

**INTREGRACIÓN DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA: UNA HERRAMIENTA
PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCIA” E.S.E.**

Andrea del Carmen Liscano Bermúdez.

Colaboradores:

Maria Isabel Piazuelo. MD

Julio Cesar Carmona. Ing.

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración Énfasis Salud.

Director de Trabajo de Grado:

DANNY VIVIANA MOREANO HURTADO MD.

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

SANTIAGO DE CALI

JUNIO 2012

Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO.....	i
TABLAS.....	ii
GRAFICOS.....	iv
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCION.....	10
1. OBJETIVOS.....	12
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2. JUSTIFICACION.....	13
3. MARCO TEORICO.....	15
3.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.....	15
3.2 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI).....	18
3.3 ISO 9001:2000.....	20
4. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCION EN EL AÑO 2008.....	22
4.1 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI).....	24
4.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD (COMPONENTE SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN).....	28
4.3 ISO 9001:200.....	30
5. ALCANCE O DELIMITACION.....	33
6. MARCO METODOLOGICO.....	34
7. RESULTADOS ESPERADOS DE LA INTEGRACION DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA (NORMA UNICA).....	39
8. INTEGRACION DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA - NORMA UNICA Y RESULTADOS DE SU APLICACIÓN.....	41
9. CONCLUSIONES.....	50

10.	BIBLIOGRAFIA	53
11.	ANEXOS	56

TABLAS

Tabla N°1 Modelo Estándar de Control Interno

Tabla N°2. Hallazgos por Tipo de Proceso

Tabla N°3. Hallazgos por Tipo de Criterio de Auditoría

Tabla N°4 Hallazgos Modelo Estándar de Control Interno por Proceso

Tabla N°5 Total Hallazgos Modelo Estándar de Control Interno

Tabla N°6 Hallazgos SOGC Sistema Único Habilitación por Procesos

Tabla N°7 Hallazgos Sistema Único Habilitación por Grupo de Estándares

Tabla N°8 Hallazgos ISO 9001:2000

Tabla N°9 Consolidado Hallazgos ISO 9001:2000 por Procesos

Tabla N°10 Hallazgos ISO 9001:2000

Tabla N° 11. Estructura Capítulo 1 Dirección Estratégica de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N° 12. Estructura Capítulo 2 Comunicación de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N° 13. Estructura Capítulo 3 Recurso Humano de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N° 14. Estructura Capítulo 4 Gestión de Recursos para la Operación de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N° 15. Estructura Capítulo 5 Infraestructura de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N°16. Estructura Capítulo 6 Documentos y Registros de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N° 17. Estructura Capítulo 7 Indicadores, Seguimiento Y Mejoramiento Continuo de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Tabla N°18. Hallazgos Norma Única por Tipo de Proceso

Tabla N°29. Hallazgos Norma Única por Capítulo de Norma

Tabla N°20. Comparativo de Hallazgos Auditoria 2008 vs 2010

Tabla N°21. Comparativo de la eficiencia de la auditoria 2008 vs 2010

Tabla N°22. Estructura y Armonización Norma Única Sistema Gestión de Calidad HUV Fase II

GRÁFICOS

Grafica N°1 Descripción de Hallazgos Sub Sistemas MECI

Grafica N°2 Tipo de Hallazgos MECI

Grafica N°3 Participación Porcentual por grupo de Estándares Sistema Único de Habilitación.

Grafica N° 4 Participación Porcentual de los Hallazgos por cada Capítulo de la Norma Única

RESUMEN

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. (HUV) es una organización que ha optado por implementar Sistemas de Gestión de Calidad estandarizados por dos razones, la exigencia normativa y la decisión firme para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud, buscando garantizar la eficacia, fiabilidad y la rentabilidad de los resultados, sin embargo se evidencia en la fase de implementación que se han empleado múltiples herramientas (Sistemas de calidad), las cuales se han desplegado de manera fraccionada, generando en los colaboradores insatisfacción, falta de motivación y adherencia a los procesos de evaluación, afectando la definición y ejecución de acciones de mejoramiento y seguimiento para cierre de ciclo.

Ahora el HUV necesita gestionar eficazmente el proceso de mejoramiento de calidad de manera que permita:

1. Establecer objetivos alineados al mejoramiento continuo.
2. Minimizar los reprocesos en la gestión de calidad organizacional.
3. Facilitar la toma de decisiones organizacionales
4. Aumentar la satisfacción del cliente interno.

Palabras Clave:

Gestión de Calidad: Dirigir y controlar una serie de actividades para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

Estrategia: Conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto.

Sistema de Gestión de Calidad: Conjunto de Elementos/Herramientas que funcionan simultáneamente con el objetivo de mejorar la calidad.

ABSTRACT

The "Hospital Universitario del Valle, Evaristo Garcia " is an organization that has opted for implementing Quality Management Systems by two reasons, the requirement of the rules and the firm decision to improve the rendering of health care services , seeking to guarantee the effectiveness, reliability , and rentability of the results. However you can evidence in the implementation phase that multiple tools have been used (Quality Systems), which have been employed in a fragmented and separate way , thus generating dissatisfaction in the collaborators and lack of motivation and adherence towards the evaluation, and performance processes of the optimization and follow up for the cycle closure.

Now "Hospital Universitario del Valle, Evaristo Garcia" needs to manage effectively its systems , lining them up and making them be compatible between them , thus allowing

- 3 Establish aligned objectives
- 4 Ease in organizational decision taking
- 5 Minimize the management rework
- 6 Enhance the inner client satisfaction

Key words

Quality Management: to direct and control a series of activities in order to improve the quality of the rendering of health care services.

Strategy: set of actions that will be implemented in a determined context in order to achieve the proposed goal

Quality Management System: Series of elements tools that work simultaneously in order to improve the quality.

INTRODUCCION

El Hospital Universitario del Valle, es una Empresa Social del Estado de carácter Departamental, con patrimonio propio, autonomía administrativa y presupuestal; con más de 50 años de existencia. Ha sido el Hospital – Escuela para diversas Universidades Nacionales y Extranjeras, en cumplimiento de una labor de docencia_ servicios en convenio con universidades e institutos tecnológicos.

Proporciona atención médica especializada cubriendo la mediana y alta complejidad, atendiendo en todas las especialidades y subespecialidades en la medicina, presta servicios en mayor proporción a la población vulnerable sin capacidad de pago, seguido por afiliados a régimen subsidiado y contributivo del Suroccidente Colombiano.

Para garantizar la seguridad en la prestación de servicios de salud y cumplimiento a la normatividad legal vigente, el HUV ha decidido implementar herramientas para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud, entre las cuales se encuentra:

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (**SOGC**).
 - a. Sistema Único de Habilitación.
 - b. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.
 - c. Sistema de Información para la Calidad.
 - d. Sistema Único de Acreditación.
- Norma Internacional de Estandarización ISO 9001:2000.
- Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

La implementación de estas herramientas se ha realizado en diferentes momentos, de manera independiente, lo que ha llevado a reprocesos, insatisfacción en los colaboradores de la organización, llevando en definitiva una

falta de un enfoque integral en la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad para la organización, se requiere entonces, alinear e integrar los requisitos normativos en sus elementos comunes, permitiendo a la organización asegurar una herramienta para la evaluación de la Gestión de Calidad con enfoque en el usuario y el mejoramiento continuo.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Estructurar e implementar la Norma Única (integración de los criterios de auditoría), como herramienta que permita integrar los requisitos normativos en los elementos comunes de los Sistemas de Gestión de Calidad, para el mejoramiento de la misma.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar una herramienta alineada a la estrategia organizacional del Hospital Universitario del Valle que permita fortalecer el direccionamiento estratégico hacia la mejora continua.
2. Fortalecer los procesos de auditoría del Sistema de Gestión de Calidad de la organización con enfoque en el usuario y el mejoramiento continuo.
3. Validar la metodología empleada frente a los resultados obtenidos con la aplicación de la Norma Única.
4. Comparar los resultados de los ciclos de auditorías internas realizadas en la organización.
5. Mejorar la eficacia y eficiencia en los procesos de auditoría.
6. Aumentar la satisfacción del cliente interno con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
7. Desarrollar las bases conceptuales para la futura sistematización de la herramienta que integra los Sistemas de Gestión de Calidad en el software de gestión de calidad implementado por la organización.

