromiso con la protección de la información ya que se realizará recolección y análisis de información de la Administración del hospital de la ESE NORTE 1, la cual es de carácter pública y deberá ser tratada de manera responsable y con el suficiente análisis objetivo.

Adicionalmente habrá un compromiso académico las actuaciones realizadas en la investigación estarán en coherencia con el reglamento estudiantil de la Corporación Universitaria UNIMINUTO.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis del problema

4.1.1. Diagnóstico de la situación actual: hallazgos del cumplimiento de los criterios de la Norma Técnica ISO 9001 del 2015.

Los hallazgos obtenidos en la lista de chequeo DIAGNOSTICO DE LA REVISION norma ISO 9001 del 2015 aplicado al hospital E.S.E norte 1 de Suarez cauca evaluando los 7 criterios de la norma, se pueden observar en la tabla 6 (hallazgos de cumplimiento de la norma).

Tabla 6 Hallazgos de cumplimiento de la norma

CRITERIOS	NUMERO DE PREGUNTAS	CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	CUMPLE PARCIALMENTE (B)	NO CUMPLE (C)
4. CONTESTO DE LA ORGANIZACIÓN	11	1	3	7
5.LIDERAZGO	6	1	2	3
6.PLANIFICACION	5	0	0	5
7. APOYO (RECURSOS, GENERALIDADES)	10	1	4	5
8. OPERACIÓN	62	13	21	28
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	30	9	13	8
10. MEJORA	11	0	1	10
TOTAL	135	25	44	66
PORCENTAJE	100%	19%	33%	49%

fuerite de elaboración propia

De acuerdo a la información arrojada por la lista de chequeo DIAGNOSTICO DE LA REVISION, nos muestra que un 49% de los criterios de la norma no los cumple, seguido de un cumplimiento parcial de los criterios con un 33% ,lo que significa que tiene definidos los procesos pero no los tiene ni documentados ni implementados. Adicionalmente la institución hospitalaria cumple con 18% de los requerimientos establecidos en la norma.

Para mostrar a detalle los puntos que presenta falencias la institución se presenta de forma individual los criterios de la siguiente manera:

- **CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN.**

Tabla 7 Resultado del Contexto de la organización de la norma

	CANTIDAD	%
CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	1	9%
CUMPLE PARCIALMENTE (B)	3	27%
NO CUMPLE (C)	7	64%
TOTAL	11	100%

Fuente de elaboración propia

Como se puede observar en la tabla número 5 se presenta un incumplimiento del 64% de la norma, por lo cual se puede evidenciar que la E.S.E NORTE 1 de Suarez Cauca:

No realiza seguimiento ni revisión de la información sobre cuestiones externas e internas.

No ha determinado las partes interesadas ni los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.

No realiza el seguimiento ni revisión de la información sobre estas partes

interesadas y sus requisitos.

No ha determinado el alcance del SGC, según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica, problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios.

No tiene disponible ni documentado el alcance del Sistema de Gestión.

- **LIDERAZGO.**

Tabla 8 Resultado del liderazgo de la norma

	<i>CANTIDAD</i>	<i>%</i>
<i>CUMPLE COMPLETAMENTE (A)</i>	<i>1</i>	<i>17%</i>
<i>CUMPLE PARCIALMENTE (B)</i>	<i>2</i>	<i>33%</i>
<i>NO CUMPLE (C)</i>	<i>3</i>	<i>50%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>6</i>	<i>100%</i>

fuelle de elaboración propia

No se evidencia responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.

No se determinan ni se consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.

No se cuenta con una política de calidad que esté acorde con los propósitos establecidos.

- **PLANIFICACIÓN.**

Tabla 9 Resultado de la planificación en la norma

<i>TABLA N°7</i>	<i>PLANIFICACIÓN</i>	
	<i>CANTIDAD</i>	<i>%</i>
<i>CUMPLE COMPLETAMENTE (A)</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>CUMPLE PARCIALMENTE (B)</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>NO CUMPLE (C)</i>	<i>5</i>	<i>100%</i>
<i>TOTAL</i>	<i>5</i>	<i>100%</i>

fuelle de elaboración propia

El criterio de planificación se ve evidenciado que no se cumple en un 100%, el cual es uno de los puntos a trabajar ya que no se tiene establecidos los riesgos y oportunidades para lograr la eficacia de un SGC. Así como tampoco hay objetivos de calidad establecidos, así como las acciones y documentación para el cumplimiento de los mismos.

No se tiene una planificación del SGC, ni procesos definidos para cambios en el mismo.

No se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.

La organización no ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y no los ha integrado en los procesos del sistema.

No se han planificado acciones para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestión.

No se mantiene información documentada sobre estos objetivos.

No existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación.

- **APOYO (RECURSOS, GENERALIDADES).**

Tabla 10 Resultado de apoyo de la norma

	CANTIDAD	%
CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	1	10%
CUMPLE PARCIALMENTE (B)	4	40%
NO CUMPLE (C)	5	50%
TOTAL	10	100%

fuentes de elaboración propia

La organización no ha determinado ni proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).

No existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.

No se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.

No existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.

No se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.

- **OPERACIÓN.**

Tabla 11 Resultado de operación de la norma

	CANTIDAD	%
CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	13	21%
CUMPLE PARCIALMENTE (B)	21	34%
NO CUMPLE (C)	28	45%
TOTAL	62	100%

Fuente de elaboración propia

Se presenta un incumplimiento y un cumplimiento parcial de la norma de un 45% y 34% respectivamente, y un 21% de cumplimiento lo cual muestra lo

siguiente:

- No se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.
- La salida de esta planificación no es adecuada para las operaciones de la organización.
- No se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.
- La comunicación con los clientes no incluye información relativa a los productos y servicios.
- La organización no se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.
- Las personas no son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, no se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.
- La organización no se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.
- No se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.
- No se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.
- No se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.
- No se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.
- No se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo

aplicado por la organización.

- No se controla las actividades posteriores a las entregas del servicio.
Actividades posteriores a la entrega
- La organización no se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.
- **EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.**

Tabla 12 Resultado de evaluación de desempeño de la norma

	CANTIDAD	%
CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	9	30%
CUMPLE PARCIALMENTE (B)	13	43%
NO CUMPLE (C)	8	27%
TOTAL	30	100%

fuelle de elaboración propia

Se evidencia un incumplimiento del 43% y un cumplimiento parcial del 30%, obteniendo así un 27% de cumplimiento al ejecutar las actividades de la norma.

La organización no realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.

No determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información. No realiza las correcciones ni toma las acciones correctivas adecuadas.

- **MEJORA.**

Tabla 13 Resultado de mejora de la norma

	CANTIDAD	%
CUMPLE COMPLETAMENTE (A)	0	0%
CUMPLE PARCIALMENTE (B)	1	9%
NO CUMPLE (C)	10	91%
TOTAL	11	100%
<i>fuentes de elaboración propia</i>		

En cuanto a la mejora y sus oportunidades por presentar un servicio de calidad eficiente y eficaz se presenta una falencia de un 91% de todos los criterios incorporados en la norma.

La organización no mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.

No considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.

Como podemos observar la E.S.E norte 1 de Suarez Cauca no cumple con un 49% de los requisitos por tal razón los autores de este proyecto hacen una propuesta metodológica del sistema de gestión de calidad en el sector salud de la E.S.E Norte 1 con la NTC 9001 en el municipio de Suarez Cauca (2015) como se muestra en la fase tres.

4.1.2. Análisis de la encuesta al usuario y al personal que labora.

Según el análisis de encuesta al usuario se puede determinar que el 47% de

la población encuestada reconoce que el tiempo que transcurre entre la llegada al servicio de urgencias y el paso por el triage es deficiente y la demora es muy prolongada además el 34% de los encuestados argumenta que el tiempo entre la salida del triage y el paso a ser atendido por el medico es deficiente, con respecto a las instalaciones del hospital hay diversidad de opiniones ya que para cada una de las categorías (buena, regular, deficiente) se cuenta con un 33% respectivamente, es importante identificar las áreas específicas en las que se están presentando problemas y mejorarlas. Respecto a la afiliación a salud el 100% pertenece ya sea a un régimen subsidiado o contributivo brindando un manejo del 60% de los medicamentos y equipos necesarios para la atención no son proporcionados en la población. Teniendo en cuenta el déficit de recursos materiales y personales no es tan elevado en comparación a otras entidades siendo un no con un 53% y un si con un 47%. En el análisis de las encuestas en mayoría de botos se da un resultado notorio de que no se recibe en un 80% la atención que se necesita por parte de los especialistas ni tampoco cuenta con el 87% de los especialistas básicos. Teniendo en cuenta los factores naturales la institución hospitalaria en un 67% de la población queda cerca de su lugar de vivienda.

El personal encuestado asegura estar insatisfechos y poco satisfechos con un 47% y 40% respectivamente por los servicios recibidos en el hospital del área de urgencias de la E.S.E norte 1 de Suarez Cauca. Se debe tener en cuenta que en la indagación general de la encuesta al usuario y su familia podemos observar que índices de negatividad e insatisfacción en la mayoría de los ítems es bastante alta, confirmando la información obtenida en las visitas mediante el proceso de

observación.

Según la encuesta al personal que labora la facilidad del trabajo acorde a las instalaciones en la institución con un 75% no contribuye a la mejora de los servicios prestados, ya que es notoria la falta de recursos humanos se evidencia que el personal que labora encuestado dice que si con un 62% que sus funciones y habilidades están bien definida. Se debe tener en cuenta el usuario en su encuesta el personal que labora asegura que no con un 75% no le proporcionan equipos y herramientas necesarias para realizar su labor. Debido a esto la carga laboral o horarios de trabajo del personal en su mayoría están bien definidas como lo refleja la gráfica anterior donde la respuesta SI ocupa un 75% del personal encuestado. En cuanto al pago del personal que labora los encuestados aseguran que si con un 87% es entregado a tiempo y de manera puntual. Por otra parte tomando en cuenta los datos de la información dada por los encuestados y analizada en el grafico anterior asegura en un 100% que a la institución hospitalaria le hacen falta muchos recursos para brindar una atención de calidad. Si se toma en consideración las dos preguntas anteriores el personal de salud que trabaja en el hospital asegura en un 100% que el ambiente laboral es cálido y de compañerismo ya que la comunicación entre las áreas del servicio de urgencias presenta un déficit de un 63% siendo no buena y afectando el buen flujo del servicio

4.2. Norma ISO

4.2.1. Normas de calidad aplicables al sector salud.

La normativa legal en el entorno hospitalario es muy importante debido que la calidad del servicio, el personal, los recursos económicos y desarrollo tecnológico contribuyen a la mejora en la calidad de salud y atención a los pacientes.

Al hacer aplicables las normas de calidad necesarias para el sector salud contribuyen a cumplir la norma ISO 9001 del 2015 colocando la institución por encima de las demás y mostrando un sello de calidad. Adicionalmente se presenta una mejora en la utilización de los

Recursos, compromiso del personal, satisfacción del usuario, mejoras de infraestructura y desarrollo tecnológico.

- Ley 100 de 1993 por el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia.
- Ley 715 de 2001, por el cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de salud y educación.
- Ley 872 de 2003, por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad en la rama ejecutiva el poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.
- Decreto 2753 de 1997, por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud del SGSSS.

