

**Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2015 de la IPS de la Cruz Roja  
Colombiana Seccional Cauca**

Por:  
Paola Marcela Certuche Muñoz

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD  
Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios  
Administración de Empresas  
Marzo 2021

## **Dedicatoria**

Dedico este logro a mi madre, en recompensa de su amor incondicional; quien gracias a su bello ejemplo de disciplina y tenacidad me ha animado e inspirado a ser mejor cada día y a estudiar y aprender.

## **Agradecimientos**

Le doy gracias a Dios por iluminar mi camino y darme la bendición de realizar estudios de Administración de Empresas, gracias porque he aprendido muchas cosas que he podido aplicar laboralmente.

Le agradezco a mi hermana enaltezco Helga Maité por su gran corazón siempre en búsqueda de lo mejor para los demás; gracias por don de generosidad y servicio. ¡Qué todas sus obras le sean recompensadas y Dios le conceda dulces bendiciones!

Mis agradecimientos al magíster José Luis Diago Franco por ser el presidente propulsor de la cultura de la calidad humanitaria en la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, porque sin su liderazgo, el Sistema de Gestión de Calidad no habría sido posible.

Gracias al director ejecutivo AE. Alexander Sánchez Ramírez, por su compromiso y gestión directiva tan indispensables para forjar el Sistema de Gestión de Calidad de la Seccional.

A directivos y colaboradores de la Seccional Cauca, por todo su aporte y compromiso en el desarrollo del trabajo, porque gracias a ellos fue posible construir el Sistema de Gestión de Calidad de la institución.

## Tabla de contenido

Objetivos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos .....	8
Planteamiento del problema .....	9
Justificación .....	11
Marco conceptual .....	13
Metodología.....	18
Método .....	18
Herramientas .....	19
Cronograma.....	20
Diagnóstico.....	21
Propuesta de estructura del Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2015 para la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.....	23
Liderazgo .....	26
Alcance y exclusiones del SGC .....	26
Política de calidad .....	27
Objetivos de calidad.....	28
Roles, responsabilidades y autoridades.....	29
Líderes de procesos .....	29
Responsabilidades del personal de planta, contratistas y voluntarios con el SGC .....	31
Contexto de la organización .....	32
Planificación .....	34
Planeación Estratégica .....	34
Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos .....	35
Mapa de procesos de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca .....	37
Mapa de procesos de salud desglosado.....	38
Caracterización de procesos.....	39
Apoyo - recursos para la implementación del SGC-soporte.....	41
Infraestructura .....	41
Infraestructura .....	41
Insumos y Medicamentos.....	42
Dispositivos Médicos y Equipos Biomédicos .....	43
Recursos de seguimiento y de medición .....	44
Recursos TIC.....	45
Gestión Ambiental.....	46
Ambiente para la operación de los procesos .....	47
Personas .....	48
Gestión del Talento Humano.....	48
Proceso de Evaluación por Competencias.....	50
Planes de formación y toma de conciencia .....	51

Se propone a Dirección Ejecutiva, revisor fiscal y contadora, una batería de indicadores financieros: 1) Venta de servicios 2) Suficiencia patrimonial 3) Obligaciones mercantiles 4) Obligaciones laborales 5) Solvencia 6) Endeudamiento 7) Liquidez 8) Capital de trabajo 9) EBITDA..... 55

Para un análisis financiero según el ciclo PHVA, se recomienda ..... 55

Planear: solicitar autorización para estudio financiero de unidades de negocio, por separado para cada servicio de salud de la IPS..... 55

Hacer: realizar un estudio de utilización de la capacidad de servicios de salud con el punto de equilibrio de cada servicio analizar la información obtenida. Recopilar precios de servicios de salud de competidores. Consolidar necesidades y expectativas de clientes actuales y potenciales ..... 55

Verificar: verificar la capacidad utilizada versus la instalada. Analizar precios y ventaja competitiva de la competencia. Analizar la proporción de satisfacción de necesidades y expectativas de clientes actuales y potenciales..... 56

Ajustar: aplicar programa de mercadeo (servicios, paquetes promocionales y precios atractivos) para clientes actuales y potenciales..... 56

Acciones para abordar riesgos y oportunidades ..... 57

Satisfacción..... 59

Medición y seguimiento de la satisfacción de beneficiarios y usuarios..... 59

Tratamiento de PQRSF..... 60

Servicio de Información y Atención al Usuario -SIAU ..... 61

Información documentada ..... 62

Conclusiones..... 67

Referencias bibliográficas ..... 69

### Lista de tablas

Tabla 1..... 20

Tabla 2..... 31

### Lista de figuras

Figura 1. Diagnóstico de cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015 ..... 22

Figura 2. Representación de la Estructura de ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA... 24

Figura 3. Estructura de la propuesta de diseño SGC CRCSC basada en ISO 9001:2015 ..... 25

Figura 4. Mapa de procesos de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca. .... 38

Figura 5. Mapa de Procesos desglosado de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca..... 39