2. JUSTIFICACION

La implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad en el Hospital Universitario del valle hace parte del plan de desarrollo organizacional, lamentablemente dicha implementación se ha realizado de manera fraccionada pues se ha realizado en diferentes momentos a través del tiempo y sin una visión integradora de los diferentes requisitos normativos, adicionalmente no se había realizado ningún proceso de evaluación que permitiera evidenciar los elementos comunes entre los diferentes sistemas de gestión de calidad, así como se contempla en la Norma Técnica de la gestión Pública NTGP 1000: 2004 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO Y OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS, en donde se resalta la importancia de que en la implementación del sistema de gestión de la calidad, se tenga cuidado especial en la identificación de los elementos comunes, que se comparten entre los diferentes sistemas de gestión de calidad buscando evitar que se dupliquen esfuerzos adicionalmente llama la atención que para prestadores de servicios de salud a las cuales aplica la ley 872 de 2003, explicando, que en donde existe definidos sistemas específicos de carácter obligatorio o voluntario en la gestión de calidad como es el caso del "Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" Decreto 1011_ 2006, es prioridad la implementación de este, igual se registra en la conceptualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Teniendo en cuenta los resultados de las auditorías internas de calidad 2008 en donde se retroalimentó por parte del equipo auditor y de los auditados, al equipo de gestión de calidad, de la siguiente manera:

1. Se evidencian elementos comunes en los diferentes requisitos de norma, aplicados específicamente entre MECI, SOGC: Sistema Único de Habilitación e ISO 9001:2000.

2. Se levantan hallazgos que comparten elementos comunes entre los Sistemas de Gestión de Calidad.
3. Hay insatisfacción de los auditados dado que se percibe hay hallazgos dobles cada uno haciendo referencia a un requisito de norma diferente.
4. Se solicitan planes de acción para actividades comunes y es difícil definir acciones diferentes cuando una sola acción puede cerrar múltiples hallazgos.
5. Dificultad para priorizar acciones de mejoramiento organizacional que impacten en la seguridad de los procesos asistenciales y finalmente la satisfacción del Usuario.

Es entonces prioridad el evaluar los requisitos y criterios de auditoría de los sistemas de gestión de calidad implementados con la finalidad de identificar los elementos comunes y estructurar una herramienta que permita integrar los criterios de auditoría minimizando los reprocesos y llevando a la eficiencia en el proceso de implementación, evaluación y seguimiento de los sistemas de gestión de calidad implementados.

3. MARCO TEORICO

3.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD¹

“En Colombia, como muy probablemente ocurre en otros países con culturas similares, para que una propuesta se traduzca en hechos concretos es necesario que se sustente en alguna normatividad gubernamental. De hecho, en el país existieron iniciativas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se remontan a los años setenta. Sin embargo, estas tomaron forma y comenzaron a implementarse sólo a partir de 2002, época en que el gobierno nacional promulgó una norma (el Decreto 2309 de octubre de 2002) conocida como el Decreto de Garantía de Calidad, por medio de la cual se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Tal vez lo más novedoso de este SOGCS son dos de sus características. La primera, que todo el sistema está integrado al sistema mismo de salud y gira alrededor de la teoría de incentivos, es decir, de condiciones que motivan a los actores del sistema de salud a actuar bien (con calidad), al tiempo que les dificultan hacerlo mal o con calidad subestándar. La segunda, que el sistema se diseñó dentro de un marco conceptual constituido por dos pilares filosóficos fundamentales: mejoramiento continuo y gestión centrada en el usuario, los que recientemente se han enriquecido con el concepto de enfoque sistémico, de la cibernética organizacional.

Este último nos enseña que en los sistemas sociales la interacción entre las partes es más importante que las partes en sí mismas. Esta concepción de las

¹ Portocarrero Julio, (2009). Actividades y experiencias en materia de calidad de los servicios de salud en Colombia. Revista Vía Salud (50), 4-6.

organizaciones del SGSSS constituye, además, el sustento teórico al autocontrol, premisa sobre la que se construyó el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”.

Los cuatro componentes del dicho Sistema Obligatorio de Garantía de calidad SGCS son:

“(…)

1. Sistema Único de Habilitación

La habilitación es una herramienta de evaluación externa, obligatoria y periódica (cada tres años) de prestadores y de entidades administradoras de planes de beneficios, cuyos estándares garantizan un mínimo de calidad, por debajo del cual se ponen en riesgo la integridad y hasta la vida de los pacientes. Este proceso de evaluación corresponde exclusivamente al Estado, el cual, a través de sus entidades de vigilancia y control, verifica su cumplimiento y actúa en consecuencia.

2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se fundamenta en la premisa de que la calidad observada y la calidad esperada son diferentes y que nuestra obligación es disminuir la brecha entre ellas, con el propósito de igualarlas. Esta forma de auditoría en nada se parece a aquella asociada a la pesquisa, a acciones punitivas y a factores financieros exclusivamente.

3. Sistema de Información para la calidad

Es un componente diseñado con el fin de reducir las asimetrías de información que caracterizan un mercado imperfecto, como el de la salud. Mediante este se aspira a que los usuarios seleccionen tanto al asegurador como al prestador con base en la calidad de los servicios que presta y no en consideraciones de otra índole.

4. Sistema Único de Acreditación

La acreditación institucional es una herramienta de evaluación externa, formal y voluntaria, diseñada para que las instituciones de salud tengan la oportunidad de mostrar que cumplen estándares de calidad superiores a los exigidos de manera obligatoria por la habilitación.

Cuando una institución de salud se acredita, le está diciendo a la comunidad que ha demostrado la buena calidad de los servicios que presta y que alguien, con autoridad y credibilidad, ha dado testimonio de ello. Ese alguien, en nuestro caso, es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec)

Las grandes fortalezas evidenciadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad SGCS son:

- 1. Articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*
- 2. Ser un verdadero sistema, en cuanto está constituido por piezas independientes, diferentes y autónomas, que actúan coordinadamente con el mismo propósito final.*
- 3. Más allá de ser un catálogo de recomendaciones y buenas intenciones, motiva y facilita trabajar con calidad.*
- 4. Involucra a los prestadores, aseguradores y, recientemente, a las secretarías de salud municipales y departamentales con enfoque sistémico.*
- 5. Tiene como centro y razón de ser, lo mismo que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al paciente.*

3.2 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI)²

“El Modelo Estándar de Control Interno que se establece para las entidades del Estado como resultado al cumplimiento de las leyes 87 de 1993 y 489 de 1998, proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.

Este Modelo se ha formulado con el propósito de que las entidades del Estado obligadas puedan mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

Para ello, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora.

La orientación de este Modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un Sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra compuesto por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control,

² Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. MECI 1000:2005.

establecidos en la Tabla N° 1, ilustrando de esta manera los vínculos existentes entre cada uno de ellos, bajo el enfoque sistémico que establece la citada Ley.”

Tabla N° 1. Modelo Estándar de Control Interno

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO		
Sub Sistema	Componentes	Elementos
1. Sub Sistema de Control Estratégico	1.1 Ambiente de Control	Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos
		Desarrollo de Talento Humano
		Estilo de Dirección
	1.2 Direccionamiento Estratégico	Planes y Programas
		Modelo de Operación por Procesos
		Estructura Organizacional
	1.3 Administración del Riesgo.	Contexto Estratégico
		Identificación de Riesgos
		Análisis de Riesgos
		Valoración de Riesgos
2. Sub Sistema de Control de Gestión	2.1 Actividades de Control	Políticas de Operación
		Procedimientos
		Controles
		Indicadores
		Manual de Procedimientos
	2.2 Información	Información Primaria
		Información Secundaria
		Sistemas de Información
	2.3 Comunicación Pública	Comunicación Organizacional
		Comunicación Informativa
Medios de Comunicación		
3. Sub Sistema de Control de Evaluación	3.1 Autoevaluación	Autoevaluación del Control
		Autoevaluación de Gestión
	3.2 Evaluación Independiente	Evaluación del Sistema de Control Interno
		Auditoria Interna
	3.3 Planes de Mejoramiento	Plan de Mejoramiento Institucional
		Plan de Mejoramiento por Procesos
Plan de Mejoramiento Individual		

Fuente: *Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005*

...De esta forma, dado que el presente Modelo ha sido planteado como un Sistema, cada una de las partes que lo integra tiene unas características singulares y necesarias para el funcionamiento del mismo.

El Sistema de Control Interno es complementario del Sistema de Gestión de la Calidad y Desarrollo Administrativo.

Es posible para una Entidad Pública, adaptar su Sistema de Control Interno existente, para que cumpla con los requisitos del presente documento.

El Sistema de Control Interno debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos del mismo permita el cumplimiento total o parcial de requisitos de otros sistemas. En la implementación del Sistema de Control Interno se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos.