- Decreto 204 de 1998, por el cual se modifica parcialmente el decreto 2753 de 1997.
- Decreto 1725 de 1999, por el cual se dictan normas de protección al usuario.
- Decreto 2240 de 1999, por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.
- Decreto 2309 de 2000 por el cual se crea el Sistema de Garantía de Calidad.
- Resolución 5261 de 1994, establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el SGSSS.
- Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones hospitalarias.
- Resolución 4252 de 1997 por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.
- Resolución de 1995 de 1999, por el cual se establecen normas para el manejo de historia clínica.
- Resolución 374 de 2000, por el cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud.
- Resolución 1474 de 2002 por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

- Resolución 1439 de 2002, por el cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.
- Norma ISO 45001 por la cual se rige todo lo relacionado en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- Normas ISO 27001 Y ISO 27799, las encargadas de regir y dar controles de protección a la información del paciente.
- Norma ISO 13485 dispositivos médicos, mediante la cual se rige control y calidad de los dispositivos y equipos médicos.

4.3. Propuesta de la estructura documental, acciones propuestas para los hallazgos del diagnóstico de revisión.

4.3.1. Contexto de la organización.

Es necesario que el hospital evalúe de forma sistemática los elementos internos o externos que afectan a la institución o sus servicios; esta acción se efectuará a través de la evaluación y actualización del FODA o herramienta usada para el estudio estratégico de la empresa como son el Análisis PESTEL o las Cinco fuerzas de Porter.

Además, la organización debe de establecer mecanismos de escucha para las sugerencias, comentarios y quejas de los usuarios; esta actividad puede ser conseguida por medio de entrevistas o encuestas para recaudar la información de las percepciones de las partes interesadas y posteriormente sean transformadas en acciones. Es muy importante que las partes interesadas estén enteradas y se

involucren.

Es preciso que la organización oficialice el diagrama de procesos y documente la interacción de las unidades con respecto a los procesos de la cadena de valor.

- **LIDERAZGO.**

Es responsabilidad de la Alta Dirección el oficializar y promocionar el manual de calidad con los colaboradores. También, deberá definir los responsables para el cumplimiento de las políticas contenidas dentro del manual.

Será necesaria la conformación de un equipo de trabajo para efectuar la revisión y actualización de la carta técnica de servicios. Esta actividad se debe realizar cada año o cada vez que se involucren cambios en el servicio.

La Alta Dirección tiene que apoyar a la participación activa de los colaboradores, en búsqueda de la mejora de los procesos y servicios que brinda la institución. Esta actividad puede ser canalizada por medio de talleres semestrales, conformados por colaboradores de distinto nivel jerárquico que brinden a través de lluvias de ideas (u otras metodologías) sus aportes para la innovación o mejora continua. Es necesario que sean registradas o documentadas estas sesiones y que de ello surjan análisis de factibilidad e implementaciones sobre los procesos o productos. También, es necesario que la Alta Dirección efectúe cualquier tipo de reconocimiento a los colaboradores que participan en la mejora continua.

- **PLANIFICACIÓN.**

Al oficializar el manual de calidad; los objetivos institucionales deberán

tener estrecha relación con los objetivos de calidad. Estos tienen que ser medibles y sometidos a revisiones trimestrales para identificar el cumplimiento de los mismos. Es necesario que el E.S.E NORTE 1 SUAREZ Cauca registre las estrategias institucionales e identifique a los responsables que llevarán a cabo el cumplimiento de los objetivos de calidad.

- **APOYO.**

La institución necesita identificar y registrar las capacidades de infraestructura que poseen de forma anual para dar soporte a los usuarios del servicio; en el caso que existan expansiones del servicio, tienen que ser justificado por medio de estudios, que sirvan como soporte a estas expansiones. Las expansiones tienen que contener el presupuesto necesario para mantener operativa a la institución sin afectar la calidad del servicio.

E.S.E NORTE Suarez Cauca tiene que identificar los proveedores que participan en la cadena de valor; además, establecer las especificaciones técnicas obligatorias a cumplir por los proveedores. Es necesario que la institución defina criterios de calidad, indicadores de calidad, monitoreo y seguimiento de indicadores sobre los servicios que brindan los proveedores.

- **OPERACIÓN.**

Es necesario que la institución realice una revisión sobre la encuesta de satisfacción al cliente, y modifique de acuerdo a objetivos específicos que estén orientados a identificar nuevas necesidades de los clientes. De la misma forma, se debe de mantener instrumentos que recolecten el índice de satisfacción del cliente

interno y externo, con el objetivo de detectar no conformidades que ayuden a la creación de planes de mejora continua en los

Servicios que el SEM brinda. Basado en esos instrumentos la institución podrá realizar procesos de desarrollo de nuevos servicios según en las necesidades directas de todos los clientes.

- **EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.**

Inicialmente se recomienda que esta actividad se realice semestralmente, mientras se genera la cultura a la calidad; posteriormente, esta revisión será efectuada anualmente.

La Alta Dirección tendrá que generar evidencia documental sobre la actividad realizada.

- **MEJORA.**

La institución tiene que tener un plan de trabajo para priorizar y mitigar las no conformidades que se presentan, siendo esta una de las bases para fundamentar las sesiones de resolución de problemas.

4.3.2. Estructura para la documentación del sistema de gestión de calidad para el servicio de urgencias de la E.S.E NORTE 1.

Una estructura documental define la organización del sistema de gestión de calidad con el fin de ordenar la documentación necesaria para su elaboración y cumplimiento, realizando un diseño piramidal que permite mostrar los niveles en los que va operar el sistema de gestión de calidad como se ve en la figura 7. Los cinco niveles de la documentación se detallan a continuación.

Figura 7 Estructura para la documentación del sistema de gestión

Fuente de elaboración propia

- **Directrices estratégicas.**

Es el documento base para la ejecución del sistema de gestión de calidad en el cual están incluidos la misión, visión, política de calidad, valores, objetivos de calidad.

- **Mapa de procesos.**

Es la representación gráfica de los procesos y sus secuencias los cuales nos permiten caracterizarlos.

- **Caracterización de procesos.**

Nos permite identificar el proceso y sus respectivos subprocesos, adicionalmente nos contribuye a conocer los responsables, sus entradas y salidas identificar los documentos que se generan en el proceso y los recursos necesarios para desarrollar dicho proceso.

- **Procedimientos.**

En este nivel se ve reflejados las características y actividades para realizar cada procedimiento, así como un diagrama de flujo para entender de forma más ilustrada las actividades a realizar.

- **Formatos.**

En este nivel se ve contemplado los formatos de documento obtenidos que no están o están de mal diseñado.

4.3.3. Validación de elementos estratégicos.

En el servicio de urgencias de la E.S.E Norte 1 de Suarez Cauca se detallar los elementos estratégicos que permitirán establecer la validación de lo requerido por la norma y lo que necesita la institución. La validación de dichos elementos de información, fue realizada teniendo en cuenta la información existente y los criterios propuestos obteniendo así una nueva misión, visión, valores, política de calidad y objetivos. A continuación se presenta los elementos estratégicos relacionados con los criterios establecidos para cada uno.

Tabla 14 Validación de los elementos estratégicos

VALIDACIÓN DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	
ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	CRITERIOS DE VALIDACIÓN
MISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - PAPEL A CUMPLIR - DETERMINAR LO QUE SE DEBE REALIZAR - PRESENTAR PRODUCTOS Y SERVICIOS PRESTADOS - ALCANCE DE CALIDAD
VISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - DESCRIPCIÓN DEL FUTURO DESEADO - CENTRADO EN LA REALIDAD - DEBE ESTAR ADECUADA AL PROPÓSITO DE LA INSTITUCIÓN
POLÍTICA DE CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - DEBE INCLUIR EL COMPROMISO A LA MEJORA CONTINUA
VALORES	<ul style="list-style-type: none"> - DEBE SER ENTENDIBLE - QUE EXPRESEN UNA BUENA CONDUCTA
OBJETIVOS DE CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - MEDIBLES - ALCANZABLES - ENFOCAR EN CUMPLIR LOS RESULTADOS

Fuente de elaboración propia

4.3.4. Listado de los formatos y procedimientos.

Posteriormente se muestran los siguientes formatos de manejo; aplicables para un sistema de gestión de calidad.


- Directrices estratégicas.
- Procesos y subprocesos.


- Mapa de procesos.
- Caracterización del proceso de urgencias.
- Caracterización del proceso del servicio hospitalario.
- Caracterización del proceso de diagnóstico clínico.
- Identificación de procedimientos.
- Proceso de atención al usuario.
- Mapa de proceso de ingreso al triage.
- Procedimiento de atención al usuario.
- Diagrama de procedimiento de atención al usuario.
- Atención al usuario exámenes diagnósticos.
- Egreso de usuario.
- Egreso del paciente por alta médica.
- Egreso del paciente por traslado a otro nivel de alta complejidad.
- Egreso del paciente por hospitalización.
- Formato de recepción de quejas y reclamos.

4.3.5. Directrices estratégicas.

DISEÑO DE LA POLÍTICA, MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS DE CALIDAD.

Tabla 15 Directrices estratégicas

	<h2>DIRECTRICES ESTRATÉGICAS</h2>	VERSIÓN 01
<p>1. MISIÓN.</p> <div style="background-color: #76b82a; color: white; padding: 10px; border-radius: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">MISIÓN</p> <p>La E.S.E NORTE 1 de Suarez Cauca en el área de urgencias tiene como misión prestar servicios de forma oportuna, con estándares altos en calidad, con personal competente y con sentido humano. Manteniendo el permanente mejoramiento y apostándole al desarrollo social, para todos los habitantes del municipio de Suarez</p> </div> <p>2. VISIÓN.</p> <div style="background-color: #76b82a; color: white; padding: 10px; border-radius: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">VISIÓN</p> <p>La E.S.E NORTE 1 de Suarez Cauca desea convertirse en la mejor empresa prestadora de servicios de salud al año 2026 a nivel municipal por su calidad en los servicios y su atención humanizada, siempre enfocada en la satisfacción del usuario con una prestación de salud segura de alta calidad.</p> </div> <p>3. POLITICA DE CALIDAD.</p> <div style="background-color: #76b82a; color: white; padding: 10px; border-radius: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">POLITICA DE CALIDAD</p> <p>En la E.S.E NORTE 1 de Suarez Cauca, en el área de urgencias estamos comprometidos con la prestación del servicio de atención médica, complaciendo las necesidades del usuario en conjunto con una infraestructura adecuada, un trato respetuoso y funcionarios competentes, que contribuyan al mejoramiento continuo dentro de todos los estatutos y normas legales aplicables al sector salud.</p> </div>		