Figura 6. Representación esquemática de los elementos de un proceso..... 40

Figura 7. Principios de calidad apropiados en la Seccional Cauca..... 54

Figura 8. Siglas de identificación de documentos ..... 62

Figura 9. Cuerpo de documentos ..... 64

## Resumen

La presente investigación tiene como propósito diseñar el Sistema de Gestión de Calidad de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, con el objetivo de mejorar los procesos de la organización e incrementar su competitividad., a través de los lineamientos de la ISO 9001:2015

La metodología parte con la evaluación del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, se desarrolla la planeación estratégica de calidad, para obtener las directrices y los objetivos de calidad; se procede a la gestión por procesos, en la cual, se articulan los procesos ejecutados en la IPS en el mapa de procesos y su caracterización. Conforme con la norma ISO 31000; se realiza la matriz de riesgo de los procesos, con la valoración y tratamiento; se genera información documentada. Luego, se diseña el sistema de satisfacción; orientando al diseño de un sistema que integre los requisitos ISO con estándares de la normatividad colombiana en salud.

Finalmente, se exponen las conclusiones de la propuesta de diseño del Sistema de Gestión de Calidad acorde con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y recomendaciones.

Palabras clave: Sistema de Gestión de Calidad, ISO 9001:2015, habilitación de servicios de salud, requisitos.

## **Abstract**

The purpose of this research is to design the Quality Management System of the IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, with the aim of improving the processes of the organization and increasing its competitiveness., through the guidelines of ISO 9001: 2015.

The methodology starts with the evaluation of compliance with the requirements of the ISO 9001: 2015 Standard, the strategic quality planning is developed, to obtain the guidelines and quality objectives; Process management is carried out, in which the processes executed in the IPS are articulated in the process map and their characterization. Compliant with ISO 31000 standard; the risk matrix of the processes is carried out, with the assessment and treatment; documented information is generated. Tense, the satisfaction system is designed; guiding the design of a system that integrates ISO requirements with standards of Colombian health regulations.

Finally, the conclusions of the design proposal of the Quality Management System are presented in accordance with the requirements of the ISO 9001: 2015 standard and recommendations.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Diseñar un sistema de gestión de la calidad para la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca basado en ISO 9001 integrado a estándares de habilitación de servicios de salud colombianos.

### **Objetivos específicos:**

Realizar diagnóstico del cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015 en la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Diseñar la gestión por procesos y de riesgo de la norma ISO 9001:2015 en la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Perfilar el proceso de planeación estratégica de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Formular el proceso de información documentada de la IPS Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, acorde con ISO 9001:2015.

Plantear el cumplimiento del requisito de satisfacción de la norma ISO 9001:2015 en la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

## **Planteamiento del problema**

La Cruz Roja Colombiana es una institución humanitaria de carácter privada sin ánimo de lucro fundada en 1915, que propende por prevenir y aliviar el sufrimiento humano. Observando las demandas sociales y las ventajas competitivas que trae la implantación de un sistema de gestión de calidad bajo el estándar ISO 9001, en el año 2013 la institución instauró una política de calidad, promoviendo que las seccionales adopten este modelo organizativo, logrando que 11 se certificaran con el estándar ISO 9001:2008 y una con ISO 9001:2015, de las cuales cuatro certificaciones corresponden a servicios de salud.

En Colombia, el tema de calidad ha tomado importancia porque en la medida que se adapten avances tecnológicos, modernización financiera y calidad, se tendrá una mayor oportunidad de sobresalir en el mundo globalizado (Sánchez, 2006).

En Colombia existen alrededor de 2500 empresas certificadas por el ICONTEC; de estas el 40% se encuentran ubicadas en Bogotá, el 25 % en Medellín y el 35% restante en el resto del país.

La estructura de las normas ISO, han permitido su implementación no en la industria sino en diferentes sectores económicos, incluyendo servicios de salud.

En el país existe alrededor de 58 organizaciones del Sector Salud, certificadas con ISO 9001, de esa cantidad, solo el 2% son IPS (Estrada & Vargas, 2004).

Para las instituciones prestadoras de Servicios en Salud Una certificación en ISO podría representar una ventaja competitiva. No obstante, al considerar un estándar con requisitos genéricos, es sorprendente comprobar casos donde aun contando con certificado de calidad, se sigue incumpliendo con requisitos legales básicos como los definidos en el Sistema Único de Habilitación (Rocha, 2013).

La Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, fundada en 1945; desde 1999, cuenta con una IPS que brinda los servicios de salud de primer nivel, atendiendo a personas en condición de vulnerabilidad, provenientes de diferentes municipios del departamento del Cauca.

Considerando el lineamiento de la Cruz Roja Colombiana, la dirección tiene la expectativa de que un modelo de gestión basado en ISO 9001:2015 puede gestar la base de la transformación organizacional que satisfaga las necesidades de salud de población vulnerable y garantice la supervivencia de la organización a largo plazo.

No obstante, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los componentes necesarios para diseñar un sistema de gestión de calidad basado en la ISO 9001:2015 para la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, que garantice la calidad en servicios de salud acorde con la normatividad colombiana?