3.3ISO 9001:2000³

La norma ISO 9001:2000 elaborada por la Organización Internacional de Estandarización, especifica los requisitos para los sistemas de gestión de calidad aplicados a toda organización que necesite demostrar su capacidad de proporcionar productos que cumplan con los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que les sean de aplicación, su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

Los requisitos están estructurados siguiendo el ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, cuenta con 8 capítulos los cuales están organizados de la siguiente manera: ⁽⁴⁾

³ <http://www.iso.org/iso/home.html>

- Capítulo.1 al 3: Guías y descripciones generales, no se enuncia ningún requisito. ⁽⁴⁾
- Capítulo.4 Sistema de gestión: contiene los requisitos generales y los requisitos para gestionar la documentación. ⁽⁴⁾
- Capítulo.5 Responsabilidades de la Dirección: contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc. ⁽⁴⁾
- Capítulo.6 Gestión de los recursos: la Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión. ⁽⁴⁾
- Capítulo.7 Realización del producto: aquí están contenidos los requisitos puramente productivos, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio. ⁽⁴⁾
- Capítulo.8 Medición, análisis y mejora: aquí se sitúan los requisitos para los procesos que recopilan información, la analizan, y que actúan en consecuencia. ⁽⁴⁾

El objetivo es mejorar continuamente la calidad de la organización para suministrar productos que cumplan los requisitos. El objetivo declarado en la Norma, es que la organización busque sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos. ⁽⁴⁾

4. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCION EN EL AÑO 2008

El Hospital Universitario del Valle desde la aparición de las exigencias del marco normativo en Calidad, ha realizado esfuerzos para garantizar el cumplimiento a las mismas, en el año 2008 se decidió por parte de la Dirección General de la organización, estructurar un equipo de trabajo para asegurar la implementación de los diferentes sistemas de calidad: este equipo es multidisciplinario y es conformado por profesionales médicos (5), enfermeras (2), ingenieros industriales (2) y un comunicador social (1).

Conformado dicho equipo se me contrató en el cargo de coordinador de auditoría médica y dentro de mis funciones estaba el asegurar la implementación y los procesos de evaluación y seguimiento a la implementación de los sistemas de gestión de calidad, siendo así estructuro un plan de trabajo que buscaba evaluar la implementación efectiva de cada uno de los sistemas de gestión de calidad, para ello era de vital importancia realizar un diagnostico institucional sobre el avance en la implementación de los sistemas de gestión de calidad, teniendo en cuenta que desde años anteriores ya se había trabajado en el tema y se tenía 5 procesos organizacionales *ad portas* de la certificación ISO 9001:2000, se decidió realizar el primer ciclo de auditorías internas de calidad, incorporando todos los requisitos normativos aplicables a la organización, esta actividad se realizó de la siguiente manera:

1. Formación (educación y entrenamiento) de los auditores internos de calidad.
2. Conformación de los equipos de auditoría.
3. Elaboración del programa de auditoría organizacional.
4. Elaboración los papeles de trabajo (listas de chequeo) por cada uno de los equipos de auditoría.

5. Ejecución de las auditorías internas de calidad de acuerdo al programa establecido.
6. Elaboración y presentación de los informes de auditoría por cada uno de los equipos auditores y procesos auditados.
7. Consolidación de los informes de auditoría a nivel organizacional.
8. Presentación del informe del primer ciclo de auditorías internas de calidad.
9. Definición de acciones de mejoramiento por equipo directivo de la organización y por cada uno de los procesos organizacionales de acuerdo a lo hallazgos del primer ciclo de auditorías internas de calidad.

Se obtuvo los siguientes resultados del primer ciclo de auditorías internas de calidad:

Los procesos con mayor porcentaje de hallazgos son los procesos operativos, obteniendo el 63% de la totalidad, seguido por los procesos de apoyo, estratégicos y finalmente los procesos de control (ver Tabla N° 2).

Tabla N°2. Hallazgos por Tipo de Proceso

Tipo de Proceso	No conformidad	Observación	Total	%
Estratégico	92	2	94	6%
Operativo	745	242	987	63%
Apoyo	385	46	431	27%
Control	53	8	61	4%
Total	1275	298	1573	100%
% Participación	81%	19%	100%	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

De acuerdo al los criterios de auditoría que se aplicaron los resultados mostraron que los criterios relacionados con los sistemas de gestión de calidad tuvieron una

participación del 82%, de este porcentaje el Modelo Estándar de Control Interno participó con el 43%, seguido por Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006) 34%, e ISO 9001:2000 con el 24%. (Ver Tabla N°3).

Tabla N°3. Hallazgos por Tipo de Criterio de Auditoría

CRITERIO DE AUDITORIA	TIPO HALLAZGO		Total general	%	% acum
	NC	O			
MECI 1000:2005	506	43	549	42%	42%
SOGC:Sistema Unico de Habilitación	337	98	435	34%	76%
ISO 9001:2000	290	19	309	24%	100%
Total Sistemas de Gestión de Calidad	1133	160	1293	82%	
Otras Normas aplicables	142	138	280	18%	
Total Hallazgos	1275	298	1573	100%	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Los resultados en detalle por de cada uno de los Sistemas de Gestión de Calidad se presentan a continuación:

4.1 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI)

De acuerdo al mapa de procesos institucional el proceso que mayor proporción de hallazgos relacionados con MECI tuvo son los procesos Operativos con un 49% seguido de los procesos de apoyo 37%, Estratégico 8% y control con un 7% de los hallazgos (ver Tabla N°4)

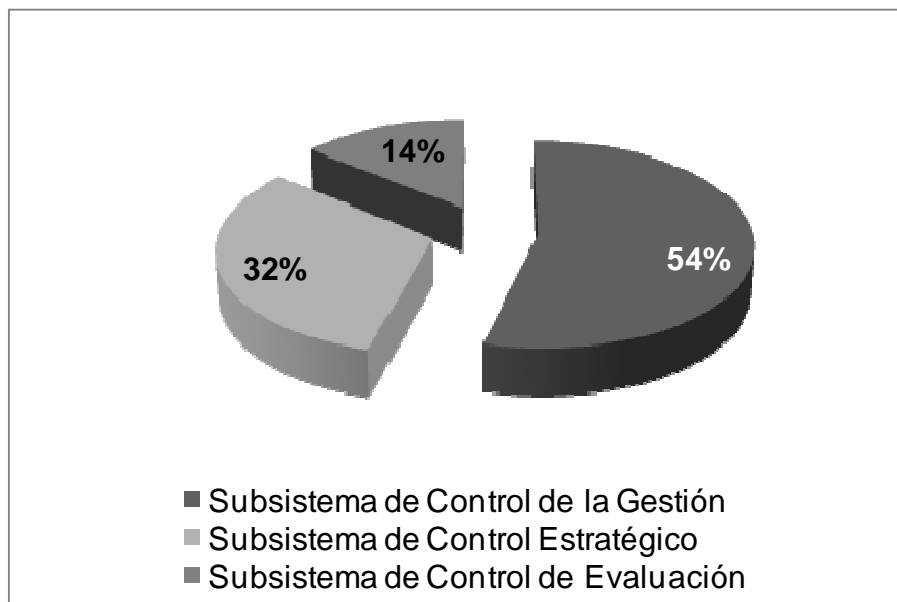
Tabla N°4 Hallazgos Modelo Estándar de Control Interno por Proceso

Tipo Proceso	No conformidad	Observación	Total	%
Estratégico	42	0	42	8%
Operativo	254	14	268	49%
Apoyo	178	24	202	37%
Control	32	5	37	7%
Total	506	43	549	100%
% Participación	92,2%	7,8%	100,0%	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

De acuerdo a los subsistemas del Modelo Estándar de Control Interno se evidenció que el Subsistema de Control de la Gestión participa con el 54% de los hallazgos, seguido por el Subsistema de Control Estratégico con 32% y el Subsistema de Control de Evaluación con el 14% (ver gráfica 1)

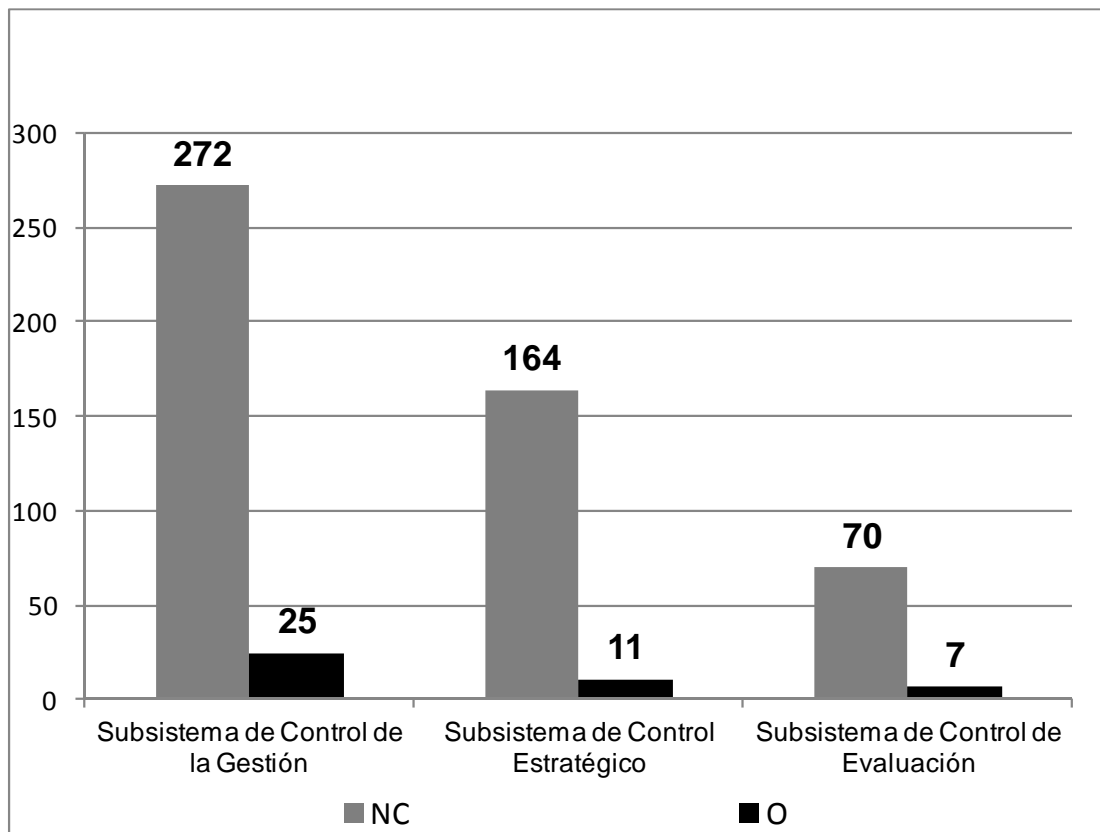
Gráfica N°1. Descripción de Hallazgos Subsistemas MECI



Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

La mayor proporción de hallazgos para cada Subsistema son No conformidades NC en un 92%, mientras que las Observaciones aporta un 8% de los hallazgos relacionados con el Modelo Estándar de control Interno (ver Gráfica N°2)

Gráfica N°2. Tipo de Hallazgos MECI



Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Dado que el Modelo Estándar de Control Interno está conformado por subsistemas, componentes y elementos, a continuación se presentan los hallazgos consolidado por cada uno de los componentes. (ver Tabla N°5)

Tabla N°5 Total Hallazgos Modelo Estándar de Control Interno

Sub Sistema	Componentes	Elementos	Tipo de Hallazgo		
			NC	O	Total
1. Sub Sistema de Control Estratégico	1.1 Ambiente de Control	1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos	34		34
		1.1.2 Desarrollo de Talento Humano	3	1	4
	Total Ambiente de Control		37	1	38
	1.2 Direccionamiento Estratégico	1.2.1 Planes y Programas	39	3	42
		1.2.2 Modelo de Operación por Procesos	20	1	21
		1.2.3 Estructura Organizacional	1		1
	Total Direccionamiento Estratégico		60	4	64
	1.3 Administración del Riesgo.	1.3.1 Contexto Estratégico	1		1
		1.3.2 Identificación de Riesgos	14	5	18
		1.3.3 Análisis de Riesgos	15		15
		1.3.4 Valoración de Riesgos	14	1	15
1.3.5 Política de administración de Riesgos		23		23	
Total Administración del Riesgo.		67	6	73	
Total Sub Sistema de Control Estratégico			164	11	175
2. Sub Sistema de Control de Gestión	2.1 Actividades de Control	2.1.1 Políticas de Operación	39		39
		2.1.2 Procedimientos	45	12	57
		2.1.3 Controles	26		25
		2.1.4 Indicadores	49	3	52
	Total Actividades de Control		159	15	173
	2.2 Información	2.2.1 Información Primaria	39		39
		2.2.2 Información Secundaria	45	3	48
		2.2.3 Sistemas de Información	25	3	25
	Total Información		109	6	112
	2.3 Comunicación Publica	2.3.1 Comunicación Organizacional		1	1
		2.3.2 Comunicación Informativa		2	2
2.3.3 Medios de Comunicación		4	1	6	
Total Comunicación Publica		4	4	9	
Total Sub Sistema de Control de Gestión			272	25	294
3. Sub Sistema de Control de Evaluación	3.1 Autoevaluación	3.1.1 Autoevaluación del Control	3	1	4
		3.1.2 Autoevaluación de Gestión	23	1	24
	Total Autoevaluación		26	2	28
	3.2 Evaluación Independiente	3.2.1 Evaluación del Sistema de Control Interno	5		5
		3.2.2 Auditoría Interna	3	1	4
	Total Evaluación Independiente		8	1	9
	3.3 Planes de Mejoramiento	3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional	3		3
		3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos	32	4	36
3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual		1		1	
Total Planes de Mejoramiento		36	4	40	
Total Sub Sistema de Control de Evaluación			70	7	77
Total Modelo Estándar de Control Interno			506	43	546

Tipo de Hallazgo : **NC**:No Conformidad **O**: Observación

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

4.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD (COMPONENTE SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN)

Dentro de los hallazgos relacionados con el SOGC en su Componente Sistema Único de Habitación se evidenció al igual que para el Modelo Estándar de control Interno, que los Procesos Operativos participan con el 93,6% de los hallazgos siendo estos los que se deben priorizar en la intervención y mejoramiento organizacional (ver Tabla N°6).

Tabla N°6 Hallazgos SOGC Sistema Único Habitación por Procesos

Tipo Proceso	NC	OBS	Total	%
Estratégico	0	0	0	0%
Operativo	312	95	407	93,6%
Apoyo	18	3	21	4,8%
Control	7		7	1,6%
Total	337	98	435	100%
% Participación	77,5%	22,5%	100%	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Los grupos de estándares que se deben priorizar son en su orden (ver Tabla N°7 y Gráfica N°3)

- **Procesos Prioritarios Asistenciales:** Fortalecimiento de la estandarización de procedimientos y guías de atención.
- **Dotación y Mantenimiento:** Implementación de un sistema metrológico (Calibración y Mantenimiento correctivo _preventivo) de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos.
- **Infraestructura:** Asegurar cumplimiento del estándar.
- **Medicamentos:** Garantizar la estandarización de procedimientos que definan las especificaciones técnicas para la adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.

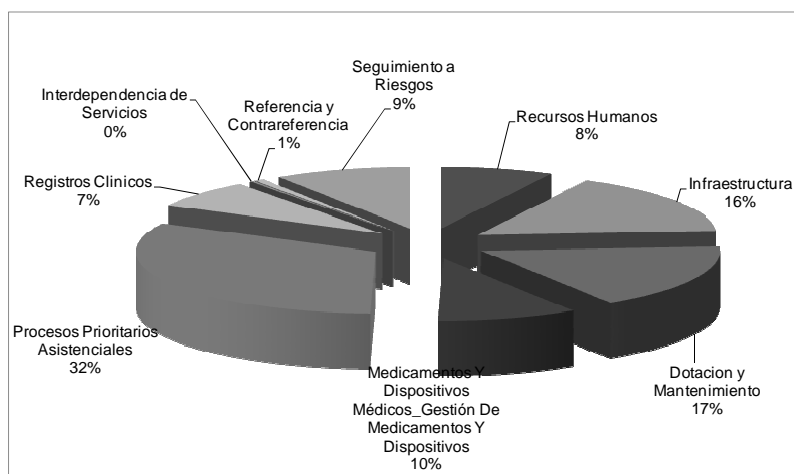
Tabla N°7 Hallazgos Sistema Único Habilitación por Grupo de Estándares

N°	Requisitos del Sistema	NC	OBS	Total	%
1	Recursos Humanos	30	3	33	8%
2	Infraestructura	44	27	71	16%
3	Dotacion y Mantenimiento	42	32	74	17%
4	Medicamentos Y Dispositivos Médicos_Gestión De Medicamentos Y Dispositivos	31	10	41	9%
5	Procesos Prioritarios Asistenciales	122	18	140	32%
6	Registros Clinicos	27	5	32	7%
7	Interdependencia de Servicios	1		1	0%
8	Referencia y Contrareferencia	2	1	3	1%
9	Seguimiento a Riesgos	38	2	40	9%
TOTAL		337	98	435	100%
% Tipo Hallazgo		77%	23%	100%	

Tipo de Hallazgo : **NC**:No Conformidad **O**: Observación

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Gráfica N°3 Participación Porcentual por grupo de Estándares Sistema Único de Habilitación



Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

4.3 ISO 9001:200

Para el primer ciclo de auditorías internas de calidad desarrollado en el año 2008, la IPS había decidido certificar con la Norma ISO 9001:2000, cinco (5) procesos Organizacionales (Unidad de Salud Mental, Medicina Física y Rehabilitación, Banco de Sangre, Lavandería y Central de Esterilización), para lo cual los líderes de dichos procesos habían implementado acciones tendientes al cumplimiento de los requisitos de la norma, por lo tanto los requisitos de este sistema de gestión de calidad se aplica solo a los 5 procesos, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla N°8 Hallazgos ISO 9001:2000

Tipo Proceso	NC	OBS	Total	%
Estratégico	48	2	50	16%
Operativo	112	8	120	39%
Apoyo	116	6	122	39%
Control	14	3	17	6%
Total	290	19	309	100%
% Participación	93,9%	6,1%	100%	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Los procesos Operativos y de Apoyo son los que mayor participación tienen en la totalidad de hallazgos de ISO 9001:2000, representan el 78% , cada uno aportando con 39% de participación, seguidos de procesos estratégicos y finalmente de control con un 6%. (ver Tabla N°8).