	<h2>DIRETRICES ESTRATEGICAS</h2>	<p>VERSION 01</p>
<p>4. VALORES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%; background-color: #c8e6c9;"> <p>RESPECTO</p> <p>Trato amable y social por parte del personal que labora con todos los usuarios y compañeros, sin distinción alguna de su Condición política, social, ideológico y económico.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%; background-color: #c8e6c9;"> <p>COMPROMISO</p> <p>Contribuir a cumplir la misión, objetivos y política de calidad para prestar un servicio de calidad óptimo aportando un mejoramiento continuo</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%; background-color: #c8e6c9;"> <p>EMPATIA</p> <p>Ser amable, escuchar, comunicar, identificarse Logrando así una atención a usuario más humanizada</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%; background-color: #c8e6c9;"> <p>RESPONSABILIDAD</p> <p>Todo el personal que labora en la institución debe cumplir con las funciones asignadas.</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px; background-color: #e8f5e9;"> <p>5. OBJETIVOS DE CALIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir las no conformidades mediante el mejoramiento continuo 2. Lograr la satisfacción del cliente mediante la prestación de un servicio de calidad 3. Elaborar protocolos de bioseguridad para evitar riesgos laborales 4. Conseguir niveles altos de satisfacción al usuario con respeto a la atención recibida en el servicio de urgencias. </div>		

fuente de elaboración propia

4.3.6. Mapa de procesos del servicio de urgencia

El mapa de procesos es una gráfica de los procesos, su secuencia e

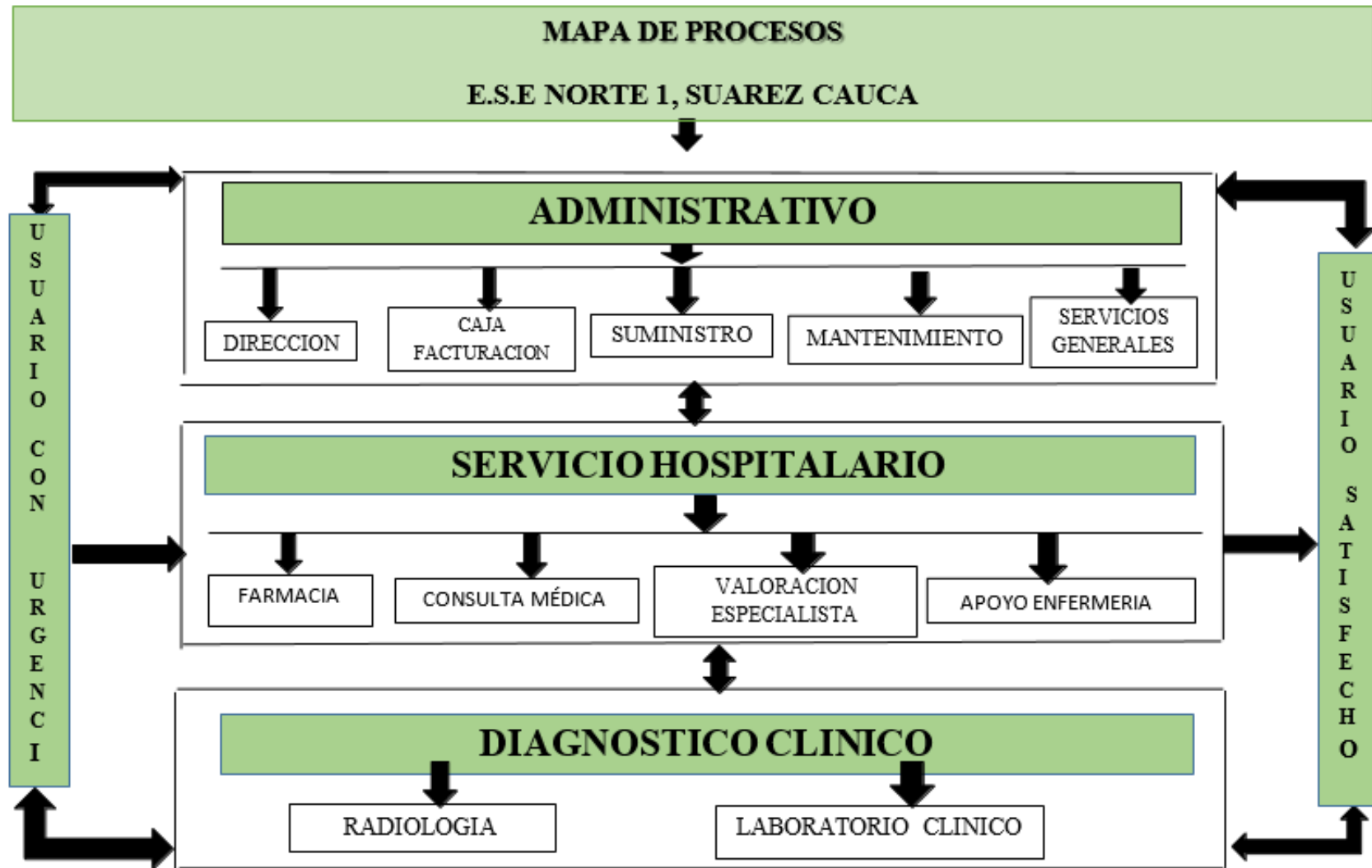
interacción, lo cual nos permite caracterizarlos para realizar este mapa de proceso se tuvieron en cuenta tres procesos generales: administrativo, servicio hospitalario, diagnósticos clínicos luego se generó una serie de sub procesos de cada uno para posterior realización del mapa, como se pueden observar en la TABLA 16.

Tabla 16 Procesos y subprocesos

PROCESOS	SUBPROCESOS
ADMINISTRATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECCIÓN • CAJA Y FACTURACION • SUMINISTRO • MANTENIMIENTO • SERVICIOS GENERALES
SERVICIO HOSPITALARIO	<ul style="list-style-type: none"> • TRIAGE • CONSULTA MEDICA • VALORACION ESPECIALIS TA
DIAGNOSTICO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> • APOYO DE ENFERMERIA • RADIOLOGIA • LABORATORIO CLINICO

Fuente de elaboración propia

Figura 8 Mapa de procesos



Fuente de elaboración propi

4.3.7. Caracterización del proceso del servicio urgencias.

La caracterización consiste en la descripción detallada de los procesos en cuanto a su función y lo que se consigue a través de ellos, nos ayuda a lograr los propósitos y es una herramienta útil para el proceso de inducción.

Basados en el mapa de procesos realizado anterior mente se realiza caracterización a 3 procesos: administrativo, servicio hospitalario y diagnóstico clínico con cada uno de sus sub procesos

Para su realización se tuvo en cuenta el numeral 4.4 sistema de gestión de calidad y sus procesos de la norma ISO 9001 del 2015, determinando así los siguientes aspectos.

- Objetivo.
- Indicadores que permitan medir el objetivo.
- Proveedores puede ser interno y externo.
- Entrada: elementos necesarios para la realización del proceso.
- Salida: servicio que genera el proceso.
- Recursos.
- Documentos que se generan durante el proceso.
- Responsables.

A continuación se presenta en los cuadros la caracterización de los procesos con sus respectivos sub procesos

- **CARACTERIZACION DEL PROCESO DE URGENCIAS.**

Tabla 17 Caracterización del proceso de urgencias administrativo



CARACTERIZACIÓN DE PROCESO

				PROCESO ADMINISTRATIVO		
OBJETIVO	Asegurar que el servicio hospitalario cuente con el soporte administrativo necesario para que el área de urgencias preste un servicio de salud óptimo y reglamentario.			INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de actividades programadas • Desempeño de protocolos • % de quejas • Indicadores financieros • Nivel de satisfacción del usuario interno y externo 	
SUB PROCESO	PROVEEDORES	ENTRADA	DOCUMENTOS	SALIDAS	RECURSOS	RESPONDABLE
DIRECCION	Gobierno nacional Secretaria de salud Gerencia del hospital	Planificación y evaluación de mejoras. Planes de	Circulares Cronogramas de trabajo. Oficios.	Presupuestos. Estrategias. Reglamentos internos de	Recursos humanos (funcionarios de la	Gerente Auditor Responsables de los procesos.

		Desarrollo nacional. Evaluación al sistema de quejas. Desempeño de los Procesos.		Trabajo. Proyectos de mejora. Acciones correctivas	Dirección). Recursos materiales (mesas, computadores, s, papelería).	Control interno.
CAJA Y FACTURACION	Jurídica Secretaría de salud Gerente Suministros	Base de datos de afiliados al SGSSS Facturación Política de la institución Insumos de papelería.	Factura con soportes Recibo de caja Paz y salvo	Orden de pago Factura para cuentas de cobro	Recursos humanos (funcionarios competentes para el cargo). Papelería Infraestructura adecuada para la labor.	Jefe administrativo Ingeniero de sistemas Jefe de suministros
MANTENIMIENTO	Dirección administrativa Jefe de	Solicitud de mantenimiento	Registro de mantenimiento	Equipos y demás infraestructura	Aceites, grasas,	Todas las dependencias del servicio de

	to		ctura en continuo	Lubricantes.	
Mantenimiento Gerente.	Manuales de funcionamiento de equipos Directorio de proveedores		funcionamiento	Herramientas de trabajo. Repuestos de maquinaria y equipos Funcionarios competentes	urgencias Jefe de mantenimiento

SERVICIOS GENERALES	Suministro Jefe de servicios generales Dirección administrativa	Insumos y materiales para aseo y lavado Viveres y abarrotes Minutas de cocina Dotación del personal Cronograma de actividades Protocolos de bioseguridad	Registro de actividades realizadas	Alimentos preparados acorde a cada necesidad Ropa de cama limpia Área de trabajo limpia.	Insumos de aseo y lavandería Viveres y abarrotes Infraestructura adecuada para el proceso Papelería Personal competente	Jefe de servicios generales Dirección administrativa
---------------------	---	---	------------------------------------	---	---	--

SUMINISTRO

Dirección administrativa Jefe de cada dependencia Proveedores externos	Requerimie nto o de insumos y materiales. Orden de compra Almacena miento de los mismos Inventario	Orden de compra Factura Lista de inventario	Insumos o productos requeridos para cualquier área o realización de un sub proceso	Presupuest o económico Funcionari os competente s Papelería Computado res s Infraestruct ura a necesaria para realizar la labor	Jefe de suministros Dirección administrativa
---	---	--	---	---	---

Fuente de elaboración propia

• **CARACTERIZACION DEL PROCESO SERVICIO HOSPITALARIO**

Tabla 18 Caracterización de proceso servicio hospitalario



CARACTERIZACIÓN DE PROCESO PROCESO SERVICIO HOSPITALARIO						
OBJETIVO	Prestar un servicio de calidad satisfaciendo la solicitud del usuario a la necesidad de salud solicitada			INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño de protocolos • % de quejas • Tiempo de respuesta a la solicitud de atención • Nivel de satisfacción del usuario interno y externo 		
SUB PROCESO	PROVEEDORES	ENTRADA	DOCUMENTOS	SALIDAS	RECURSOS	RESPONDABLE
CONSULTA MEDICA	Usuario Facturación Suministro Todas las	Solicitud de atención medica Apertura de	historia clínica ordenes diagnosticas informe de	Servicio de atención de calidad Historia clínica	Personal competente Sala de observación	Médico de urgencias

dependencias	historia clínica Insumo medico Disponibil idad ad del procedimi ento to necesitado Apoyo diagnostic o Protocolos de biosegurid ad Especialist as disponible s Medicame nto os	exámenes formulas medicas facturas	Tratamient o a seguir	Consultorios médicos Insumos y equipos médicos Papelería Medicament os
--------------	--	---	--------------------------	---

VALORACION POR ESPECIALISTA

	disponible s Información sobre red pública y				
Médico general Suministro Farmacia Todas las dependencias	privada Solicitud de atención por médico general Insumos médicos Disponibilidad de medicamentos Protocolos de bioseguridad	historia clínica ordenes diagnosticas informe de exámenes formulas medicas facturas	Servicio de atención de calidad Historia clínica Tratamiento a seguir	Personal competente Sala de observación Consultorios médicos Insumos y equipos médicos Papelería Medicamentos	Médico de urgencias

APOYO
ENFERMERIA

	ad					
Usuario Médico general Médico especialista Suministro Farmacia Todas las dependencias	Solicitud de procedimientos de enfermería Solicitud de atención por médico general y especialista a Insumos Disponibilidad ad medicame nto os Protocolos de biosegurid ad	Historia clínica Notas de enfermería Facturas	Aplicación de procedimientos y tratamientos asignados por el medico	Personal competente Sala de observación Estancia de enfermería Insumos y equipos Papelería medicamento s	Jefe de enfermería	