## **Justificación**

En Colombia, la Ley 100, determina criterios de calidad en salud, en los artículos 184 y 193 refiere incentivos de calidad en la prestación de servicios de salud, tomando en cuenta la productividad, costo/eficiencia en uso de recursos, proceso de referencia/contrarreferencia en el beneficio y promoción de la calidad en salud.

No obstante, a pesar de contar con lineamientos básicos y claros de la calidad, las IPS no cumplen a cabalidad lo considerado, generando en el país grandes falencias en servicios de salud, referidos a la infraestructura, fallos en diagnósticos y demanda insatisfecha de especialistas en salud.

La ISO 9001:2015 establece criterios estándar que propenden por el cumplimiento de los requisitos normativos, aquellos que bien interpretados pueden ser base para cumplir a cabalidad los requisitos del Sistema Obligatorio de la Calidad Colombiano.

Para la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca es prioritario contar con modelos administrativos que permitan garantizar la prestación de servicios de salud seguros, oportunos que satisfagan los requerimientos de calidad colombiana y tener una guía para orientar eficazmente las diferentes áreas requeridas para el funcionamiento de la IPS.

Con el cumplimiento de estándares ISO 9001:2015 las organizaciones pueden brindar mejor atención, incrementando la satisfacción y cumplimiento de requisitos de usuarios y adicionales.

Con la satisfacción de estándares de calidad, es posible obtener ganancias, al lograr un incremento en ventas por el valor agregado que se refleja en las tarifas representando aumentos en la rentabilidad (Kerguelén. Carlos;, 2008).

Una investigación que aporte un modelo articulado que aporte al cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015 con los estándares de habilitación de los servicios de salud colombianos puede servir de referente para que ésta y otras organizaciones puedan desarrollar un modelo eficaz, que conlleve a la calidad en la prestación de servicios de salud de primer nivel.

Para la IPS, se ofrece valor al diseñar un sistema que ofrezca competitividad en el mercado, que propenda por el beneficio económico y a su vez que garantice los derechos de los usuarios de servicios de salud, cumpliendo los criterios de calidad de la habilitación de servicios de salud según la normatividad colombiana.

## **Marco conceptual**

La ISO 9001 es una norma internacional del ICONTEC, dirigida a Sistemas de Gestión de la Calidad para instituciones de distinta clase y tamaño, que propende por el mejoramiento de productos y servicios y satisfacer las necesidades de clientes.

Las normas ISO surgen en 1987 para definir sistemas de gestión de la calidad. Evolucionando en las versiones 1994, 2000, 2008 y la vigente 2015.

Con respecto a la versión anterior, la ISO 9001: 2015 enfatiza el pensamiento estratégico basado en el riesgo para la planificación y ejecución operativa de un sistema de gestión calidad (Guerra y Jaya, 2016)

La versión 2015 da importancia al estudio del contexto, la planeación estratégica y gestión del cambio, como aspectos a considerar en la ejecución, mantenimiento y mejora del sistema. (Fontalvo, 2000).

A pesar de ser una norma genérica, algunos autores proponen la norma ISO 9001, como un modelo de éxito para implementar y poner en práctica una estructura de diseño y ejecución de sistemas de gestión de calidad en distintos tipos de organizaciones (Calvo, et al., 2006)

En la versión 2015: la calidad se considera como el nivel de cumplimiento de requisitos (ISO, 2015) bien sean normativos, de cliente o especificado en la prestación del servicio.

Un modelo de gestión puede brindar un esquema referente, minucioso y estructural que diagnostica e identifica rutas de mejora para orientar esfuerzos, siendo un referente estratégico permite evaluar acciones para alcanzar la excelencia dentro de una organización.

Por su parte, un modelo de gestión de calidad es una referencia, que permite a toda organización mejorar los servicios o productos que ofrece, comprendiendo las áreas clave, en cumplimiento de su misión, que puede constituirse como un instrumento eficaz de gestión para la satisfacción de clientes (López, 2001).

Para que un modelo sea efectivo, los procesos aplicados deben equilibrarse con los resultados. Investigadores han realizado estudios empíricos sobre diversos modelos usados, en búsqueda del aseguramiento de la calidad:

Los modelos de Gestión de calidad más usados en las organizaciones son: el Modelo basado en el ciclo PHVA, el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM), el Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), el Modelo de calidad en el servicio (SERVQUAL), el Marco Común de Evaluación (Common Assessment Framework), Seis Sigma, las Normas Británicas (BS) y las Normas de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) (Cantón, 2010).

Los sistemas de gestión de calidad (SGC) basados en las normas ISO 9001 hacen uso del llamado modelo PHVA.

El modelo PHVA, basado en el ciclo de Deming o de mejora continua: Planificar – Hacer – Verificar – Actuar, es un ciclo que puede desarrollarse de manera continua, al interior de cada proceso y de forma general al sistema de gestión, como un todo. Y a su

vez, debe estar directamente ligado a la prestación de servicios o elaboración de productos de la organización.