De acuerdo a los requisitos de norma se evidenció que el capítulo relacionado con la Mejora cuenta con un 39% de los hallazgos seguido de, sistema de gestión de calidad 30%, de Prestación del servicio 12%, gestión de los recursos 10% y responsabilidad de la dirección 8%. (ver Tabla N°9 y N°10)

Tabla N°9 Consolidado Hallazgos ISO 9001:2000 por P procesos

Numeral	Requisito del Sistema	NC	OBS	Total	%
4	Sistema de Gestión de Calidad	83	11	94	30%
5	Responsabilidad de la Dirección	25	1	26	8%
6	Gestión de los recursos	29	2	31	10%
7	Prestación del servicio	34	3	37	12%
8	Mejora	119	2	121	39%
Total		290	19	309	100%
% Participación		94%	6%	100%	
Tipo de Hallazgo : NC :No Conformidad O : Observación					

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Tabla N° 10 Hallazgos ISO 9001:2000

Numeral	Sub Numeral	N°Req	Requisito del Sistema	NC	OBS	T total	
4 Sistema de gestión de la calidad	4 Sistema de gestión de la calidad	4.1	Requisitos generales	9		9	
	4.2 Requisitos de la documentación	4.2.1	Generalidades	9		9	
		4.2.2	Manual de calidad	3		3	
		4.2.3	Control de los documentos	38	7	45	
		4.2.4	Control de los registros	24	4	28	
Total Sistema de gestión de la calidad				83	11	94	
5 Responsabilidad de la dirección	5.3		Política de la Calidad	12		12	
	5.4 Planificación	5.4.1	Objetivos de la calidad	4		4	
	5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	5.5.1	Responsabilidad y autoridad	1		1	
		5.5.3	Comunicación Interna	8	1	9	
	5.6		Revisión por la Dirección	1		1	
Total Responsabilidad de la dirección				25	1	26	
6 Gestión de los Recursos	6.1		Provisión de los recursos	1		1	
	6.2 Recursos humanos	6.2.1	Generalidades	2	1	3	
		6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación	13	1	14	
	6.3		Infraestructura	1		1	
	6.4		Ambiente de Trabajo	12		12	
Total Gestión de los Recursos				29	2	31	
7 Realización del producto	7.1		Planificación de la realización del producto	4		4	
	7.2 Procesos relacionados con el cliente	7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto	2		2	
		7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto	3		3	
		7.2.3	Comunicación con el cliente	5		5	
	7.4 Compras	7.4.1	Proceso de compras	2	2	4	
		7.4.2	Información de las compras	1	1	2	
		7.4.3	Verificación de los productos comprados	1		1	
	7.5 Producción y prestación del servicio	7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	7		7	
		7.5.2	validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	1		1	
		7.5.3	Identificación y trazabilidad	3		3	
7.6		Control de los dispositivos de seguimiento y medición	5		5		
Total Realización del producto				34	3	37	
8 Medición, análisis y mejora	8.2 Seguimiento y medición	8.2.1	Satisfacción del cliente	4	1	5	
		8.2.2	Auditoría Interna	1		1	
		8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	25		25	
		8.2.4	Seguimiento y medición del producto	5	1	6	
	8.3		Control del producto no conforme	3		3	
	8.4		Análisis de datos	34		34	
	8.5 Mejora	8.5		Mejora	12		12
		8.5.1		Mejora continua	9		9
		8.5.2		Acción correctiva	13		13
		8.5.3		Acción preventiva	13		13
Total Medición, análisis y mejora				119	2	121	
Total ISO 9001:200				290	19	309	

Fuente: Consolidado de Hallazgos Primer ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Al finalizar y realizar la evaluación del primer ciclo de auditorías internas de calidad, el equipo auditor informó que:

1. Se evidencian elementos comunes en los diferentes requisitos de norma, aplicados específicamente entre MECI, SOGC: Sistema Único de Habilitación e ISO 9001:2000.
2. Se levantan hallazgos que comparten elementos comunes entre los Sistemas de Gestión de Calidad.
3. Hay insatisfacción de los auditados dado que se percibe hay hallazgos dobles cada uno haciendo referencia a un requisito de norma diferente.
4. Se solicitan planes de acción para actividades comunes y es difícil definir acciones diferentes cuando una sola acción puede cerrar múltiples hallazgos.
5. Dificultad para priorizar acciones de mejoramiento organizacional que impacten en la seguridad de los procesos asistenciales y finalmente la satisfacción del Usuario.

Dada esta situación el equipo de calidad de la organización decidió realizar una revisión juiciosa de los diferentes requisitos registrados en las normas, incorporando documentos que facilitan la interpretación de la intencionalidad de cada uno de los requisitos, se planea entonces la estructuración de una Norma Única que permita integrar los requisitos normativos en los elementos comunes de los Sistemas de Gestión de Calidad, para asegurar la implementación y evaluación del mejoramiento Organizacional.

5. ALCANCE O DELIMITACION

El alcance de este proyecto es para la totalidad de los procesos estandarizados en el Hospital Universitario del Valle y los sistemas de gestión de calidad implementados, en el marco actual de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y teniendo en cuenta las normas adicionales aplicable a las IPS de carácter público.

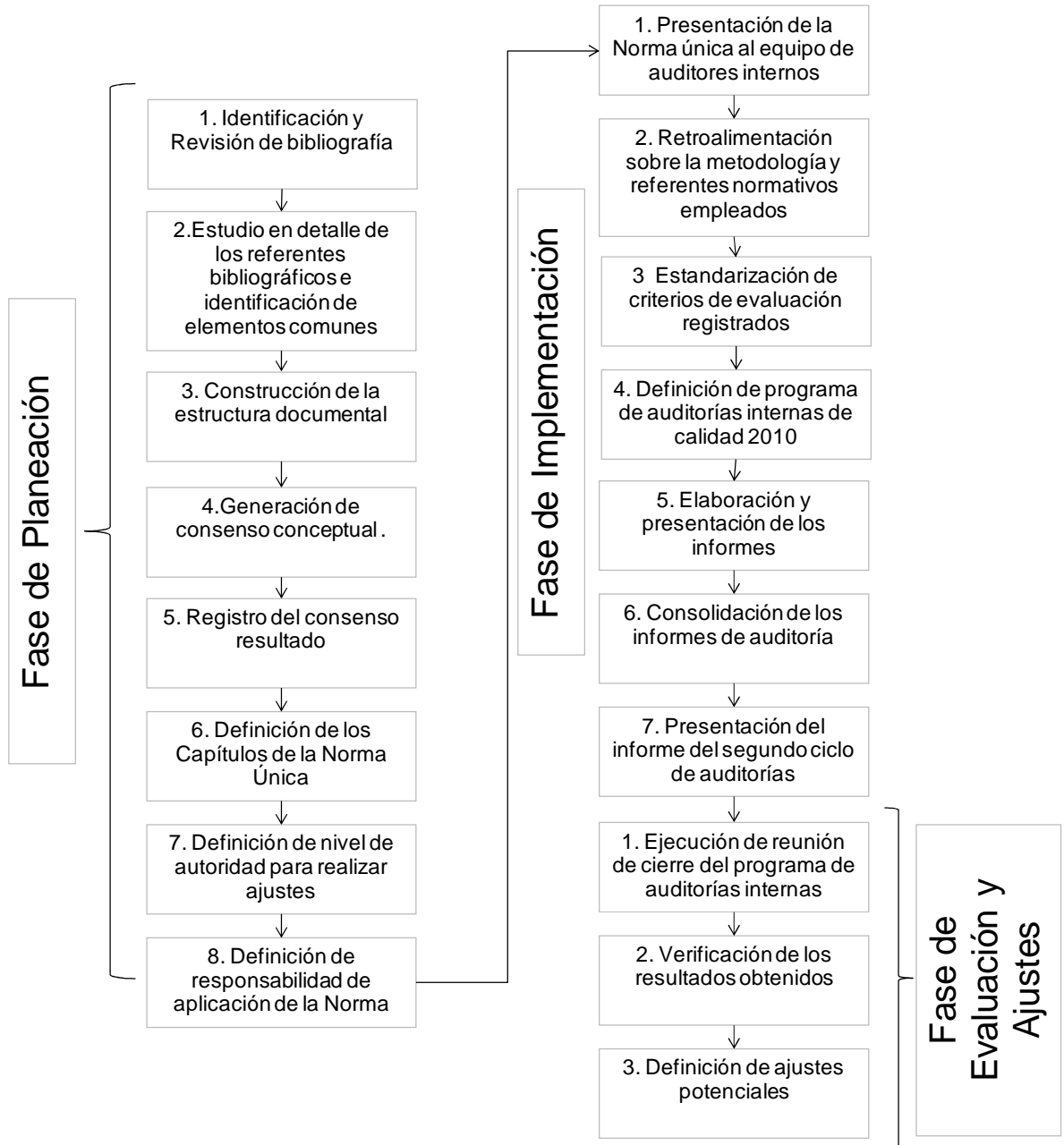
6. MARCO METODOLOGICO

La metodología que se propone para desarrollar el presente proyecto es la estructuración e implementación de una herramienta que integra los criterios de auditoría de los Sistemas de Gestión de calidad implementados en el Hospital Universitario del Valle, que permitirá evidenciar el grado de cumplimiento de los procesos organizacionales con los criterios de auditoría, siendo eficientes en los procesos de evaluación y generando satisfacción en el cliente interno con la implementación y evaluación de los sistemas de gestión de calidad.