FARMACIA

		Diligencia miento de registro y formatos			
Médico general Médico especialista Jefe de enfermería Facturación Suministro gerente	Formula medica Factura Inventario Requerimi ento to de medicame nto os	Formula medica	Medicamentos necesarios para el tratamiento	Personal competente Insumos farmacéuticos Unidad de farmacia Equipos necesarios Papelería	Jefe de farmacia

Fuente de elaboración propia

• **CARACTERIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO CLINICO**

Tabla 19 caracterización de procesos de diagnóstico clínico



CARACTERIZACION DE PROCESO

PROCESO DIAGNOSTICO CLINICO

OBJETIVO	Afianzar el diagnóstico médico, mediante información real y confiable arrojado por los servicios diagnósticos solicitados para el tratamiento médico a seguir.			INDICADORE S	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de confiabilidad en el resultado de los exámenes realizados • Tiempo de respuesta de exámenes realizados 	
SUB PROCESO	PROVEEDORE S	ENTRADA	DOCUMENTOS	SALIDAS	RECURSO S	RESPONDABLE

RADIOLOGIA	Médico general Médico especialista Facturación Suministro	Solicitud de examen de Rayos X Factura de procedimie nto o Insumos y equipos de Rayos X	registro de procedimiento historia clínica informe de examen de Rayos X realizado	Radiografía con resultado escrito	Sala de radiología Personal competente Equipos e insumos necesarios papelería	Radiólogo
LABORATORIO	Médico general Médico especialista Facturación Suministros	Solicitud de examen Historia clínica Orden facturada Protocolos de biosegurida d	registro de procedimiento historia clínica informe de exámenes realizados	Exámenes de laboratorio con su respectivo resultado	Laboratorio clínico Personal competente Equipos e insumos necesarios papelería	Bacteriólogo

Nombre del proyecto

82

	Insumos y equipos de laboratorio		
--	--	--	--

Fuente de elaboración propia

4.3.8. Descripción de los procedimientos.

De acuerdo a los proceso de servicio hospitalario y proceso de diagnóstico clínico desarrollados en caracterización de procesos se escogieron los procedimientos principales, ya que se ven relacionados directamente con el usuario los cuales son atención al usuario y el egreso de usuarios

Cada uno con sus sub procedimientos especificados a continuación.

4.3.8.1.Descripción del procedimiento de atención al usuario al servicio de urgencias

Para describir el procedimiento de atención al usuario se tiene en cuenta los siguientes ítems (véase cuadro 5 descripción del procedimiento atención al servicio de urgencias).

- Proceso.
- Procedimiento.
- Objetivo.
- Alcance.
- Responsables.
- Soporte documentales.
- Generalidades.

Tabla 20 Identificación de procedimientos servicio hospitalario y procesos diagnóstico atención al usuario



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

PROCESO SERVICIO HOSPITALARIO Y PROCESO DIAGNOSTICO	
ATENCIÓN AL USUARIO	
OBJETIVO	BRINDAR UNA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD DE ACUERDO AL GRADO DE URGENCIAS DEL PACIENTE APLICA A LOS SUBPROCESOS DE:
ALCANCE	<ul style="list-style-type: none"> • CONSULTA MÉDICA • VALORACIÓN ESPECIALISTA • APOYO DE ENFERMERÍA • FARMACIA • RADIOLOGÍA, LABORATORIO • CAJA Y FACTURACIÓN
RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none"> • MEDICO DE TURNO • JEFE DE ENFERMERÍA • BACTERIÓLOGO, RADIÓLOGO • FACTURADOR • AUXILIAR DE FARMACIA
SOPORTE DOCUMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • SOPORTE INDIVIDUAL DE PROCEDIMIENTOS • REMISIONES • HISTORIA CLÍNICA • ORDEN DE EXÁMENES • PROTOCOLOS DE MANEJO • DIAGRAMA DE FLUJO • PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

GENERALIDADES

- PERMANENTE DISPOSICIÓN MEDICA
- INSUMOS MÉDICOS
- HIGIENE DE ÁREAS
- ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

Fuente de elaboración propia

Para el procedimiento de atención al usuario se determinan criterios ingreso al triage, consulta médica, exámenes diagnósticos cada criterio se ve definido por medio de una descripción de la actividad y un diagrama de flujo representado a continuación.

- **ATENCIÓN AL USUARIO INGRESO AL TRIAGE**

Tabla 21 Procedimiento de atención al usuario ingreso al TRIAGE



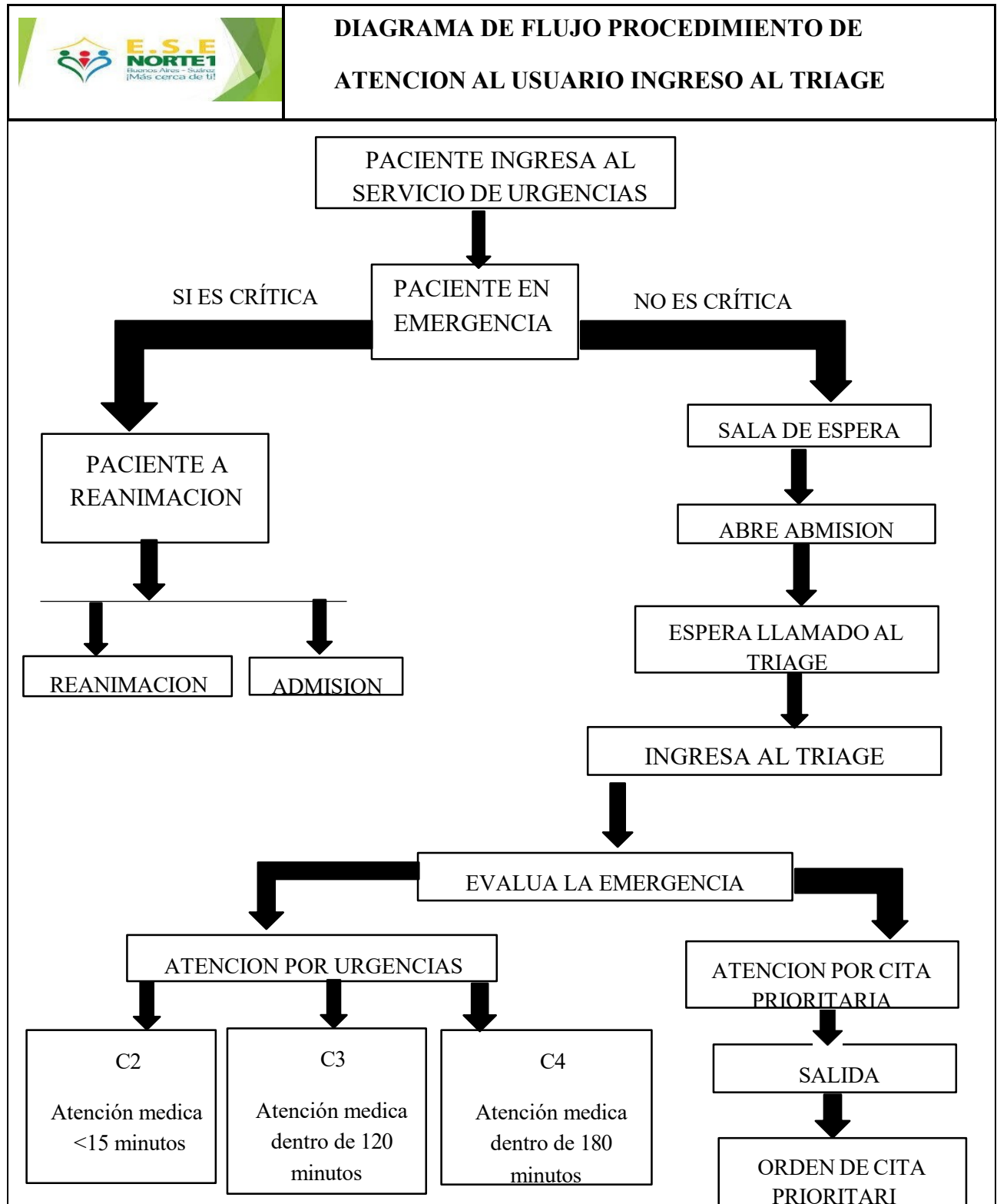
**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO**

ATENCIÓN AL USUARIO INGRESO AL TRIAGE			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Paciente ingresa al servicio de urgencias	Vigilante	cuaderno de ingresos
2	Si la emergencia es crítica se pasa a sala de reanimación	Enfermería	
3	Si está en reanimación se realiza el proceso de admisión	Facturación	se abre historia clínica registro individual de procedimientos
4	Si la emergencia no es crítica se pasa a la sala de espera	Vigilante	
5	Se realiza el proceso de admisión	Facturación	se abre historia clínica registro individual de procedimientos
6	Se hace espera al llamado de triage	Paciente	

7	Se hace llamado e ingreso a la zona de triage	Jefe de enfermería	
8	Se evalúa si es una emergencia de atención por urgencia o por cita prioritaria a EPS	Jefe de enfermería	admisión a urgencias orden de cita prioritaria
9	si requiere atención por urgencia se categoriza para ser atendido por el médico en el tiempo de acuerdo al grado de necesidad	jefe de enfermería	historia clínica
	<ul style="list-style-type: none"> • C2: atención medica <15 minutos • C3: atención medica dentro de 120 minutos • C4: atención medica dentro de 180 minutos 		

Fuente de elaboración propia

Figura 9 Diagrama de flujo de procedimiento de atención al usuario ingreso al TRIAGE