El éxito de implementar un SGC con ISO 9001, se basa en una decisión de largo plazo, caracterizada por el liderazgo de la Alta Dirección y compromiso del personal, porque si sólo se busca obtener un certificado para lograr ventaja competitiva y acceder aun mercado clave, sin recursos, sin una formación adecuada de las personas y compromiso directivo, se dirige al fracaso (Verboom, 2007) (Aguilar, 2006), (Cancio, 2006)

### **Principios ISO 9001:2015**

1. Enfoque basado en procesos: consiste en ordenar actividades y recursos a modo de proceso.
2. Gestión de las Relaciones: gestionar adecuadamente las relaciones, consiste en corresponder a las necesidades de las partes interesadas.
3. Liderazgo: el liderazgo es crucial, para lograr la participación del personal en los resultados esperados por la organización.
4. Participación del personal: es importante potencializar las habilidades y conocimientos del personal de la organización y lograr el compromiso con el SGC.
5. Enfoque al Cliente: la satisfacción de los clientes es prioridad para el éxito sostenido del SGC, lo cual se da cuando se consigue lograr sus necesidades y trascender sus expectativas.
6. Toma de decisiones basado en hechos: es posible lograr mejores resultados cuando se toman decisiones basados en experiencia, datos e información.

7. Mejora: el buen desempeño y éxito sostenido organizacional depende de la capacidad de mejora continua que logra la organización.

**Proceso:**

Es grupo de actividades ordenadas, que pueden ser realizadas por máquinas o personas para lograr unos resultados en sus salidas como productos o servicios, que van dirigidos a uno o más destinatarios; haciendo uso de recursos que se utilizan o que se consumen, como entradas de proceso.

**Normatividad de Salud en Colombia:**

Ley 100 de 1993 es la norma principal que regula el Sistema de Protección Social Sistema de Seguridad Social en Colombia buscando garantizar la calidad de vida de los colombianos.

Decreto de 1011 del 3 de abril de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, expedido por el Ministerio de la Protección Social. Sus componentes son: Sistema Único de Habilitación: Programa para Auditoría para la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Información y Sistema Único de Acreditación.

El Sistema Único de Habilitación de servicios de salud en Colombia establece condiciones básicas de funcionamiento, necesarios en la prestación de servicios de salud, está compuesto por grupos estándares: talento humano, infraestructura, dotación,

medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.

## **Metodología**

Es una investigación de tipo documental y descriptiva.

### **Método**

El diseño del SGC se ejecuta en seis fases:

1. Se realiza un diagnóstico del cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015.
2. Se diseña una estructura del sistema de gestión de calidad basado en ISO 9001:2015
3. Se formula el análisis de contexto, la gestión por procesos ISO 9001:2015 y de riesgos según ISO 31000.
4. Se formula la planeación estratégica de la institución acorde con la norma ISO 9001:2015.
5. Se plantea cumplimiento del requisito de satisfacción de la ISO 9001:2015.
6. Se diseña el proceso de información documentada acorde con ISO 9001:2015.

## **Herramientas**

1. Diagnóstico ICONTEC, entrevista personal: se basa en la formulación de preguntas cerradas dirigida a colaboradores para profundizar en información de las diversas áreas de la institución e información histórica.
2. Norma ISO 9001:2015.
3. Herramientas administrativas que permitan diseñar los diferentes componentes del SGC.
4. Microsoft Office, Excel, Google File Drive.

## **Población y tamaño de muestra**

Población: directivos, empleados y contratistas de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Muestra: total de empleados y contratistas que lideran los procesos institucionales.

## Cronograma

El desarrollo de la investigación se desarrolla en 12 meses, de la siguiente manera:

Tabla 1.  
Cronograma de investigación

ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Revisión bibliográfica	■	■										
Diagnóstico		■	■									
Propuesta de estructura del SGC			■									
Información documentada				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Planeación Estratégica				■	■							
Gestión de procesos y de riesgos						■	■	■	■			
Satisfacción										■	■	
Informe final												■

Fuente: propia.

**Nota:** el cronograma describe la ejecución de las seis fases de investigación del trabajo de grado.

## Diagnóstico

Con el fin de identificar la línea base de cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015, la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca aplicó una herramienta de ponderación suministrada por la coordinación de calidad de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana (SNCRC), la cual fue aplicada con los colaboradores de las distintas áreas de la Seccional, donde se determina que el cumplimiento de los requisitos de la norma es en promedio el 10%. Encontrando los resultados que se ilustran en la Figura 1:

- a) Contexto de la organización el 4%.
- b) Liderazgo el 4%.
- c) Planificación para el sistema de gestión de la calidad el 6%
- d) Soporte el 30%.
- e) Operación el 25%.
- f) Evaluación del desempeño el 2%
- g) Mejora se obtuvo el 2%.