Las fases ejecutadas para la estructuración e implementación de la Norma Única (Integración de los criterios de auditoría) son:

- Fase de Planeación y estructuración de la Norma Única
- Fases de la Implementación de la Norma Única.
- Fase de Evaluación del desempeño y ajustes potenciales a la Norma Única.

FLUJOGRAMA DE METODOLOGIA EMPLEADA PARA LA ESTRUCTURACION E IMPLEMENTACION DE LA NORMA UNICA



Fase de planeación:

Las actividades que se realizaron para la estructuración de la NORMA UNICA fueron:

1. Identificación y Revisión de bibliografía de los referentes del tema en estudio.
 - Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.
 - Decreto 1011 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Resolución 1043 de 2006 Anexos 1 y 2 Sistema Único de Habilitación.
 - Resolución 1445 de 2006 Sistema Único de Acreditación.
 - Resolución 1446 de 2006 Sistema de Información para la Calidad.
 - Resolución 2181 de 2008 Guía Aplicativa del SOGC para las IPS de carácter público.
 - ISO 9001:2008.
 - Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.
 - Norma Técnica de Calidad En la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.
2. Estudio en detalle de los referentes bibliográficos e identificación de elementos comunes.
3. Construcción de la estructura documental base para la integración de los criterios de auditoría, se toma como punto de partida los criterios de auditoría del sistema único de habilitación resolución 1043 de 2006 teniendo en cuenta requisitos de habilitación: Documento en Excel.
4. Generación de consenso conceptual frente a los criterios exigidos por las normas.

5. Registro del consenso resultado del análisis de las normas y definición de los criterios de evaluación para el cumplimiento de los requisitos.
6. Definición de los Capítulos de la Norma Única de acuerdo a la intencionalidad de los requisitos de ISO, MECI y Sistema Único de Habilitación unificados.
7. Definición de nivel de autoridad para realizar ajustes o modificaciones en la Norma Única, en el Hospital Universitario del Valle solo podrá realizar cambios a la norma Única el equipo de gestión de calidad.
8. Definición de responsabilidad de aplicación de la Norma Única: el equipo auditor de la organización y los líderes de procesos fortaleciendo el autocontrol y buscando asegurar el mejoramiento continuo.

Fases de la Implementación de la Norma Única:

Para la implementación de la Norma Única se realiza:

1. Presentación de la Norma única al equipo de auditores internos de calidad.
2. Retroalimentación al equipo de auditores internos de calidad sobre la metodología y referentes normativos empleados para la construcción de la Norma Única.
3. Entrenamiento y capacitación en el uso adecuado de la Norma Única.
4. Estandarización de criterios de evaluación registrados en la norma única.
5. Definición de programa de auditorías internas de calidad 2010
6. Ejecución de las auditorías internas de calidad de acuerdo al programa de auditorías internas de calidad 2010
7. Elaboración y presentación de los informes de auditoría por cada uno de los equipos auditores y procesos auditados.
8. Consolidación de los informes de auditoría a nivel organizacional.
9. Presentación del informe del segundo ciclo de auditorías internas de calidad.

Fase de Evaluación del desempeño y ajustes potenciales a la Norma Única.

1. Ejecución de reunión de cierre del programa de auditorías internas año 2010
2. Verificación de los resultados obtenidos en términos.
 - **Subjetivo:** Recepción de retroalimentación frente a la ejecución de ciclo de auditoría interna con el uso de la Norma Única.
 - **Objetivo:** Medición y comparación de resultados de las auditorías internas de calidad año 2008 vs 2010.
3. Definición de ajustes potenciales a realizarse en la Norma Única.

7. RESULTADOS ESPERADOS DE LA INTEGRACION DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA (NORMA UNICA)

Se espera con la integración de los criterios de auditoría por medio de la herramienta Norma Única:

Para la organización en general:

1. Asegurar la alineación de la estrategia (plan de desarrollo) con la gestión de calidad en la organización.
2. Fortalecimiento del enfoque al usuario, seguridad de paciente y mejora continua en cada uno de los procesos organizacional.
3. Minimizar riesgos relacionados con seguridad de paciente en la ejecución de los procesos de prestación de servicios de salud.
4. Un enfoque sistémico en la gestión de la calidad y Mejoramiento continuo Organizacional.
5. Orientar las acciones del mejoramiento organizacional con enfoque en el usuario y su familia.
6. Fortalecer la aplicación del ciclo PHVA en la Gestión de Calidad y autocontrol en los procesos.

Para el proceso de Mejoramiento y Auditoría Interna de Calidad:

1. Unificar los criterios de auditoría contenidos en las diferentes normas para la gestión de calidad evitando que se dupliquen esfuerzos.
2. Asegurar la eficiencia en los procesos de auditoría y minimizar el riesgo de reprocesos en la ejecución de las auditorías internas.
3. Facilitar aplicación de los criterios de auditoría y consolidación de los hallazgos.

4. Mejorar la disposición de los líderes de procesos al ejercicio de la auditoria e implementación de las acciones de mejoramiento derivados de los hallazgos.
5. Asegurar el proceso de Mejora continua.

8. INTEGRACION DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA - NORMA UNICA Y RESULTADOS DE SU APLICACIÓN

La NORMA UNICA DE GESTION DE CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” ESE, cuenta con 7 capítulos, la intencionalidad de cada uno de los capítulos se describe a continuación:

1. DIRECCIÓN ESTRATÉGICA: Los requisitos presentan el conjunto acciones que debe adelantar la Alta Dirección, el Comité Directivo y los Líderes de Proceso en la planeación estratégica, en el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de manera que se evidencie la capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad.

Corresponde a 72 requisitos que permiten evidenciar la planeación, implementación y seguimiento del Plan de desarrollo organizacional. La auditoría de este capítulo se debe realizar a todos los colaboradores de la organización evaluando el conocimiento de las directrices organizacionales y su aporte al logro de las mismas.

Tabla N°11. Estructura Capítulo 1 Dirección Estratégica de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

N°	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
1	DIRECCIÓN ESTRATÉGICA	7. Interdependencia de Servicios	No aplica	5. Responsabilidad de la Dirección. 7. Realización del Producto	1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos 1.1.3 Estilo de Dirección 1.2.1 Planes y Programas 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos 1.2.3 Estructura Organizacional 1.3.1 Contexto Estratégico 1.3.2 Identificación de Riesgos 1.3.3 Análisis de Riesgos 1.3.4 Valoración de Riesgos 1.3.5 Política de administración de Riesgos 2.1.1 Políticas de Operación

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

2. COMUNICACIÓN: Conjunto de Elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la organización con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales.

Este capítulo está compuesto por 7 requisitos e incorpora la definición y aplicación de la política de comunicación organizacional así como los medios para su despliegue.

Tabla N°12. Estructura Capítulo 2 Comunicación de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

N°	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
2	COMUNICACIÓN	No aplica	No aplica	5. Responsabilidad de la Dirección	2.3.1 Comunicación Organizacional 2.3.2 Comunicación Informativa 2.3.3 Medios de Comunicación

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

3. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO: Los requisitos contemplan la identificación de las condiciones mínimas de suficiencia del talento humano, requerido para la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos de seguridad del paciente, hasta el reconocimiento de los colaboradores como factor clave de éxito para el mejoramiento de la calidad organizacional.

Este capítulo está compuesto por 174 requisitos que buscan garantizar la competencia e idoneidad de los diferentes colaboradores asegurando la calidad en la prestación de servicios de salud.

Tabla N° 13. Estructura Capítulo 3 Recurso Humano de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

N°	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
3	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	1. Recursos Humanos	No aplica	6. Gestión de los Recursos	1.1.2 Desarrollo de Talento Humano

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

4. GESTIÓN DE RECURSOS PARA LA OPERACIÓN: Los requisitos de este capítulo presentan todos los insumos requeridos para la operación de la organización en óptimas condiciones, minimizando los riesgos en la prestación de servicios de salud.

Este Capítulo está compuesto por 701 requisitos los cuales buscan garantizar la seguridad al paciente en los procesos de prestación de servicios de salud.