Fuente de elaboración propia

- **ATENCIÓN AL USUARIO CONSULTA MEDICA**

Tabla 22 Procedimiento de atención al usuario consulta medica



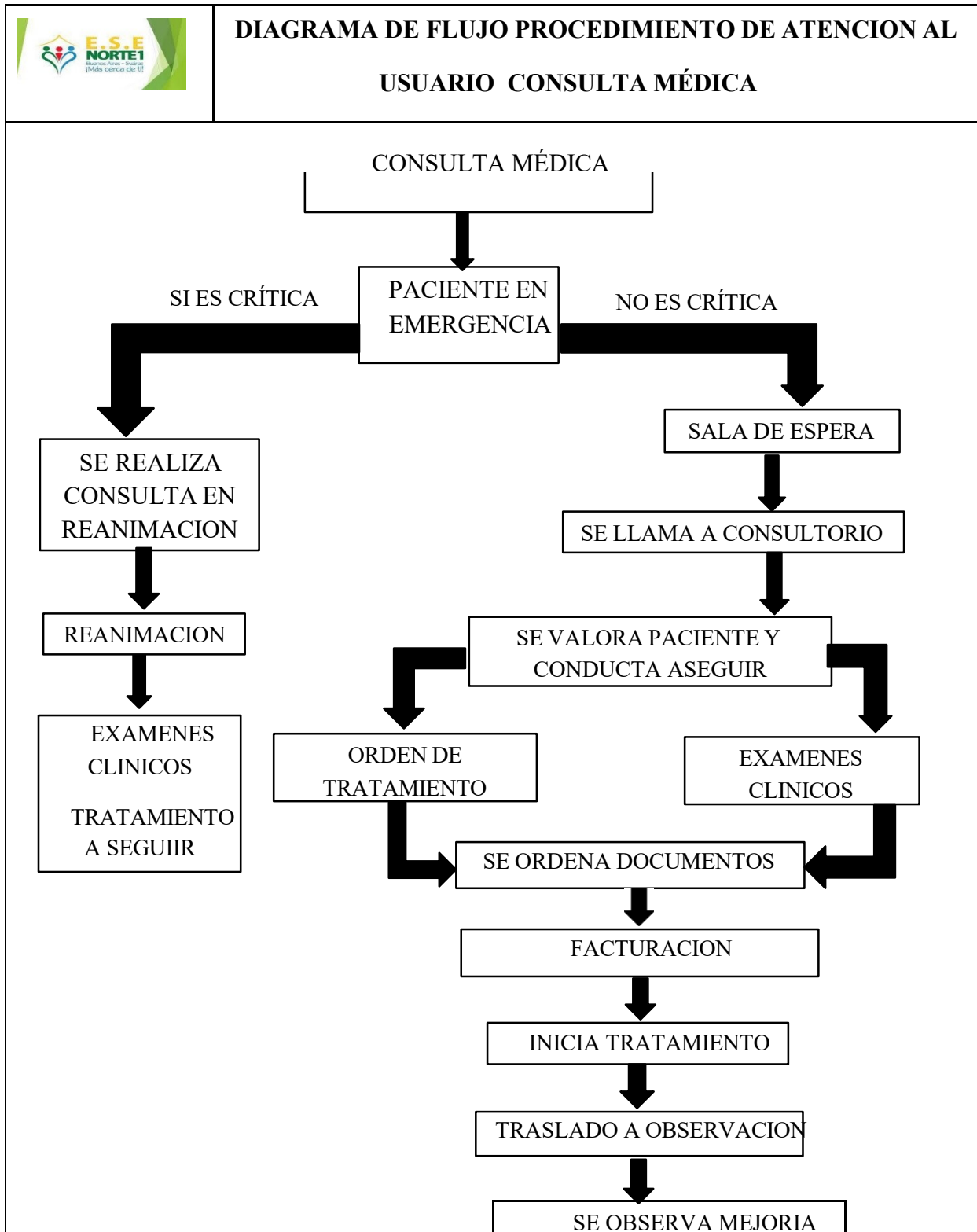
**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO**

ATENCIÓN AL USUARIO CONSULTA MEDICA			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Si la emergencia es crítica la consulta médica se realiza en reanimación	Medico	
2	Se realiza reanimación	Medico	
3	Se ordena exámenes clínicos	Medico	Orden de exámenes clínicos
4	Se ordena tratamiento a seguir	Medico	Historia clínica Registro individual de procedimientos
5	Paciente sale del triage e ingresa a sala de espera de consulta medica	Paciente	
6	Se hace llamado a consulta médica acorde a la clasificación de triage	Medico	
8	Se realiza valoración por consulta médica y se define conducta a seguir	Medico	Historia clínica

9	Se genera orden de tratamiento y exámenes clínicos	Medico	Registro individual de procedimientos Ordenes de exámenes
10	Se revisa el registro individual de procedimiento y las ordenes de exámenes clínicos para pasar a facturación	Enfermería	médicos
11	Se le coloca sello de caja a las ordenes	Facturación	
12	Se inicia tratamiento	Enfermería	
13	Se traslada a la zona de observación con historia clínica	Enfermería	Orden de traslado
14	Se observa mejoría	Medico	

Fuente de elaboración propi

Figura 10 Procedimiento de atención al usuario consulta medica



Fuente de elaboración propia

- ATENCIÓN AL USUARIO EXAMENES DIAGNOSTICOS

Tabla 23 Procedimiento de atención al usuario exámenes diagnósticos



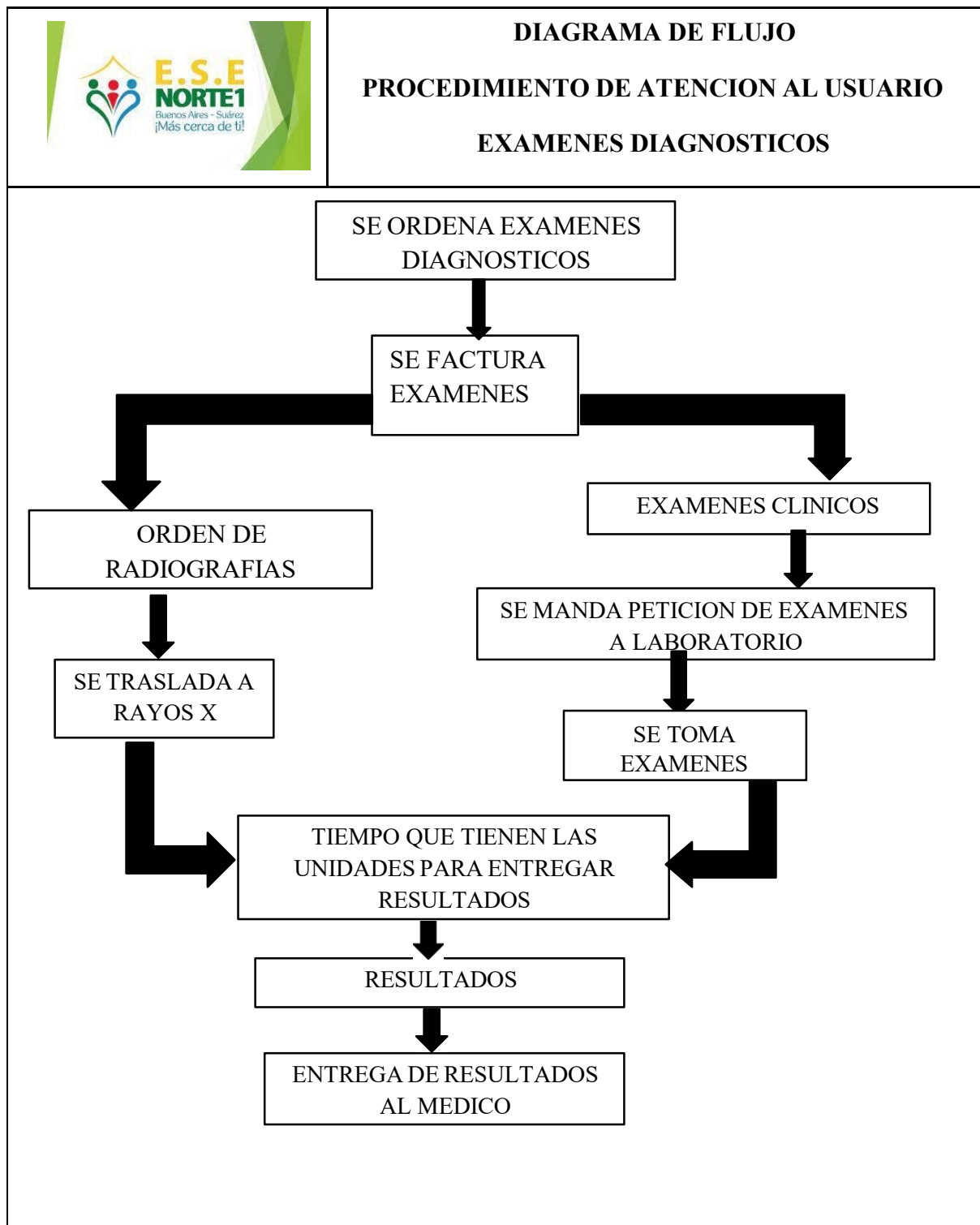
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL USUARIO

ATENCIÓN AL USUARIO EXAMENES DIAGNOSTICOS			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Se ordena exámenes clínicos o de Rayos X	Medico	Ordenes de exámenes
2	Se pasa órdenes a facturación	Enfermería	
3	Facturación coloca sello de caja	Facturación	Ordenes de exámenes facturadas
4	Si la orden es de radiografías se traslada paciente a RX	Camillero	
5	Rayos X toma radiografías	Radiólogo	Registro de toma de radiologías
6	Si la orden es de laboratorio se manda petición de toma de exámenes de laboratorio	Enfermería	Petición de exámenes
7	Laboratorio toma exámenes clínicos	Bacteriólogo	Registro de toma de exámenes

8	El laboratorio o radiología debe presentar resultado en dos horas	Radiólogo Bacteriólogo	
9	Entrega de resultados	Radiólogo Bacteriólogo	Resultado de exámenes

Fuente de elaboración propia

Figura 11 Procedimiento de atención al usuario exámenes diagnósticos




Fuente de elaboración propia

4.3.8.2. Descripción de los procedimientos de egreso de usuario.

Para describir el procedimiento de egreso al paciente se tiene en cuenta los mismos ítems que el procedimiento anterior como lo muestra el cuadro 9 procedimientos de egreso al usuario.

Tabla 24 Identificación de procedimientos proceso de servicios hospitalarios y proceso diagnóstico egreso de usuario

 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
PROCESO SERVICIO HOSPITALARIO Y PROCESO DIAGNOSTICO	
EGRESO DE USUARIO	
OBJETIVO	Cumplir con todos los requerimientos para autorizar la salida del paciente del servicio de urgencias
ALCANCE	Aplica a los subprocesos de: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica • Valoración especialista • Apoyo de enfermería • Caja y facturación
RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none"> • Medico de turno • Jefe de enfermería • Facturador
SOPORTE DOCUMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte individual de procedimientos • Registro de atención. • Remisiones. • Historia clínica. • Orden de exámenes. • Protocolos de manejo • Diagrama de flujo

GENERALIDADES

- Protocolos de bioseguridad
- Definición de conducta
- Aceptación de remisión.
- Servicio facturado
- Elementos de bioseguridad

Fuente de elaboración propia

Para el procedimiento de egreso al paciente se determinan los siguientes egresos por alta médica, egreso por traslado a otro nivel de complejidad, egreso por hospitalización. Cada criterio se ve definido por medio de una descripción de la actividad y un diagrama de flujo representado a continuación.