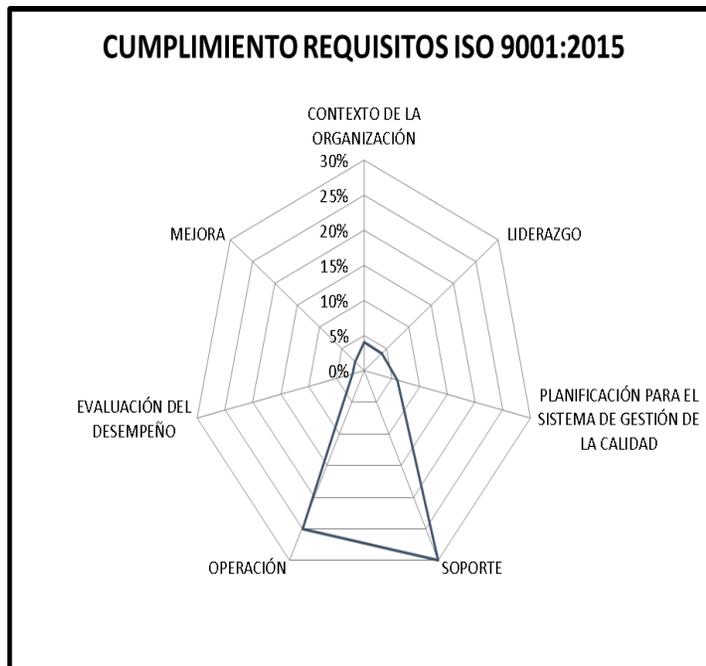


Figura 1. Diagnóstico de cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015

El cumplimiento de requisitos del 10% indica que es un bajo nivel de implementación, por tanto, es necesario desarrollar un proyecto para diseñar el Sistema de Gestión de Calidad para la IPS, basado en la ISO 9001:2015.

**Propuesta de estructura del Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2015  
para la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca**

La Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, interesada en el futuro y posicionamiento de la IPS, considera que un cambio organizacional orientado a la Calidad puede garantizar su supervivencia, porque su apropiación puede generar ventajas competitivas. De este modo, considera adecuado el diseño e implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basada en ISO 9001:2015.

La ISO define Sistema de Gestión como: un grupo de actividades relacionadas y coordinadas que interactúan, y que, estableciendo políticas y objetivos, dirigen y controlan la organización con el fin de lograr metas organizacionales (ISO, 2015).

Consta de una estructura de procesos que facultan la orientación al usuario y demás partes interesadas, que constituyen su eje central, de ahí que sea clave el establecimiento de sus requisitos y expectativas como elementos de entrada al sistema de gestión de la calidad, ver Figura 2.

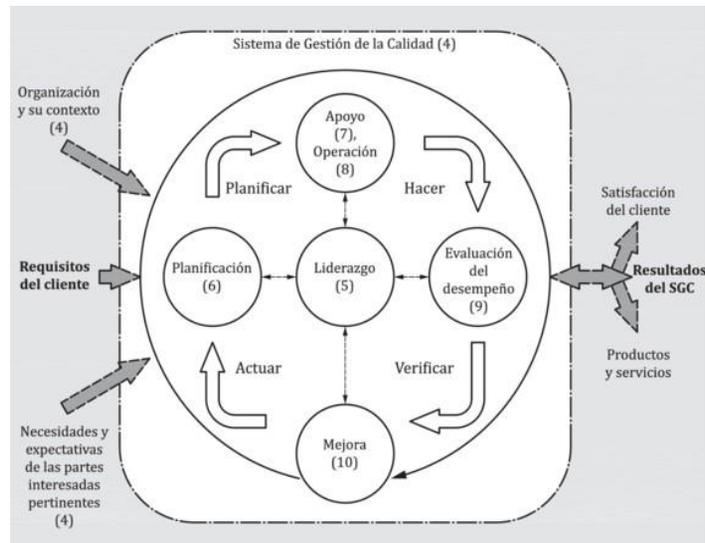


Figura 2. Representación de la Estructura de ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA

ISO, considera que el ciclo de mejoramiento continuo de Deming “PHVA” que puede ser aplicado a todos los procesos, con las fases:

**Planificar:** fijar objetivos de calidad y procesos, considerando los recursos necesarios para satisfacer los requisitos y obtener los resultados esperados, acordes con las políticas institucionales, solventando los riesgos y aprovechando las oportunidades dadas por el contexto.

**Hacer:** ejecutar lo planeado;

**Verificar:** hacer el monitoreo y evaluación de resultados logrados en plazos estipulados, en concordancia con las políticas y objetivos organizacionales, e informar lo obtenido a las partes interesadas.

**Actuar:** consiste en la ejecución de actividades que conlleven a incrementar el desempeño, siempre que sea necesario.

Considerando que la institución busca:

Ser más competitiva.

Reducir costos.

Demostrar la capacidad de suministrar servicios de salud que satisfagan requisitos de los usuarios y normativos

Satisfacer necesidades y expectativas de beneficiarios y usuarios de servicios de salud.

