

# Visión Informativa

VOLUMEN I No. 08

Marzo - Abril de 2009

Una Publicación de FUNDACIÓN VISIÓN SALUD

## E.S.E. Hospital del Rosario, Campoalegre - Huila ¡ Camino a la Excelencia en el servicio !



**H**abilitada en todos sus servicios mediante Resolución No. 417 de 2006, institución con la estrategia IAMI Acreditada por el Ministerio con el apoyo de la Fundación Santa Fe de Bogotá y la única E.S.E. de baja complejidad del Huila, seleccionada dentro del convenio de acompañamiento para el proceso de Acreditación en Salud por parte del Ministerio de la Protección Social junto a cien (100) instituciones de Colombia, la E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO de Campoalegre Huila se perfila como una de las mejor posicionadas en cuanto a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y en consecuencia con altos

niveles de calidad al servicio de los usuarios en la ciudad de Campoalegre.

Con respecto a la estrategia IAMI, la RESOLUCION No 001244 5 de Agosto 2.008 de la Secretaria de Salud Departamental y los

lineamientos nacionales "Criterios Globales Para El Cumplimiento De Los 10 Pasos De La Iniciativa Instituciones Amigas De La Mujer Y La Infancia, Iami Integral Y Formulario De Autoapreciación Para Instituciones De Salud" definidos por el Ministerio de la Protección Social y

el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF- determinó como competencia nacional la de "Decidir el reconocimiento con base en el informe escrito de la comisión evaluadora, externa" y la acreditación. Con base en los siguientes resultados.

Paso N°	Descripción básica del paso IAMI - Integral	%
1	Disponer por escrito de una política en favor de la salud y nutrición materna e infantil con enfoque de derechos y perspectiva de género.	100 %
2	Capacitar a todo el personal que atiende a mujeres, niñas, niños, adolescentes, en aspectos básicos de derechos humanos.	99 %
3	Brindar a las mujeres gestantes educación, atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto.	94 %
4	Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en compañía de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto y libre de intervenciones profesionales innecesarias.	96 %
5	Brindar orientación y ayuda a las madres y familiares acompañantes sobre el cuidado de las niñas y niños recién nacidos, lactantes, la adecuada nutrición de la madre durante la lactancia.	94 %
6	Promover y facilitar a las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de vida, y educar sobre cómo continuar amamantando con alimentación complementaria .	90 %
7	Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna incluso en situación de hospitalización.	99 %
8	Proveer atención integral a niñas y niños menores de seis años, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y desarrollo.	85 %
9	Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, en los que se respeten los derechos a la salud, la alimentación y nutrición, la información, la educación, la no discriminación.	87 %
10	Diseñar estrategias y mecanismos de apoyo comunitario e institucional a las madres, los padres y las familias, que aseguren la continuidad de las acciones desarrolladas en las instituciones prestadoras de salud.	99 %



**Nelson Leonardo Fierro**

Gerente E.S.E Hospital del Rosario, Médico, Especialista en Gerencia de Las Organizaciones de Salud, Especialista en Gerencia Estratégica.

Continúa **Pág. 2**

**En Esta Edición:**

- » **"Cómo Mejorar el Proceso de Auditoría Interna "** 3
- » **Auditoría a la Planeación Estratégica del Sistema de Gestión de Calidad** 4
- » **¿Cómo va su Sistema de Gestión de Calidad?** 7

**Pág**



*"Realizando Sueños de Vida"*

**Circulación Nacional**





# Editorial

## Apreciado lector:

Una vez más con ustedes para presentarles la Edición Marzo - Abril de nuestro medio informativo. En esta ocasión el Doctor NELSON LEONARDO FIERRO como invitado especial igual que su Empresa Social del Estado Hospital del Rosario, de Campoalegre Huila.

Colocamos a su disposición tres artículos, uno de carácter pedagógico como un aporte a las metodologías a utilizar en las Auditorias a los Sistemas de Gestión de Calidad, otro, una lista de chequeo de todos los documentos y productos que una institución del sector público debe tener para cumplir con la NTCGP 1000:2004 y el MECI 1000:2005. El tercer artículo es una herramienta para la evaluación del componente

estratégico de su Sistema de Gestión de Calidad.

Por ultimo nos complace compartirle que la Fundación Visión Salud ha protocolizado la firma de un Convenio con ICONTEC para la Promoción y Realización de Diplomados en los Departamentos de Huila Caquetá y Putumayo en los temas de **"ACREDITACIÓN EN SALUD" Y "AUDITORIAS INTEGRALES AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD"**.