- **EGRESO DEL PACIENTE POR ALTA MÉDICA.**

Tabla 25 Procedimiento de egreso al paciente por alta medica

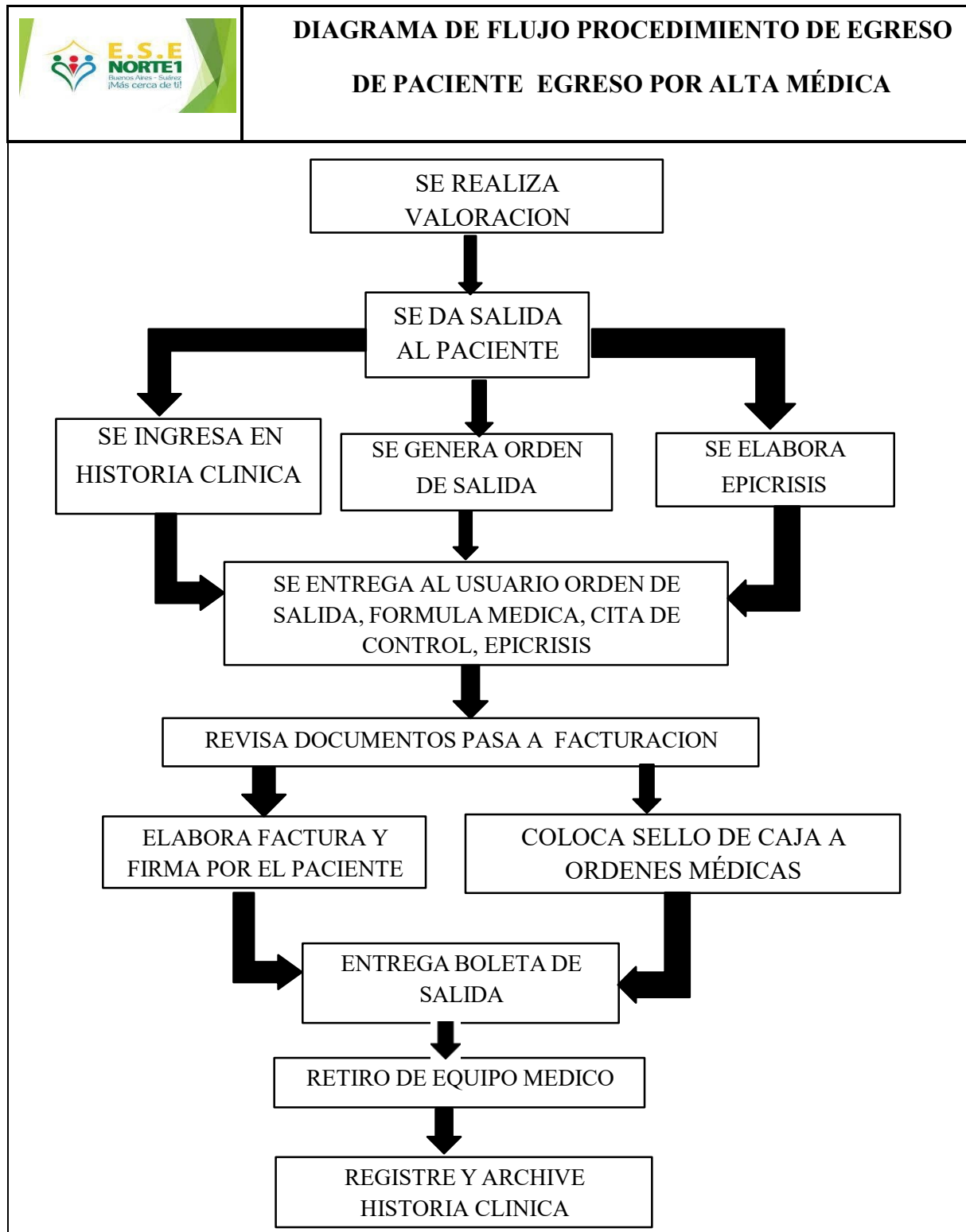


**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO EGRESO AL PACIENTE**

EGRESO DEL PACIENTE POR ALTA MEDICA			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Se le da salida al paciente	Medico	Ordenes de exámenes
2	Se ingresa en historia clínica la valoración con orden de salida	Medico	
3	Elabore epicrisis con copia	Medico	Epicrisis
4	Entrega al usuario orden de salida, formula médica, cita de control, epicrisis	Medico	Orden de salida Formula medica Cita de control epicrisis
5	Revise los documentos y cierre historia clínica para pasar a facturación	Enfermería	
6	Elabore factura y haga firmar al usuario	Facturación	Factura
7	Coloque sello de caja a las ordenes medicas	Facturación	
8	Entregue la boleta de salida donde se indica el paz y salvo	Facturación	Boleta de salida
9	Retire equipo medico	Enfermería	
10	Registre la salida y archive historia clínica	Enfermería	

Fuente de elaboración propia

Figura 12 Procedimiento de egreso al paciente por alta medica



Fuente de elaboración propia

- **EGRESO DEL PACIENTE POR TRASLADO A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD**

Tabla 26 Procedimiento de egreso al paciente por traslado a otro nivel de complejidad

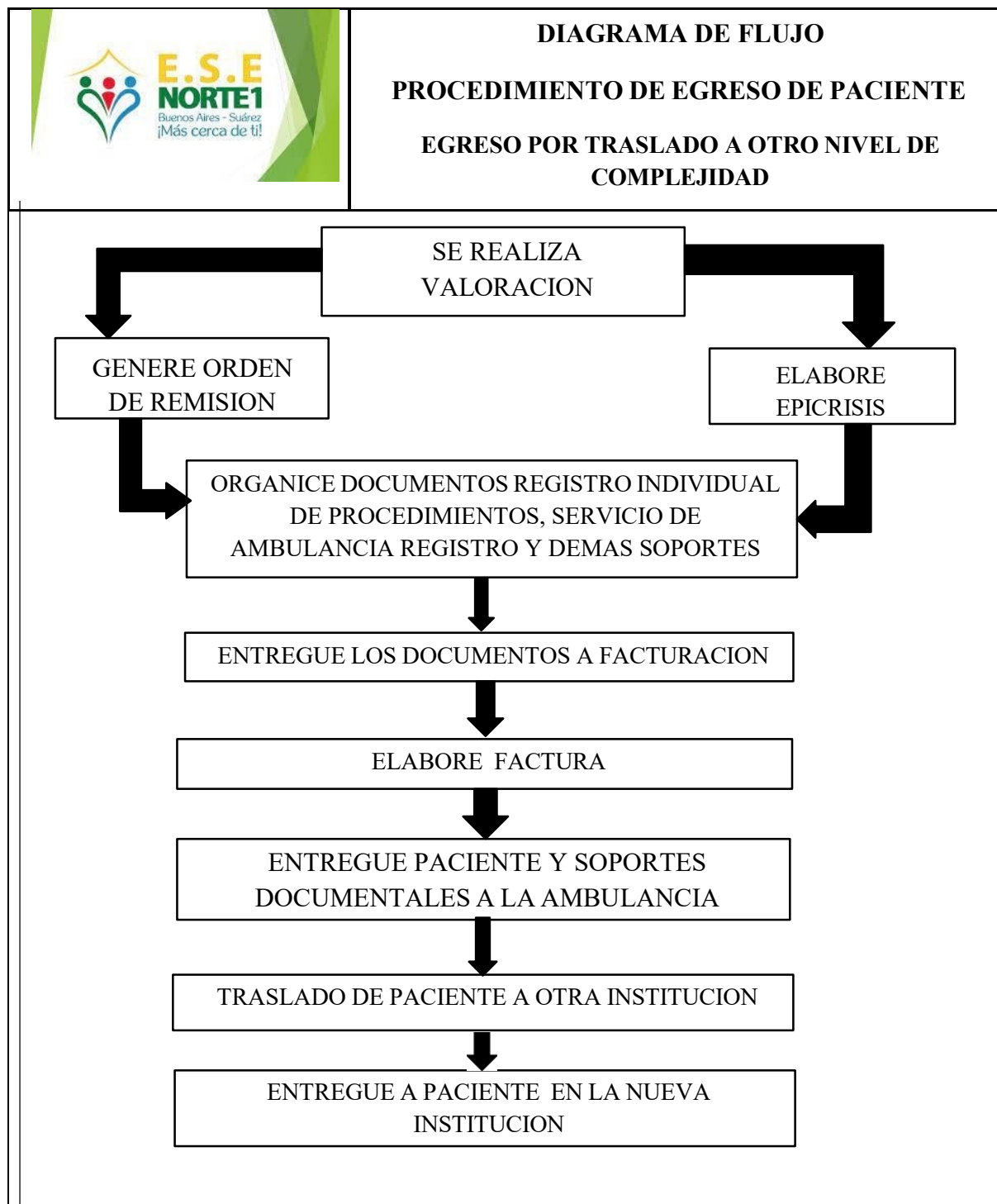


**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO EGRESO AL PACIENTE**

EGRESO DEL PACIENTE POR TRASLADO A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Se realiza consulta y se registra orden de remisión	Medico	Historia clínica
2	Elabore orden de remisión	Medico	Remisión
3	Elabore epicrisis con copia	Medico	Epicrisis
4	Organice el registro individual de procedimientos, servicio de ambulancia, registro y demás soportes y entréguelos a facturación	Enfermería	
5	Facture y haga firmar del usuario o familiar	Facturación	Factura
6	Entregue paciente a la ambulancia	Enfermería	Orden de remisión
7	Traslado del paciente a la otra institución	Ambulancia	
8	Entregue al paciente en la nueva institución	Ambulancia	

Fuente de elaboración propia

Figura 13 Procedimiento de egreso al paciente por traslado a otro nivel de complejidad



- GRESO DE PACIENTE POR HOSPITALIZACIÓN.

Tabla 27 Procedimiento de egreso al paciente por hospitalización

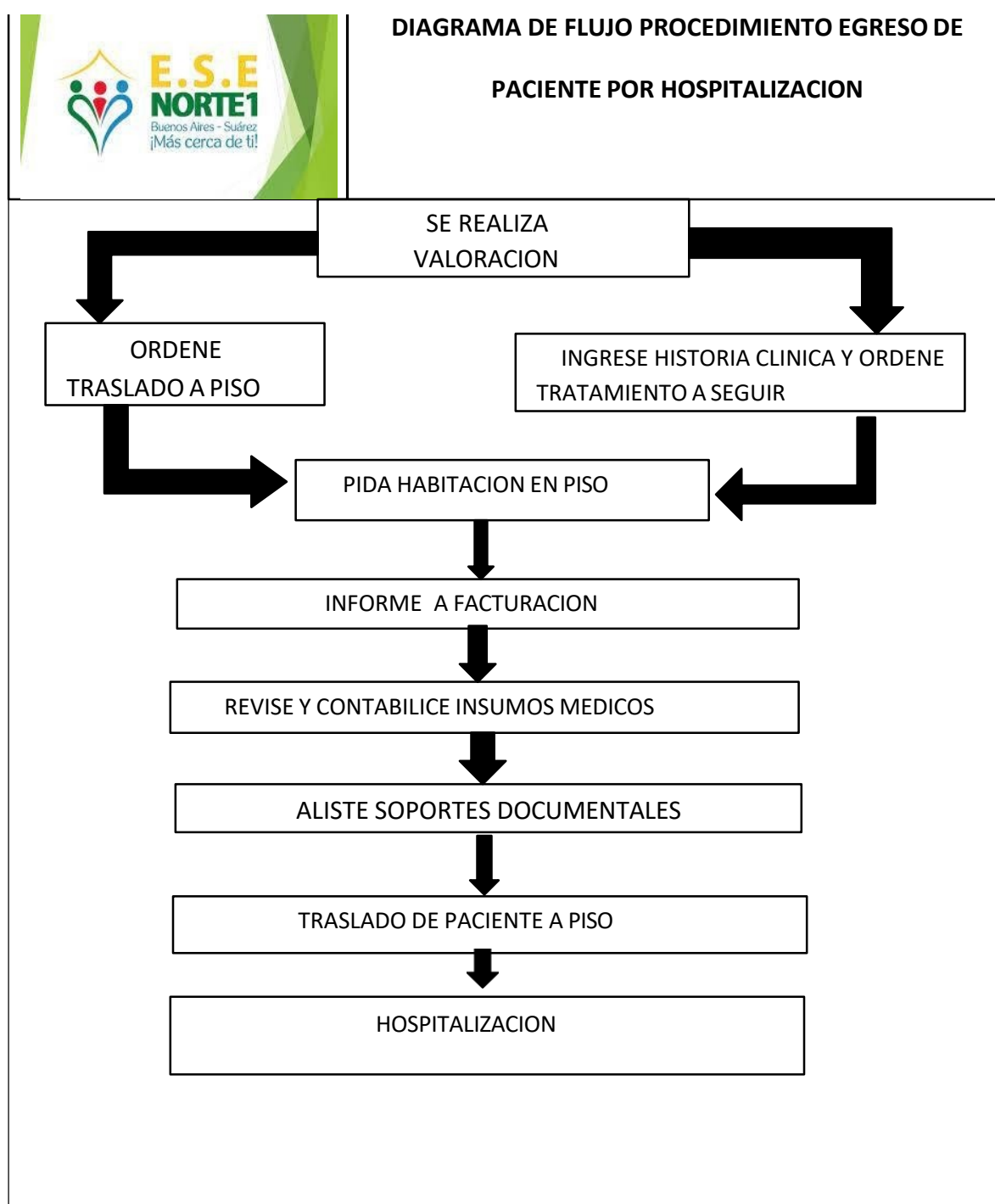


SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO EGRESO AL PACIENTE

EGRESO DE PACIENTE POR HOSPITALIZACION			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FORMATO
1	Realice valoración y ordene traslado a piso	Medico	
2	Ingresa a historia clínica y ordene tratamiento a seguir	Medico	Traslado a hospitalización
3	Pida la habitación en piso	Enfermería	
4	Informe a facturación	Enfermería	
5	Revise insumos médicos y contabilice	Enfermería	
6	Aliste documentos	Facturación	Registro individual de procedimientos Farmacia Laboratorio Documentos personales
7	Traslade al usuario a piso para ser hospitalizado	Enfermería	

Fuente de elaboración propia

Figura 14 Procedimiento de egreso al paciente por hospitalización



Fuente de elaboración propia

5. CONCLUSIONES

Al desarrollar este proyecto, haciendo una evaluación de la situación actual de la empresa y comparándolo con la norma ISO 9001 del 2015 permitió concluir lo siguiente.