Se propone el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO 9001:2015 cumpliendo ciclo PHVA, que satisfaga los principios de la norma y de forma esquemática tenga la siguiente estructura:



Figura 3. Estructura de la propuesta de diseño SGC CRCSC basada en ISO 9001:2015

## **Liderazgo**

En este apartado, la ISO 9001:2015 declara que la Alta Dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al SGC (ISO, 2015). Esta es quizá la directriz más importante, que puede augurar éxito en la implementación de un SGC (Rincón, 2012).

Para la formulación de la Política de Calidad institucional, se diseñó una lista de chequeo donde se consideraron los requisitos de la norma del numeral 5.2.1: 1) Es apropiada al propósito, al contexto y apoya la dirección estratégica 2) Es marco de referencia para establecer los objetivos de calidad 3) Incluye el compromiso de cumplir requisitos aplicables 4) Incluye el compromiso de mejora continua del SGC. Y con respecto al numeral 5.1.1, 5) promueve el enfoque a procesos y pensamiento basado en riesgos.

Se realizan sesiones de trabajo y siguiendo lineamientos de la norma, se formula la política de calidad institucional. La cual es revisada y aprobada en sesión de Junta Directiva, posteriormente es comunicada por Dirección Ejecutiva a los colaboradores y también en cartelera y correo institucional.

### **Alcance y exclusiones del SGC**

“El Alcance del SGC de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca consiste en la Prestación de Servicios de Salud en la ciudad de Popayán, Cauca, Colombia”

Nota: Nuestro alcance presenta una exclusión de la Norma en cuanto a diseño.

## **Política de calidad**

Se formula la Política de Calidad: En la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, reflejamos nuestra identidad corporativa a través del orden jurídico, principios, disciplina, ética, con una adecuada planificación y rendición de cuentas en el desempeño de nuestros procesos. Siguiendo los lineamientos estratégicos que permiten el mejoramiento continuo de nuestro Sistema de Gestión de Calidad, mediante el compromiso de la Junta Directiva, Directores de Gestión, Voluntariado, Personal Administrativo, Asistencial y de Apoyo.

En la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, nos comprometemos a aliviar y a prevenir el sufrimiento humano en cualquier circunstancia; por medio de la asistencia humanitaria a la población más vulnerable, con programas y servicios de Salud. Todas nuestras actividades se encuentran enmarcadas en las demandas del contexto, el cumplimiento de requisitos normativos, el pensamiento basado en riesgos, en el enfoque basado en procesos, los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como la búsqueda de satisfacción de nuestros usuarios y beneficiarios.

## **Objetivos de calidad**

El numeral 6.2.1 la ISO 9001:2015 establece que la institución debe establecer objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios del SGC.

Para su formulación se genera una lista de chequeo, con el fin de validar que cumplan los requisitos del numeral 6.2.1 a) b) c) d) y e).

La Cruz Roja al ser una organización federada, se enmarca en la misión de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana (SNCRC), no obstante, su visión y objetivos son contextualizados a las realidades del departamento y en este sentido con la participación de directivos, administrativos y voluntarios, fue posible construir visión y objetivos estratégicos de la Seccional, enmarcados en los Objetivos Estratégicos de la SNCRC, que son:

OE1: Contribuir a la resiliencia comunitaria mediante proyectos, programas y servicios que promuevan una vida digna, sana y segura con énfasis en la atención primaria en salud y prevención de las enfermedades, propiciando una cultura de paz en las comunidades especialmente las más vulnerables y su entorno.

OE2: Generar sostenibilidad y sustentabilidad con transparencia, para fortalecer la competitividad liderando y garantizando la acción humanitaria con calidad e innovación.

OE3: Fortalecer el liderazgo del voluntariado para desarrollar la acción humanitaria de manera pertinente, suficiente, transparente e incluyente.

Nota: OE: Objetivo Estratégico.

Estos fueron revisados y aprobados por integrantes de la Junta Directiva y comunicados a los colaboradores institucionales a través de las carteleras y correo institucional.

### **Roles, responsabilidades y autoridades**

En el numeral 5.3 la ISO 9001:2015 manifiesta que la Alta Dirección debe asegurar responsabilidades y autoridades con el SGC del personal para su comprensión y ejecución al interior de la organización.

La CRCSC al ser una organización humanitaria, propende por estrategias que faculten un clima participativo. Se considera que el “liderazgo organizacional” puede aportar al logro común y contribuir en lograr la implementación del SGC, porque propicia la generación ideas y métodos en las distintas áreas de la institución. Por ello, en la CRCSC se considera el modelo de “líderes de proceso”.

### **Líderes de procesos**

En el SGC de la CRCSC se propicia la generación de líderes de proceso que lideren las metas estimadas y puedan solventar la resistencia que puede generarse en el personal frente al cambio organizacional.

Si bien no todos los “líderes de proceso” son líderes innatos, el tiempo ha demostrado que es posible desarrollar habilidades de líder exitoso como: a) Empuje b) Motivación de Liderazgo c) Integridad d) Confianza en sí mismo e) Conocimiento de la organización (Universidad Manuela Beltrán, 2016)

Las características anteriores son importantes que requieren de una esencial: La inteligencia emocional. Se deben tener en cuenta los distintos modelos de liderazgo y alinearlos de la mejor manera posible porque el mal liderazgo puede propiciar la resistencia al cambio e incidir negativamente en la implementación del SGC.