Aprovecho para reiterarles la Invitación a que nos envíen el material que deseen publicar en este medio informativo para la Edición Mayo -Junio a nuestro correo electrónico.

Con sentimientos de Aprecio,

Weymar Fernando Muñoz Muñoz

# Visión Informativa



## JUNTA DIRECTIVA

WEYMAR FERNANDO MUÑOZ MUÑOZ

*Presidente*

ARMANDO PERDOMO QUESADA  
*Vice Presidente*

PAOLA ROCIO MUÑOZ MUÑOZ  
*Tesorera*

MARIA RUTH TRUJILLO URRIAGO  
*Secretaria*

IVAN DARIO GOMEZ GONZALEZ  
*Vocal*

## CONSULTORES

MIRYAM LILIANA MUÑOZ MUÑOZ  
ALVARO TORRES RODRIGUEZ  
BETSY PAOLA RAMIREZ POTOSI

## COLUMNISTAS

NELSON LEONARDO FIERRO  
ABELARDO PINEDA WALTEROS  
MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS  
PAOLA ROCIO MUÑOZ MUÑOZ

Viene  
**Pag.  
1**



En otros de sus logros la E.S.E. ha logrado integrar el SOGC con el MECI y se consolidó el sistema de información generando los indicadores de calidad exigidos en la circular 030.

De igual manera se ha logrado el reconocimiento departamental a través del área de vacunación evidenciado en los altos niveles de cumplimiento del municipio frente al PAI.



## Mención especial

### MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE

Por el firme compromiso e irrestricto apoyo que hizo posible el logro de las metas en las coberturas de vacunación a nivel Departamental

Neiva, Diciembre de 2008



Danny Quintero de Perdomo  
Coordinadora del Programa PAI Departamental



Se reitera el interés de la ESE Hospital del Rosario, de ser parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que está recibiendo asistencia técnica para mejorar su desempeño respecto a los estándares de Acreditación, y al componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), dentro del Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del Componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, el cual viene siendo desarrollado por el Ministerio de la Protección Social a través del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestadores de Servicios de Salud. Esta dentro de las 15 IPS de primer nivel a

nivel nacional con rumbo al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Para dar continuidad a la estrategia definida por la ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, se trabaja en la implementación de las siguientes estrategias ligadas al ciclo PHVA, tendientes a la obtención de los productos que garanticen la obtención de la Acreditación en Salud y por ende garantizar el mejoramiento continuo institucional:

## Estrategias de Planeación:

De acuerdo con el diagnóstico realizado frente a estándares de Acreditación y mediante la aplicación de metodologías de priorización se diseñó el

Continua  
**Pag.  
3**



Plan General de Mejoramiento Institucional con base en el diagnóstico realizado en la autoevaluación y se definió dentro de la planeación un Modelo de atención primaria ligada a la estrategia de seguridad clínica del paciente.

### Estrategia de Verificación:

Con base en los procesos priorizados y de acuerdo tanto al Modelo de Gestión de Calidad Pública definido en la NTCGP 1000:2004, el MECI 1000:2005 y el SOGC, el modelo de gestión de calidad garantiza la evaluación y el mejoramiento de las acciones que despliegan las estrategias del direccionamiento estratégico organizacional. Esto será monitorizado a través de un tablero de mando con un set de indicadores de gestión que controlarán y seguirán el mejoramiento en cada uno de los procesos priorizados.

Además de las anteriores acciones complementa la atención de los usuarios con el revolucionario modelo de atención basado en telemedicina en compañía de la

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA, que acerca a los usuarios a los servicios de segundo nivel como: Pediatría, Ginecología, Medicina interna entre otras

especialidades y contribuye al mejoramiento continuo de la calidad pensando en las necesidades económicas y de transporte de nuestros pacientes.

## Telemedicina



Le ESE Hospital del Rosario de Campoalegre, en convenio con la Fundación Santa Fe de Bogotá, inauguró el servicio de Telemedicina. Nelson Leonardo Fierro, Gerente, César Alberto Polanía, Alcalde; Roosevelt Fajardo y José Ignacio Valenzuela, representantes de la Fundación y Diana Hernández, Psicóloga.

# "Cómo Mejorar el Proceso de Auditoría Interna"



a auditoría interna, más que un requisito de las normas de sistemas de gestión (ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, NTCGP 1000:2004, entre otras), es una de las herramientas más importantes con las que cuenta una organización para promover el mejoramiento continuo de sus procesos, por esto, es vital el desarrollo de actividades planificadas y organizadas que aseguren el éxito de la misma.