Tabla N°14. Estructura Capítulo 4 Gestión de Recursos para la Operación de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Nº	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
4	GESTION DE RECURSOS PARA LA OPERACIÓN	3. Dotación y su mantenimiento	No aplica	6. Gestión de los Recursos	No aplica
		4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión			
		Ambulancia Terrestre			

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

5. INFRAESTRUCTURA: El Capítulo cuenta con 61 requisitos, en los cuales se presentan las necesidades de los espacios físicos para el cumplimiento de la misión organizacional con el detalle de las características de cada una de las áreas organizacionales.

Tabla N°15. Estructura Capítulo 5 Infraestructura de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Nº	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
5	INFRAESTRUCTURA	2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento	No aplica	6. Gestión de los Recursos	No aplica

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

6. DOCUMENTOS Y REGISTROS: Los 319 requisitos de este capítulo contemplan los documentos, procedimientos, guías, especificaciones, procesos etc., requeridos para garantizar la prestación de servicios de salud y los registros obligatorios que evidencian la conformidad de la ejecución de los mismos, minimizando los riesgos propios de la operación de los procesos.

Tabla N° 16. Estructura Capítulo 6 Documentos y Reg istros de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

Nº	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
6	DOCUMENTOS Y REGISTROS	5. Procesos prioritarios asistenciales	No aplica	4 Sistema de Gestión de la Calidad. 7. Realización del Producto	2.1.2 Procedimientos 2.1.5 Manual de Procedimientos
		6. Historia Clínica y registros clínicos			
		8. Referencia de pacientes			

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

7. INDICADORES, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO CONTINUO: Los 130 requisitos contenidos en este capítulo contemplan la definición e implementación de indicadores de gestión para el seguimiento a los riesgos inherentes del negocio, ejecución de los procesos y procedimientos así como la definición de acciones de mejoramiento correctivas y preventivas según sean pertinentes de acuerdo al análisis realizado, con la finalidad de alcanzar la metas planeadas.

Tabla N°17. Estructura Capítulo 7 Indicadores, Seguimiento Y Mejoramiento Continuo de la Norma Única del Sistema Gestión de Calidad HUV Fase I

N°	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD		
7	INDICADORES, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	9. Seguimiento a riesgos	Sistema de Informacion para la Calidad	8. Medición, Análisis y Mejora	2.2.1 Información Primaria 2.2.2 Información Secundaria 2.2.3 Sistemas de Información 2.1.3 Controles 2.1.4 Indicadores 3.1.1 Autoevaluación del Control 3.1.2 Autoevaluación de Gestión 3.2.1 Evaluación del Sistema de Control Interno 3.2.2 Auditoria Interna 3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional 3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos 3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

La implementación de la norma Única se realiza por medio de la ejecución del segundo ciclo de auditorías internas de calidad, el cual se ejecutó entre el 28 de Septiembre y 15 de Octubre de 2010 obteniendo los siguientes resultados

Los procesos Misionales aportan con el 66% de los hallazgos seguidos de procesos de apoyo con el 29% y estratégico y control con una participación del 2% cada uno. Ver Tabla N°19

Tabla N°18. Hallazgos Norma Única por Tipo de Proceso

Tipo de Proceso	NC	O	Total	%
Estratégico	10	12	22	2%
Misional	531	117	648	66%
Apoyo	210	77	287	29%
Control	12	6	18	2%
Total general	763	212	975	100%

Fuente: Norma Única HUV, documento propio de la Organización.

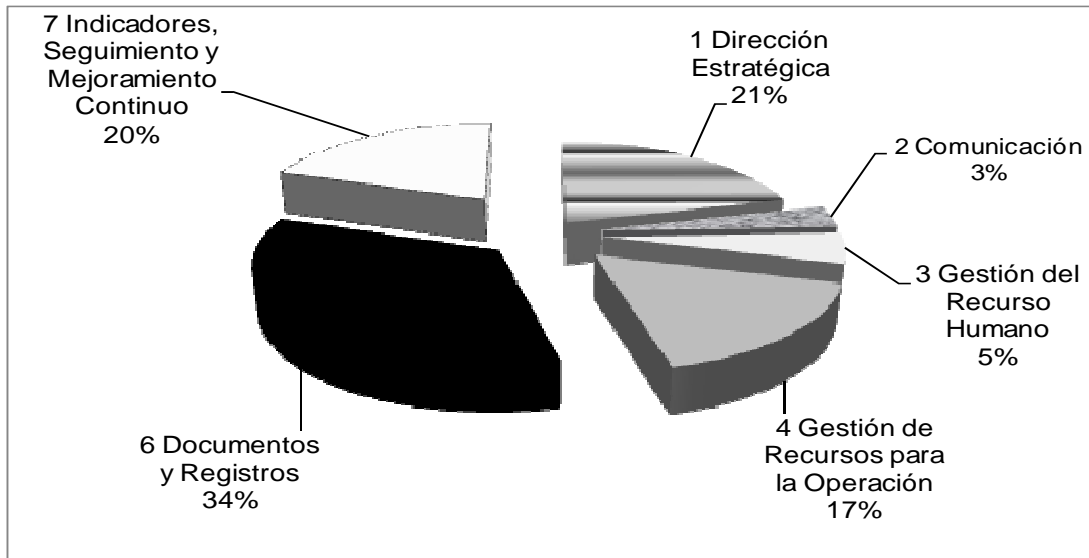
Al revisar los resultados por capítulo de la Norma única se evidencia que el 34% de los hallazgos se encuentra en el capítulo 6 Documentos y registros seguido por 21% en capítulo 1. Dirección Estratégica, 20% en capítulo 7. Indicadores, Seguimiento y Mejoramiento Continuo, 17% en capítulo 4. Gestión de Recursos para la Operación, 5% en capítulo 3. Gestión de Recurso Humano y finalmente 3% de los hallazgos en capítulo 2 Comunicación. Siendo No conformidades el 78% de los hallazgos y Observaciones el 22%. (ver Tabla N° 20 y Gráfica N°4)

Tabla N°19. Hallazgos Norma Única por Capítulo de Norma

Capítulo de Norma	NC	O	Total	%
1 Dirección Estratégica	119	84	203	21%
2 Comunicación	26	8	34	3%
3 Gestión del Recurso Humano	45	5	50	5%
4 Gestión de Recursos para la Operación	150	12	162	17%
6 Documentos y Registros	261	74	335	34%
7 Indicadores, Seguimiento y Mejoramiento Continuo	162	29	191	20%
Total general	763	212	975	100%
%	78%	22%	100%	
NC: No conformidad		O: Observación		

Fuente: Consolidado de Hallazgos Segundo ciclo de auditorías internas de calidad IPS

Grafica N° 4 Participación Porcentual de los Hallazgos por cada Capítulo de la Norma Única



Fuente: Consolidado de Hallazgos Segundo ciclo de auditorías internas de calidad IPS

En un futuro se deben incorporar en la norma Única los demás componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad, sistema de información para la calidad y sistema único de acreditación, estructurándose de la siguiente manera (ver Tabla N°22)

Tabla N°22. Estructura y Armonización Norma Única Sistema Gestión de Calidad HUV Fase II

Nº	CAPITULO NORMA ÚNICA SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD			ISO 9001:2008	MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI	
		SISTEMA ÚNICO HABILITACION	SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD	SISTEMA ÚNICO ACREDITACION			
1	DIRECCIÓN ESTRATÉGICA	7. Interdependencia de Servicios	No aplica	Direccionamiento Gerencia	5. Responsabilidad de la Dirección.	1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos	
							1.1.3 Estilo de Dirección
						7. Realización del Producto	1.2.1 Planes y Programas
							1.2.2 Modelo de Operación por Procesos
							1.2.3 Estructura Organizacional
							1.3.1 Contexto Estratégico
							1.3.2 Identificación de Riesgos
						1.3.3 Análisis de Riesgos	
						1.3.4 Valoración de Riesgos	
						1.3.5 Política de administración de Riesgos	
						2.1.1 Políticas de Operación	
2	COMUNICACIÓN	No aplica		Gerencia de Sistemas de Información	5. Responsabilidad de la Dirección	2.3.1 Comunicación Organizacional	
						2.3.2 Comunicación Informativa	
						2.3.3 Medios de Comunicación	
3	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	1. Recursos Humanos		Gerencia del Recurso Humano	6. Gestión de los Recursos	1.1.2 Desarrollo de Talento Humano	
4	GESTION DE RECURSOS PARA LA OPERACIÓN	3. Dotación y su mantenimiento 4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión Ambulancia Terrestre		Gerencia del Ambiente Físico	6. Gestión de los Recursos	No aplica	
5	INFRAESTRUCTURA	2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento		Gerencia del Ambiente Físico	6. Gestión de los Recursos	No aplica	
6	DOCUMENTOS Y REGISTROS	5. Procesos prioritarios asistenciales 6. Historia Clínica y registros clínicos 8. Referencia de pacientes		Atencion al Cliente Asistencial	4 Sistema de Gestión de la Calidad. 7. Realización del Producto	2.1.2 Procedimientos 2.1.5 Manual de Procedimientos	
7	INDICADORES, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	9. Seguimiento a riesgos	Sistema de Informacion para la Calidad	Gerencia de Sistemas de Informacion Mejoramiento de la Calidad	8. Medición, Análisis y Mejora	2.2.1 Información Primaria 2.2.2 Información Secundaria 2.2.3 Sistemas de Información 2.1.3 Controles 2.1.4 Indicadores 3.1.1 Autoevaluación del Control 3.1.2 Autoevaluación de Gestión 3.2.1 Evaluación del Sistema de Control Interno 3.2.2 Auditoria Interna 3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional 3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos 3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual	