Para lograr un desempeño satisfactorio de líderes de proceso, es fundamental: la motivación, la toma de conciencia, desarrollar habilidades en los líderes de proceso y por supuesto capacitar en los requisitos de la norma, por tanto, es necesario considerar un plan de capacitación anual.

La presidencia de la CRCSC, mediante resolución divulga la política, objetivos, alcance del SGC y asigna responsabilidades y autoridades para los colaboradores dentro del mismo, estableciendo el modelo de líderes de proceso como estrategia para su implementación, de la siguiente manera:

Tabla 2.  
Líderes de proceso de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Líder de Proceso	Carg o
Gobierno Corporativo	Presidente
Gestión Administrativa y Financiera	Director/a Ejecutiva
Salud	Enfermero/a jefe
Logística	Almacenista
CITEL	Radio operador/a
Calidad	Coordinador /a de calidad

**Nota:** relaciona los líderes de procesos de la Seccional, con sus cargos respectivos

### **Responsabilidades del personal de planta, contratistas y voluntarios con el SGC**

Las responsabilidades relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad se estipulan como funciones en los manuales del personal de planta, específicas en contrato o en manual de responsabilidades para contratistas y en casos particulares, en documentos de compromiso de voluntarios cuando aportan tareas al SGC.

## **Contexto de la organización**

La ISO 9001:2015 en su capítulo 4 indica que la organización debe establecer su Sistema de Gestión de Calidad acorde con su contexto, determinando los factores que puedan impactar el logro de sus resultados; se debe hacer seguimiento y verificación de la información relacionada con aspectos internos y externos, así como el cumplimiento de requisitos de las partes interesadas y sus necesidades y expectativas.

La norma no indica como debe realizarse, o si la información documentada debe ser cualitativa o cuantitativa; sí establece que se debe hacer seguimiento y revisión de información documentada.

Para cumplir los requerimientos mencionados, se diseña una herramienta administrativa cuantitativa en Excel apoyándose en los conceptos administrativos que permiten estimar panorama actual de la institución, así como hacer un diagnóstico interno y externo de sus factores críticos: a) Planeación Estratégica (misión, visión, objetivos estratégicos); análisis de macro y microentorno con análisis DOFA y las 5 Fuerzas de Porter.

La herramienta Excel propuesta contiene:

- a) Estratégico: política de calidad, misión, visión y objetivos estratégicos.
- b) Grado de cumplimiento de necesidades y expectativas de partes interesadas (internas y externas) con su respectiva influencia o importancia

- c) Análisis Externo: criterios de influencia de la institución en la prestación de servicios de salud, en el macroentorno (AO: amenaza/oportunidad)
- d) Análisis Interno: factores críticos (DF: debilidades/ fortalezas)
- e) Análisis de Microentorno- Entorno Competitivo (amenaza/oportunidad).
- f) Análisis DOFA (estableciendo estrategias ofensivas, defensivas, adaptativas y de supervivencia)

Esta herramienta es revisada y aprobada por Dirección Ejecutiva; luego es divulgada y aplicada en una sesión de trabajo que se desarrolló con líderes de proceso, logrando identificar claramente la interacción de la institución en su contexto, el nivel de satisfacción de necesidades y expectativas y las estrategias a implementar en el año, por cada proceso.

## **Planificación**

### **Planeación Estratégica**

La CRCSC no contaba con una Planeación Estratégica documentada; se procede a definir un proceso que permita formular la Planeación Estratégica para la institución; la cual debe estar alineada a la [Estrategia 2020 “Salvar vidas cambiar mentalidades”](#) de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así como al [Plan Estratégico de Desarrollo 2020 “Liderazgo humanitario con innovación y excelencia”](#) de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana.

Este proceso cumple el ciclo PHVA así:

Planear: se considera un cronograma y metodología de trabajo, para analizar la misión, visión y objetivos de la institución, así como el contexto del territorio y los ejes estratégicos en el marco de la FICR y SNCRC y las necesidades y expectativas de partes interesadas.

Hacer: se dialoga y recopila la formulación de la propuesta del Plan de Desarrollo, que incluye: Misión, Visión, Principios, Valores, Líneas y Objetivos estratégicos, Acciones facilitadoras, Enfoques, Seguimiento, Medición y tablero de indicadores.

Verificar: la Junta Directiva Seccional revisa que cumpla los lineamientos y emite juicio evaluativo del plan; en caso de estar conforme procede a su aprobación.

Ajustar: se realizan los ajustes al Plan Estratégico de Desarrollo, que indique la Junta Directiva.