Sea esta la oportunidad, para exponer algunos aspectos claves dirigidos a asegurar el cumplimiento de los objetivos de los ciclos de auditoría interna programados en sus organizaciones:

**1. Selección auditores.** Los auditores internos deben conocer la norma del sistema de gestión a auditar, e interpretar dichos requisitos a la naturaleza y/o sector de la economía a la cual pertenezca la organización, de igual manera, se sugiere que los auditores internos tengan un tiempo de permanencia no menor a un año en la organización.

Finalmente, las personas seleccionadas para ser auditores internos, deberían contar con habilidades tales como:

- Persistencia, y
- Mentalidad abierta.

**2. Plan de Auditoría.** La elaboración del plan de auditoría, se debe diseñar de forma estratégica, pensando en el circuito lógico de los procesos o en el ciclo de vida del producto / servicio. La definición del objetivo, alcance y criterios de la auditoría, debe definirse conjuntamente entre el equipo auditor (auditor líder) y el auditado (representante de la gerencia), de forma clara y concisa. La asignación de las fechas de la auditoría, no deben cruzarse con fechas críticas de la organización, tales como: pago de impuestos, presentación de informes de gestión, entre otros, con el propósito de facilitar la ubicación de los auditados (líderes o responsables de procesos). La asignación de horas a los procesos de la organización, debe ser coherente con su complejidad. La auditoría interna, debe asegurar en cierta medida la auditoría a las variables de mayor criticidad de los procesos a evaluar.

**3. Preparación Auditoría.** La preparación de la auditoría, incluye principalmente la construcción de las listas de chequeo a implementar durante el desarrollo de la auditoría. En los primeros ciclos de auditoría que desarrolle la organización, la construcción de las listas de chequeo debería contar con la participación activa del responsable del sistema de gestión, quien seguramente es la persona de mayor conocimiento del tema al interior de la organización.

- Versatilidad,
- Diplomacia,
- Discreción,
- Honestidad,

### 4. Presentación de Resultados.

Antes de presentarse a la reunión de cierre de la auditoría, el equipo auditor debe realizar una reunión de enlace, con el propósito de unificar criterios y realizar una presentación de resultados coherente con los resultados obtenidos durante las diferentes entrevistas. La reunión de cierre debe incluir el tratamiento de los siguientes temas:

- Fortalezas detectadas durante la auditoría,
- Oportunidades de mejora,
- Observaciones, y
- No Conformidades.

Es importante considerar, que en una instancia anterior a la reunión de cierre, (reunión de retroalimentación o al finalizar cada una de las entrevistas) el equipo auditor debe informar a los auditados las no conformidades detectadas durante la auditoría, con el fin de evitar discusiones sin fin entre auditores y auditados.

**5. Informe de auditoría.** El informe de auditoría debe presentarse en un tiempo no mayor a ocho (8) días calendario, con el fin que el cliente de la auditoría obtenga oportunamente los resultados de la auditoría realizada.

La información consignada en el informe de auditoría debe ser coherente con:

- Los objetivos o propósitos de la auditoría, y
- La presentación de los resultados en la reunión de apertura.

Por último, es relevante recordarles a los responsables del proceso de auditoría interna, que el informe de auditoría incluye los documentos que soportan su ejecución. Tales registros son:

- Programa y plan de auditoría,
- Listas de chequeo, y
- Reportes de no conformidad.

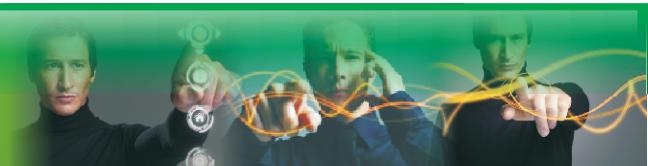
Espero, con estas recomendaciones contribuir al mejoramiento de sus ciclos de auditoría a sus sistemas de gestión y de esta manera alcanzar los objetivos propuestos en cuanto a la mejora de sus procesos internos.



Abelardo Pineda Walteros

Auditor de Bureau Veritas Certification ,

Profesión. Ingeniero Civil,  
Especialista en  
Administración y Gerencia  
de Sistemas de Gestión de  
la Calidad.