- La institución del sector público E.S.E Norte 1 del municipio de Suarez, no cuenta con un sistema de gestión de calidad (SGC); que mejore las falencias en la inadecuada prestación de servicios de salud en el área de urgencias.
- La integración de la norma ISO 9001 del 2015, permitió evidenciar la falta de calidad en el servicio y la necesidad de redirigir la institución a todos los estándares de calidad necesarios para la prestación de servicios de salud en condiciones óptimas y de buena calidad.
- Comprender que el hospital tiene como misión, prestar el servicio de atención médica a personas con necesidades de salud, por lo cual la calidad en la atención debe ser primordial; logrando así un alto grado de satisfacción del usuario con menores riesgos y más beneficios.
- La falta de conocimiento frente a las normas que rigen en Colombia contribuyen a que se presente tantas falencias en servicio de atención de urgencias por lo que es necesario el diseño de gestión de calidad que contribuya a la mejora continua, disminuyendo las no conformidades y prestando un servicio de calidad.
- Este proyecto de investigación sentó la línea base para la consideración imperativa de que exista al interior del hospital E.S.E Norte 1, un sistema de

gestión de calidad que permita la corrección, detectar las fallas e insatisfacciones del usuario.

- El conocimiento de la norma ISO 9001 del 2015 y sus campos de aplicación, permite a las organizaciones que al estandarizar procesos se logre un manejo idóneo a los recursos, se cumpla el objetivo de calidad y se preste un servicio en salud de manera correcta y eficiente.

Finalmente dentro de los objetivos de formación en la ingeniería industrial, esta investigación permitió articular y dinamizar diferentes elementos propios para fortalecer la construcción de conocimientos, en la toma de decisiones logrando de esta manera visibilizar el proceso académico.

Referencias

- Antony, J., Sunder M, V., Sreedharan, R., Chakraborty, A., & Gunasekaran, A. (2019). A systematic review of Lean in healthcare: a global prospective. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 36(8), 1370–1391. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-12-2018-0346>
- Ardon, N. R. *Sistemas para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales Públicos de I, II y III Nivel de Atención*. Bogotá 2003. (www.gerenciasalud.com)
- Baquero, S. M. (2014). La importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad los procesos misionales de la empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia. Universidad militar nueva granada.
- Berrio, J., & Cabarcas, M. (2016). Diseño de un sistema de gestión de calidad en la ESE hospital Regional de Bolívar basado en la norma NTCGP 1000:2009 [Universidad de Cartagena].
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197–1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>
- De Almreida, C., Prates, B. T., Batista, D., Alves, F., De Costa, F., & Almeida, J. (2015). Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein (São Paulo, Brasil)*, 13(4), 587–593. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3347>
- Fernández, C. F. (10 de 02 de 2020). Dramática radiografía de los servicios de urgencias en Colombia. *EL TIEMPO*, pág.5. (<https://www.eltiempo.com/salud/servicio-de-urgencias-en-colombia-informe-de-la-defensoria-del-pueblo-sobre-situacion-del-pais-460304>)
- Gelves-Alarcón, O. M., Navarro- Romero, E. del C., & García-Corrales, N. (2022). Estado del arte y la técnica de las prácticas lean en instituciones de salud en América Latina: Revisión de Literatura. *Avances Investigación En Ingeniería*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.18041/1794-4953/avances.1.7892>
- Gillett, J., Simpson, P., & Clarke, S. (2015). Implementando ISO 9001:2015. Infinite

Ideas Limited.

- Hernández, H., Barrios, I., & Martínez, D. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio Libre*, 16(28), 169–185. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2018v16n28.2130>
- Hsu, C. M., Liang, L. L., Chang, Y. Te, & Juang, W. C. (2018). Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1P1), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.03.008>
- International Standards Organization. (2015). Norma Internacional ISO 9001 (5th Ed.). ISO.
- Jaccard, M., & Ljungberg, N. (2013). The objective is quality: An introduction to performance and sustainability management systems. In *The Objective is Quality: An*
- Kanamori, S., Sow, S., Castro, M. C., Matsuno, R., Tsuru, A., & Jimba, M. (2015). Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: A qualitative study of staff perception. *Global Health Action*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27256>
- Kelly, D. (2003). *Aplicando la gestión de calidad en el cuidado de la salud*. HAP Editorial Board.
- Lotero, L. M., & Botero, M. (2022). Factores que influyen en la sobre ocupación del servicio de urgencias en Colombia. Universidad de Antioquia.
- Nichols, A. (2022). *Implementing ISO 9001: 2015*. IT Governance Publishing Ltd. <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1105841&lang=es&site=ehost-live>
- Normas ISO, ISO 9001 – 2015 (I M A G E N) , pág. 1 (<https://www.normas-iso.com/iso-9001/#topheader>)
- Pérez, C. N. (2022). Propuesta de un sistema de gestión de calidad basado en ISO 9001:2015 en el área de emergencia del Hospital Leon Becerra. Universidad de Guayaquil.
- Pines, J. M., & Bernstein, S. L. (2015). Solving the worldwide emergency department crowding problem - what can we learn from an Israeli ED? *Israel Journal of*

Health Policy Research, 4(1), 10–13. <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0049-0>

Pyzdek, T. (2021). Manual de Lean Healthcare. Springer.

Anexos

- ANEXO 1: DIAGNOSTICO DE REVISION.

DIAGNOSTICO DE REVISION				
NORMA ISO 9001 DEL 2015				
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado; B. cumple parcialmente con el criterio enunciado; C No cumple con el criterio enunciado,				
N o.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACI		
		A	B	C
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				
4.1 COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO				
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes Para el propósito y dirección estratégica de la organización.		X	
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas Cuestiones externas e internas.			X
4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS				
SE HAN DETERMINADO LAS PARTES INTERESADAS QUE SON PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SST DE LA ORGANIZACIÓN				
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas Partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.			X
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas Partes interesadas y sus requisitos.			X

4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**Primer Párrafo**

Se tiene determinado el alcance según:

Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica.

Debe estar documentado y disponible.

5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica			X
6	¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los Problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?			X
7	¿Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.			X
8	¿Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que ¿No son aplicables para el Sistema de Gestión?			X

4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		X	
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la Efectiva operación y control de los mismos.	X		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita Apoyar la operación de estos procesos.		X	

5. LIDERAZGO**5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL**

1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la Eficacia del SGC.			X
---	---	--	--	---

5.1.2 Enfoque al cliente				
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes Se determinan Y se cumplen.		X	
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan Afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.			X
5.2 POLITICA				
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA				

4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización Está acorde con los propósitos establecidos.			X
5.2.2 Comunicación de la política de calidad				
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro De la organización.		x	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN				
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades Para los roles pertinentes en toda la organización.	X		
6. PLANIFICACION				
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES				
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados Esperados.			X
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos Riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.			X
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS				
3	¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestión?			X
4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos			X

6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS			
5	¿Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios En el SGC y la gestión de su implementación?		X
7. APOYO			
7.1 RECURSOS			
7.1.1 Generalidades			
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura)		X
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición			
7.1.5.1 Generalidades			

2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un Seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?		X
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones			
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el Proceso operacional.		X
7.1.6 Conocimientos de la organización			
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias Adquiridas.		X
7.2 COMPETENCIA			

5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	X		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA				
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de Las acciones formativas emprendidas.			X
7.4 COMUNICACIÓN				
7	Se tiene definido un procedimiento para las comuniones internas y Externas del SIG dentro de la organización.		X	
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA				
7.5.1 Generalidades				
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma Y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.			X
7.5.2 Creación y actualización				
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y Actualización de documentos.			X

10	Se tiene un procedimiento para el control de la información Documentada requerida por el SGC.			X
8. OPERACIÓN				
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL				
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para Cumplir los requisitos para la provisión de servicios.			X
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la Organización.			X

3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén Controlados.		X	
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando Acciones para mitigar cualquier efecto adverso.			X
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS				
8.2.1 Comunicación con el cliente				
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los Productos y servicios.			X
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos Y servicios, incluyendo las quejas.		X	
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de Contingencia, cuando sea pertinente.			X
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios				
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los Productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.		X	
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios				
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los Requisitos de los productos y servicios ofrecidos.			X
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de Comprometerse a suministrar productos y servicios a este.		X	
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte De estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	X		
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los Requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		X	
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito Nuevo para los servicios.		X	
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios				

14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los Productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.			X
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE				
8.4.1 Generalidades				
15	La organización asegura que los procesos, productos y servicios Suministrados externamente son conforme a los requisitos.	X		
16	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y Servicios suministrados externamente.	X		
17	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, Seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.	X		
18	Se conserva información documentada de estas actividades	X		
8.4.2 Tipo y alcance del control				
19	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, Conformes de manera coherente a sus clientes.			X
20	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas Resultantes.		X	
21	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios Aplicables.		X	
22	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen Dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.			X
23	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar			X

	Que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.			
--	---	--	--	--

8.4.3 Información para los proveedores externos				
24	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos Para los procesos, productos y servicios.	X		
25	Se comunica la aprobación de productos servicios, métodos, procesos Y equipos, la liberación de productos y servicios.	X		
26	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación Requerida de las personas.			X
27	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la Organización.			X
28	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor Externo aplicado por la organización.			X
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO				
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio				
29	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo Condiciones controladas.		X	
30	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a Desempeñar.	X		
31	Dispone de información documentada que defina los resultados a Alcanzar.			X
32	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados			X
33	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y Medición en las etapas apropiadas.			X
34	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la Operación de los procesos.			X
35	Se controla la designación de personas competentes.	X		
36	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad Para alcanzar los resultados planificados.		X	

37	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores Humanos.		X	
38	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y Posteriores a la entrega.		X	
8.5.2 Identificación y trazabilidad				
39	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas De los productos y servicios.		X	
40	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	X		
41	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.		X	
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos				
42	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores Externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	X		
43	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización O incorporación en los productos y servicios.	X		
44	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el Uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	X		
8.5.4 Preservación				
45	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los Requisitos.		X	
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega				
46	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la Entrega asociadas con los productos y servicios.		X	

47	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la Organización considero los requisitos legales y reglamentarios.		X	
48	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a Sus productos y servicios.			X
49	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus Productos y servicios.			X
50	Considera los requisitos del cliente.			X
51	Considera la retroalimentación del cliente.			X