9. CONCLUSIONES

Al comparar los resultados de la auditoría interna de calidad 2008 con la del 2010 se encuentra una reducción del 25% de los hallazgos de auditoría, las no conformidades se reducen en un 33% mientras que las observaciones se incrementan en 33% (ver Tabla N°20)

Tabla N°20. Comparativo de Hallazgos Auditoria 2008 vs 2010

Tipo de Proceso	Auditoria 2008			Auditoria 2010		
	NC	O	Total	NC	O	Total
Estratégico	90	2	92	10	12	22
Operativo	678	117	795	531	117	648
Apoyo	312	33	345	210	77	287
Control	53	8	61	12	6	18
Total	1133	160	1293	763	212	975
NC: No Conformidad			O: Observación			

Tipo de Proceso	Var Absoluta			Var Porcentual		
	NC	O	Total	NC	O	Total
Estratégico	80	(10)	70	89%	-500%	76%
Operativo	147	-	147	22%	0%	18%
Apoyo	102	(44)	58	33%	-133%	17%
Control	41	2	43	77%	25%	70%
Total	370	(52)	318	33%	-33%	25%
NC: No Conformidad			O: Observación			

Fuente: Consolidado de Hallazgos Auditorías internas de calidad IPS

Al realizar la evaluación de la eficiencia en el proceso de auditoría se concluye que con la integración de los criterios de auditoría de los sistemas de gestión de calidad en la norma única hay mayor alcance del proceso de evaluación organizacional pasando de un 45% a un 100% de procesos evaluados (ver Tabla N°21)

Tabla N°21. Comparativo de la eficiencia de la auditoría 2008 vs 2010

Norma	2008		Norma	2010	
	N° Auditores	% Gestión 1 año		N° Auditores	% Gestión 1 año
SOCG (Habilitación)	5	80%	Norma Única	48	100%
ISO	43	11%			
MECI	0	45%			
Total	48	45%	Total	48	100%

Fuente: Consolidado de Hallazgos Auditorías internas de calidad IPS

La norma única como herramienta integradora de los criterios de auditoría de los sistemas de gestión de calidad implementados en el Hospital Universitario del Valle permitió:

1. Unificar los criterios de auditoría contenidos en las diferentes normas para la gestión de calidad evitando que se dupliquen esfuerzos y facilitando la ejecución de las auditorías internas de calidad
2. Enfoque sistémico en la gestión de la calidad y Mejoramiento continuo Organizacional.
3. Orientar las acciones del mejoramiento organizacional con enfoque en el usuario y su familia.
4. Eficiencia en los procesos de auditoría y minimizar el riesgo de reprocesos en la ejecución de las auditorías internas.

6. Mejoramiento de la disposición de los líderes de procesos al ejercicio de la auditoria e implementación de las acciones de mejoramiento derivados de los hallazgos.
7. Aseguramiento del proceso de Mejora continua.

Esta norma podría ser, a parte del HUV, un esquema para los Hospitales de orden público de lograr procesos de evaluación del Sistema de Gestión de Calidad con criterios unificados más costos efectivos y enfocados a resultados concretos en calidad.

10. BIBLIOGRAFIA

PORTOCARRERO Julio, (2009). Actividades y experiencias en materia de calidad de los servicios de salud en Colombia. Revista Vía Salud (50), 4-6.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. MECI 1000:2005. Sistema de Control Interno para las Entidades Regidas por la ley 87 de 1993.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo 1 Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Manual Único de Estándares y de Verificación.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo 2 Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Manual Único de procedimientos de habilitación.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006 por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo 1 Resolución 1445 de 2006

2 Manuales de Estándares de acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud Hospitalaria.

3 Manuales de Estándares de acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud Ambulatoria.

4 Manuales de Estándares de acreditación para los Laboratorios Clínicos.

5 Manuales de Estándares de acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.

6 Manuales de Estándares de acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2181 de 2008 Guía Aplicativa del SOGC para las IPS de carácter público.

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2181 de 2008 Guía Aplicativa del SOGC para las IPS de carácter público. Anexo Técnico

MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

ICONTEC. Normas Básicas sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación NTC-ISO 9000, NTC-ISO 9001:2008

AENOR ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN (2005). Guía para la Integración de los Sistemas de Gestión. Norma Española UNE 66177.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistemas de Gestión de calidad para la Rama Ejecutiva del poder público y otras entidades prestadores de servicios. Norma Técnica de Calidad En la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2007). Armonización Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005. Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2004 Entidades Públicas.

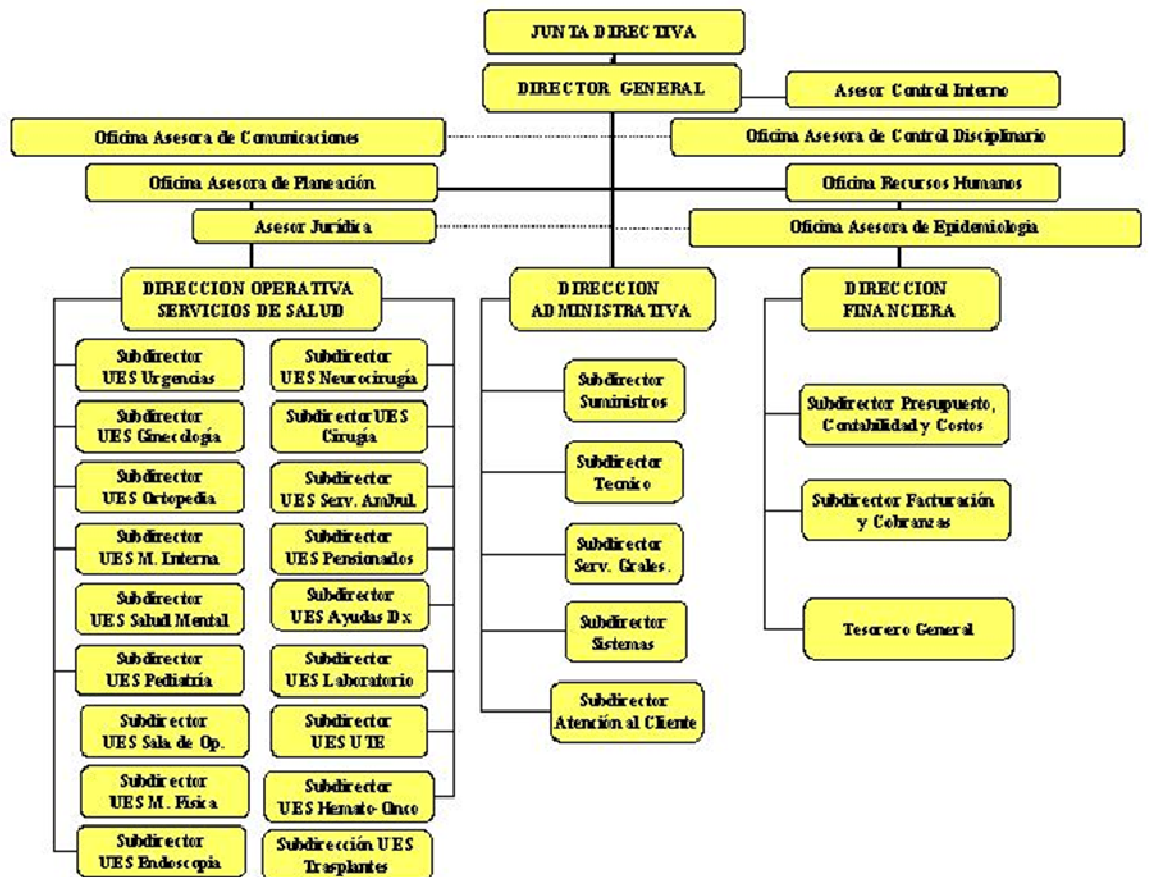
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006 Anexo 1 y 2. Sistema Único de Habilitación. Resolución 1445 de 2006 Anexo 1 y 2. Sistema Único de Acreditación.

ISO 9001:2008 <http://www.iso.org/iso/home.html>

PAS 99:2006 Specification of common management system requirements as a framework for integration BSI 31 August 2006 ISBN 0 580 49059 9

11. ANEXOS

0. Organigrama Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.



2. Mapa de Procesos Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

1. Mapa de procesos año 2008



2. Mapa de Procesos actualizado en el año 2009