# AUDITORÍA A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



Item de oferta de servicios con niveles superiores de Calidad está de moda en todo el mundo y las empresas que no implementen modelos de gestión de calidad están llamadas a desaparecer. Si usted quiere que su empresa permanezca vigente entre los clientes o usuarios de los servicios

que provee, aplique la lista de chequeo que a continuación encontrará para que evalúe el desarrollo estratégico su Sistema de Gestión de Calidad y oriente la implementación de las acciones de mejoramiento que podría contemplar para ser más competitivo en su sector. Al finalizar semáforice en verde los resultados que están entre

4,1 y 5. En amarillo los resultados que estén entre 3,1 y 4. En rojo los resultados que estén entre 0 y 3. Al finalizar de calificar cada grupo de ítem a evaluar, obtenga el porcentaje de cumplimiento del grupo realizando la sumatoria de la calificación de los componentes y dividiendo dicha sumatoria por el máximo puntaje que se debía obtener

si todos los ítem fueran cinco. Igual ponderación debe hacer con la columna de calificación de la evidencia realizando la sumatoria de la calificación de cada evidencia y dividiendo dicha sumatoria por el máximo puntaje que se debía obtener si todos los ítem fueran uno. Aliste papel y lápiz y comience:

## AUDITORIA AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD LISTA DE CHEQUEO

### IDENTIFICACION DE LA AUDITORÍA

Objeto de la Auditoría:

Fecha de la Auditoría:

Hora de Inicio:

Hora de Finalización:

Auditor:

Responsable del proceso auditado:

### TIPO DE AUDITORÍA

#### TÉCNICAS DE AUDITORIA

Revisión Soporte Documental

Observación Directa

Concurrencia

Entrevista a Usuarios

En trevista a Colaboradores

### LISTA DE CHEQUEO

COMPONENTES	No Sabe	No se cumple	Se cumple insatisfactoriamente	Se cumple aceptablemente	Se cumple en alto grado	Se cumple plenamente	EVIDENCIA	CALIFICACIÓN COMPONENTES	CALIFICACIÓN EVIDENCIAS
	0	1	2	3	4	5			
							Documental (1)	Verbal (0)	



Martha Yolanda  
Ruiz Valdés

Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Administración Hospitalaria Universidad EAN. Especialista en Auditoría y Garantía de la Calidad, Universidad EAN. exJefe de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Pablo VI Bosa ESE, primer Hospital Público Acreditado en Bogotá. Consultora del Ministerio de la Protección Social

## Sistema de Gestión de Calidad

### 4.1. Requisitos Generales

Están identificados los procesos que le permiten a la Entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación)

Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos.

Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos.

Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.

Se realiza seguimiento y medición a los procesos.

Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua de estos procesos.

Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos.

0 0

0 0

0 0

0 0

0 0

0 0







# ¿Cómo va su Sistema de Gestión de Calidad?

## ¡VERIFIQUELO! Check list de su sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2004 y MECI 1000:2005



continuará encontrará una serie de DOCUMENTOS o PRODUCTOS que "debería" tener su organización para los Sistemas de Gestión de Calidad bajo la Norma NTCGP 1000:2004 y MECI 1000:2005.