8.5.6 Control de cambios				
52	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los Requisitos.		X	
53	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier Acción que surja de la revisión.		X	
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS				
54	La organización implementa las disposiciones planificadas para Verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.		X	
55	Se conserva la información documentada sobre la liberación de Los productos y servicios.		X	
56	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.			X
57	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.			X
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES				
58	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus Requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.			X
59	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la Naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.			X

60	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las Salidas no conformes.			X
61	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras			X
62	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no Conformidad.			X
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO				
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION				
9.1.1 Generalidades				
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.		X	
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y		X	

	Evaluación para asegurar resultados válidos.			
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		X	
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y Medición.		X	
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.			X
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.		X	
9.1.2 Satisfacción del cliente				
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los Clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.			X
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar La información.			X
9.1.3 Análisis y evaluación				
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que Surgen del seguimiento y la medición.			X
9.2 AUDITORIA INTERNA				

10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos Planificados.		X	
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.		X	
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o Varios programas de auditoría.		X	
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.		X	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la Objetividad y la imparcialidad del proceso.	X		
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la Dirección.	X		
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			X
17	Conserva información documentada como evidencia de la Implementación del programa de auditoría y los resultados.	X		

9.3 REVISION POR LA DIRECCION

9.3.1 Generalidades				
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua Con la estrategia de la organización.		X	
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección				
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones Previas.		X	
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean Pertinentes al SGC.		X	
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.			X

22	Considera los resultados de las auditorías.			X
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.	X		
24	Considera la adecuación de los recursos.			X
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los Riesgos y las oportunidades.		X	
26	Se considera las oportunidades de mejora.	X		
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección				
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas Con oportunidades de mejora.	X		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.	X		
29	Incluye las necesidades de recursos.	X		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los Resultados de las revisiones.	X		
10. MEJORA				
10.1 Generalidades				
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los Requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.			X
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA				

2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para Controlarla y corregirla.			X
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no Conformidad.			X
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.			X
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		X	
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			X
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			X
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no Conformidades encontradas.			X
9	Se conserva información documentada como evidencia de la Naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			X
10.3 MEJORA CONTINUA				
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y Eficacia del SGC.			X
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la Revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.			X

- ANEXO 2 ANALISIS DE ENCUESTAS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las encuestas de gestión al usuario y su familia y las encuestas gestión al personal que labora para obtener un conocimiento más amplio y real de la situación del área de urgencias en la E.S.E NORTE 1 del municipio de Suarez Cauca encuestando a 15 usuarios y 8 trabajadores de dicha área.

. ENCUESTA AL USUARIO Y SU FAMILIA.

• CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

1. ¿El tiempo transcurrido entre la llegada a la institución y la atención del triage lo califica como?

**TIEMPO ENTRE LA LLEGADA Y EL
TRIAGE**

	CANTIDAD	%
MUY BUENA	0	0%
BUENA	3	20%
REGULAR	5	33%
DEFICIENTE	7	47%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

2. ¿El tiempo transcurrido entre la salida del triage y el proceso de atención médica lo calificas cómo?

**TIEMPO ENTRE LA SALIDA DEL TRIAGE Y ATENCIÓN
MEDICA**

	CANTIDAD	%
MUY BUENA	0	0%
BUENA	2	13%
REGULAR	8	53%
DEFICIENTE	5	34%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

- 3.

4. ¿La atención brindada por el personal de salud lo considera cómo?

ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL

CANTIDAD		%
MUY BUENA	1	7%
BUENA	6	40%
REGULAR	3	20%
DEFICIENTE	5	33%
TOTAL	15	100%

*fuelle de
elaboración
propia*

5. ¿Las instalaciones del hospital las califica cómo?

**INSTALACIONES
DEL HOSPITAL**

	CANTIDAD	%
MUY BUENA	0	0%
BUENA	5	33%
REGULAR	5	33%
DEFICIENTE	5	33%
TOTAL	15	99%

*fuelle de elaboración
propia*

• **ASPECTOS FINANCIEROS DE LA ATENCIÓN**

1. ¿Cuenta con afiliación de salud al régimen contributivo o subsidiado?

**CUENTA CON AFILIACIÓN A
SISTEMA DE SALUD**

CANTIDAD		%
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

2. ¿Le proporcionan todos los medicamentos y equipos necesarios para la atención?

MEDICAMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN

	CANTIDAD	%
SI	6	40%
NO	9	60%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

3. ¿La institución cuenta con todos los recursos materiales y de personal necesarios para operar?

RECURSOS MATERIALES Y DE PERSONAL

	CANTIDAD	%
SI	7	47%
NO	8	53%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

• **ACCESO A ESPECIALIDADES DE SALUD**

1. ¿Recibe la atención de los especialistas que requiere?

RECIBE ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS

	CANTIDAD	%
SI	3	20%
NO	12	80%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

2. ¿Cuenta el hospital con los especialistas básicos tales como (ginecólogo, internista, ortopedista entre otros)?

CUENTA CON LOS ESPECIALISTAS BÁSICOS

	CANTIDAD	%
SI	2	13%
NO	13	87%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

- **ACESIBILIDAD A LA ATENCIÓN**

1. ¿Le queda cerca la institución?

LE QUEDA CERCA LA INSTITUCIÓN

	CANTIDAD	%
SI	10	67%
NO	5	33%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

2. ¿Cuenta con un medio de transporte?

CUENTA CON UN MEDIO DE TRANSPORTE

	CANTIDAD	%
SI	11	73%
NO	4	27%
TOTAL	15	100%

fuelle de elaboración propia

- **OTRAS PREGUNTAS**

1. ¿En general como califica la satisfacción de los servicios recibidos?

SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS

	CANTIDAD	%
MUY SATISFECHO	0	0%
SATISFECHO	2	13%
POCO SATISFECHO	6	40%
INSATISFECHO	7	47%
TOTAL	15	100%
<i><u>fuelle de elaboración propia</u></i>		

ENCUESTA GESTIÓN AL PERSONAL QUE LABORA

- CONDICIONES DEL LUGAR Y PROCESO QUE REALIZA**

1. ¿Las instalaciones del área facilitan el trabajo y los servicios prestados?

LAS INSTALACIONES FACILITAN EL TRABAJO

	CANTIDAD	%
SI	2	25%
NO	6	75%
TOTAL	8	100%
<i><u>fuelle de elaboración propia</u></i>		

2. ¿Sus funciones y habilidades están bien definidas?

FUNCIONES Y HABILIDADES DEFINIDAS

	CANTIDAD	%
SI	5	62%
NO	3	38%
TOTAL	8	100%
<i><u>fuelle de elaboración propia</u></i>		

3. ¿Le proporciona los equipos y herramientas necesarias para realizar sus actividades?

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS NECESARIOS

	CANTIDAD	%
SI	2	25%
NO	6	75%
TOTAL	8	100%

fuelle de elaboración propia

4. ¿Las cargas de trabajo están bien definidas?

CARGAS DE TRABAJO BIEN DEFINIDAS

	CANTIDAD	%
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTAL	8	100%

fuelle de elaboración propia

• **ASPECTOS FINANCIEROS**

1. ¿Recibe su sueldo de trabajo a tiempo?

RECIBE SUELDO A TIEMPO

	CANTIDAD	%
SI	7	87%
NO	1	13%
TOTAL	8	100%

fuelle de elaboración propia

2. ¿La institución cuenta con todos los recursos materiales necesarios para operar?

RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA OPERAR

CANTIDAD		%
SI	0	0%
NO	8	100%
TOTAL	8	100%

f fuente de elaboración propia

• **AMBIENTE DE TRABAJO**

1. ¿Hay colaboración en equipo?

COLABORACIÓN EN EQUIPO

CANTIDAD		%
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTAL	8	100%

f fuente de elaboración propia

2. ¿Tiene buena relación con sus compañeros?

BUENA RELACIÓN ENTRE SUS COMPAÑEROS

CANTIDAD		%
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTAL	8	100%

- **COMUNICACIÓN Y COORDINACION**

1. ¿La comunicación entre áreas funciona bien?

COMUNICACIÓN DE ÁREAS

	CANTIDAD	%
SI	3	37%
NO	5	63%
TOTAL	8	100%

f fuente de elaboración propia

2. ¿Tiene una adecuada coordinación con otras áreas de trabajo?

BUENA COORDINACIÓN ENTRE OTRAS ÁREAS

	CANTIDAD	%
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTAL	8	100%

f fuente de elaboración propia

ANEXO 3 MODELO DE ENCUESTAS.**MODELO DE ENCUESTA SATISFACI3N AL USUARIO.*****Imagen 6 Encuesta satisfacci3n al usuario***

ENCUESTA DE SATISFACI3N DE URGENCIAS				E.S.E. NORTE I SEDE SUAREZ CAUCA	
GESTI3N AL USUARIO Y SU FAMILIA					
FECHA	HORA				
CALIDAD DE LA ATENCI3N MEDICA		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	DEFICIENTE
1. ¿El tiempo transcurrido entre la llegada a la instituci3n y la atenci3n del triage lo califica como?					
2. ¿El tiempo transcurrido entre la salida del triage y el proceso de atenci3n medica lo calificas como?					
3. ¿La atenci3n brindada por el personal de salud lo considera como?					
4. ¿Las instalaciones del hospital las califica como?					
ASPECTOS FINANCIEROS DE LA ATENCI3N		SI		NO	
1. ¿Cuenta con afiliaci3n de salud al r3gimen contributivo o subsidiado?					
2. ¿Le proporcionan todos los medicamentos y equipos necesarios para la atenci3n?					
3. ¿La instituci3n cuenta con todos los recursos materiales y de personal necesarios para operar?					
ACCESO A ESPECIALIDADES DE SALUD		SI		NO	
1. ¿Recibe la atenci3n de los especialistas que requiere?					
2. ¿Cuenta el hospital con los especialistas b3sicos tales como (ginecolgo, internista, ortopedista entre otros)?					
ACESIBILIDAD A LA ATENCI3N		SI		NO	
1. ¿Le queda cerca la instituci3n?					
2. ¿Cuenta con un medio de transporte?					
OTRAS PREGUNTAS		MUY SATISFECHO	SATISFECHO	POCO SATISFECHO	INSATISFECHO
¿En general como califica la satisfacci3n de los servicios recibidos?					

Fuente de elaboraci3n propia

MODELO DE ENCUESTA AL PERSONAL QUE LABORA.*Imagen 7 Gestión al personal que labora*

ENCUESTA DE SATISFACIÓN DE URGENCIAS		ESE NORTE	
GESTIÓN AL PERSONAL QUE LABORA		I SEDE	
FECHA		HORA	SUAREZ
CONDICIONES DEL LUGAR Y PROCESO QUE REALIZA		SI	NO
1. ¿Las instalaciones del area facilitan el trabajo y los servicios prestados?			
2. ¿Sus funciones y habilidades estan bien definidas?			
3. ¿Le proporciona los equipos y herramientas necesarias para realizar sus actividades?			
4. ¿Las cargas de trabajo estan bien definidas?			
ASPECTOS FINANCIEROS		SI	NO
1. ¿Recibe su sueldo de trabajo a tiempo?			
3. ¿La institución cuenta con todos los recursos materiales necesarios para operar?			
AMBIENTE DE TRABAJO		SI	NO
1. ¿Hay colaboracion en equipo?			
2. ¿Tiene buena relacion con sus compañeros?			
COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN		SI	NO
1. ¿La comunicación entre areas funciona bien?			
2. ¿Tiene una adecuada coordinacion con otras areas de trabajo?			

Fuente de elaboración propia