CAPITULO 4	Existe	No Existe	CAPITULO 6		Existe	No Existe
			Identificación de un presupuesto para el sistema de Gestión de Calidad y MECI	Evidencia de la educación, formación, experiencia y habilidades del Talento Humano de la organización		
Mapa de Procesos			Políticas de operación para el manejo de recurso humano de la entidad	Hojas de vida de la totalidad del Talento Humano actualizadas		
Caracterizaciones de los procesos			Determinación del ambiente de trabajo para el proceso	Programa de infraestructura de la entidad		
Mapa de Riesgos por proceso			Procedimiento para la selección y contratación de personal	Manual de funciones y competencias laborales		
Manual de Calidad			Plan institucional de formación y capacitación	Programa de inducción		
Listado Maestro de Documentos			Programa de reincidencia	Programa de bienestar		
Tabla de control de registro			Plan de incentivos	Plan de evaluación del desempeño y habilidades		
Manual de Procedimientos			Medios de comunicación entre la entidad, cliente, grupos de interés y Organismos de control	Área de atención al usuario que facilite el acceso a la información sobre los servicios que ofrece la entidad		
Procedimiento para el control de documentos			Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad			
Procedimiento para auditorías internas			CAPITULO 7		Existe	No Existe
Procedimiento para acciones preventivas			Mecanismo de planificación del producto o servicio			
Procedimiento para acciones correctivas			Manual de contratación o procedimiento			
Procedimiento para producto No conforme			Manual del interventor			
Procedimiento para control de registros			Presupuesto			
Procedimiento para quejas y reclamos			Plan de compras			
Mecanismos para recibir sugerencias o recomendaciones por parte del cliente interno			Certificados de calibración de los equipos (si aplica)			
Tablas de retención documental			Registro de verificación de los equipos			
Políticas de operación con respecto a la gestión documental			Hoja de vida de los equipos			
Control de correspondencia			Certificado de la calibración de los patrones que le hacen la calibración a sus equipos			
Política de comunicación institucional			Planes, programas y proyectos			
Informes de resultados de gestión de la entidad			Matriz de indicadores de gestión			
Información sobre programas, proyectos, obras, contratos y administración de recursos			Organigrama - Estructura Organizacional			
Publicación de los trámites y formularios oficiales a través de medios tecnológicos o electrónicos			Estatutos de la Entidad			
Normograma			Reglamento interno de trabajo			
Tabla de inventario documental			Controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad			
Los 21 registros que exige la Norma GP 1000:2004			Documento diagnóstico estratégico			
Manual de operaciones adoptado y divulgado			Misión y Visión institucionales adoptados y divulgados			
CAPITULO 5		Existe	No Existe	Objetivos institucionales		
Acta de elección del representante de la Dirección			Acciones, cronogramas, responsabilidades y metas			
Política de calidad			Definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes y programas			
Objetivos de calidad			Herramientas de autoevaluación de control definidos			
Acta e informe de revisión por la Dirección			Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación			
Metodología para el control de cambios						
Mapa de riesgos institucional						
Metodología e instrumentos para adelantar el proceso de administración del riesgo adoptados por la alta dirección						
Identificación de los factores internos y externos de riesgo (Matriz DOFA)						
Políticas para el manejo de los riesgos						
Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas						
Matriz de correlación entre objetivos, Misión, Visión e indicadores						
Rendición de cuentas y metodología						
Definición de políticas de operación por procesos o por procedimiento						
Divulgación de las políticas de operación						
Política de comunicación institucional definida						
Plan de comunicaciones interno						
Plan de comunicaciones externo						
Código de ética						
Página web (publicación de documentos de interés público)						
Código de buen gobierno (si aplica)						

Continúa  
Pag. 8



Paola Rocio  
Muñoz Muñoz

Administradora de Empresas de la Universidad del Cauca . Especialista en Calidad para la Competitividad de la Universidad ICESI de Cali en convenio con ICONTEC. Auditora Interna de Calidad Certificada por ICONTEC y Auditora líder en NTCGP 1000:2004 y MECI 1000:2005 Certificada por Bureau Veritas.



CAPITULO 8	Existe	No Existe				
Encuesta o metodología de la percepción del cliente						
Programa de auditorías (control interno y calidad)						
Registros que evidencien la ejecución de auditorías						
Establecimiento del sistema de evaluación (Manual de indicadores, ficha de indicadores, hoja de vida de indicadores)						
Matriz de producto No Conforme						
Formato de Reporte de Acciones correctivas y preventivas						
Plan de Mejoramiento institucional						
Plan de Mejoramiento por procesos						
Plan de Mejoramiento Individual						
Identificación de herramientas o técnicas estadísticas						
Definición del perfil de Competencia del Auditor Interno						
Manejo organizado o sistematizado de recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos						
Medios tecnológicos o electrónicos disponibles (Ley 962 de 2005)						
Información sistematizada y actualizada referente a recursos físicos, tecnológicos, humanos y financieros						
Herramientas de autoevaluación de gestión definidos						
Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación						
Informe Ejecutivo Anual de Control Interno						



"Realizando Sueños de Vida"

# DIPLOMADO



## ACREDITACIÓN EN SALUD

**DIPLOMADO PARA IMPLEMENTAR  
LOS ESTÁNDARES DE  
ACREDITACIÓN EN IPS HOSPITALARIAS  
CON SERVICIOS AMBULATORIOS**

- GENERALIDADES DE LA ACREDITACIÓN
- ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO Y GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
- ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
- AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

**7 MÓDULOS - 112 HORAS**

**IMFORMES  
E INSCRIPCIONES**

**Fechas de  
Iniciación**

**Neiva**

**Abril 23, 24**  
**Hotel Chicala**

**Pitalito**

**Abril 24, 25**  
**Hotel Timanco**

**Ibagué**

**Mayo 20**  
**Hotel Dann Combeima**



**Próximamente  
Mocoa y Florencia**

Calle 21B No. 51A-60 C. Salitre Telefax: 8774844  
Neiva - Huila Cel: 311 2518595 - 313 6522822 - 311 2360652  
funvisionsalud@gmail.com - weymarf@gmail.com  
AESETOL: Cel: 317 655 0512 Tel: 2621840