### **Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos**

La planificación de objetivos de calidad se formula cumpliendo las fases del ciclo PHVA, así:

Planear: basado en los objetivos estratégicos considerados en el Plan Estratégico de Desarrollo aprobado, se establecen objetivos tácticos y operativos, con, resultados, metas e indicadores en el Plan de Acción de cada año.

Hacer: la Dirección Ejecutiva revisa y aprueba que los planes de acción estén conformes a lineamientos insitucionales, destina los recursos pertinentes para que los líderes de proceso ejecuten el plan.

Verificar: los líderes de proceso realizan informe de autoevaluación de resultados mes a mes y presentan informe de resultados trimestralmente a la Dirección Ejecutiva quien retroalimentará a la Junta Directiva anualmente los resultados en Revisión por la Dirección; indicando oportunidades de mejora, necesidades de recursos y de cambio en el SGC.

Ajustar: cuando se identifique no se logren los resultados previstos, los líderes de procesos realizarán ajustes a los planes de acción que permitan el logro de los mismos. Se registran las oportunidades de mejora y buenas prácticas derivadas.

## **Modelo del sistema de gestión de calidad basado en procesos**

Por mucho tiempo, la estructura organizacional permaneció sin evolucionar en cuanto a requisitos del enfoque organizativo. Se considera un nuevo modelo estructural, denominado Gestión basado en Procesos, que orienta hacia la comprensión de la organización como una sucesión de procesos interrelacionados o interconectados entre sí.

Este modelo se orienta al desarrollo de la misión, la satisfacción de necesidades de las partes interesadas, en lugar de ocuparse en la relación de mandos y funciones de las áreas.

Este modelo, se enfoca al incremento del valor, presupone que la estructura dependerá de las exigencias de los procesos clave que aporten a la misión.

ISO promueve el enfoque a procesos, porque entender la organización como la sucesión de procesos relacionados en un sistema de gestión, contribuye a la eficiencia organizacional (ISO, 2015).

Conforme con el numeral 4.4.1 de la ISO 9001:2015, es obligatorio que la institución determine los procesos necesarios en el sistema de gestión de la calidad, considerando las entradas y las salidas de estos y la sucesión y relaciones entre ellos.

Considerando lo anterior, se propone un Sistema de Gestión de Calidad para la CRCSC conformado por una red de procesos relacionados entre sí, que fue abstraído a partir del organigrama dado en su esquema vertical clásico, desplazando esta estructura hacia los procesos; para lo cual se genera un mapa de procesos y otro desglosado para mayor detalle.

### **Mapa de procesos de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca**

Con líderes de proceso se realizan sesiones para aplicar el enfoque basado en procesos y generar el modelo de gestión de calidad de la CRCSC, logrando construir el mapa de procesos conformado por procesos: Estratégicos, Misionales y de Apoyo, como se muestra en la Figura 4.

El mapa de procesos considera:

Los procesos Estratégicos están constituidos por Gobierno Corporativo y Sistema de Gestión.

Los procesos Misionales: consistente de servicios de salud integrados al SGC: Consulta Médica General, Toma de Citología, Vacunación y Transporte Asistencial.

Los procesos de Apoyo: requeridos para desarrollar la misión y el funcionamiento de la institución.

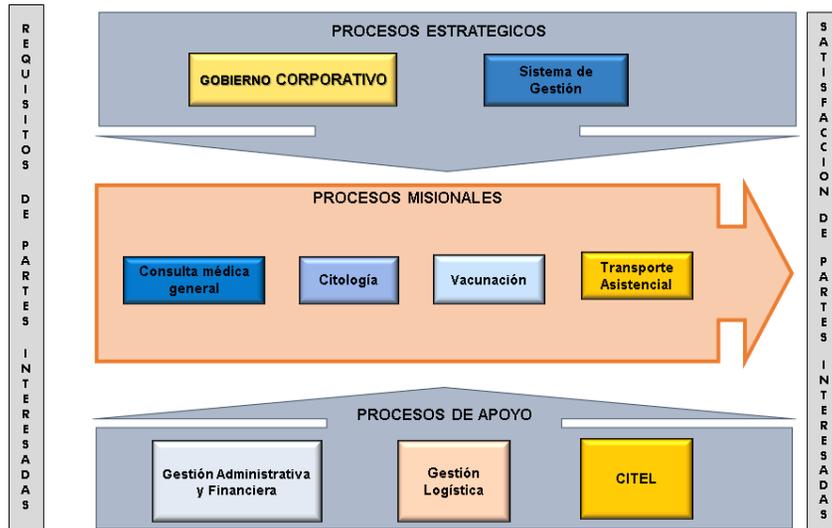


Figura 4. Mapa de procesos de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

**Nota:** la figura describe los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

### Mapa de procesos de salud desglosado

A medida que se logra mayor entendimiento del proceso con líderes, es posible desglosar los procesos en partes organizacionales que pueden ser documentados como procedimientos.

La norma ISO 9001:2015 propende por el cumplimiento de requisitos normativos, con el fin de integrar los procesos considerados en los estándares de habilitación de salud colombianos y los requisitos ISO, se propone un mapa desglosado en la en la Figura 5.

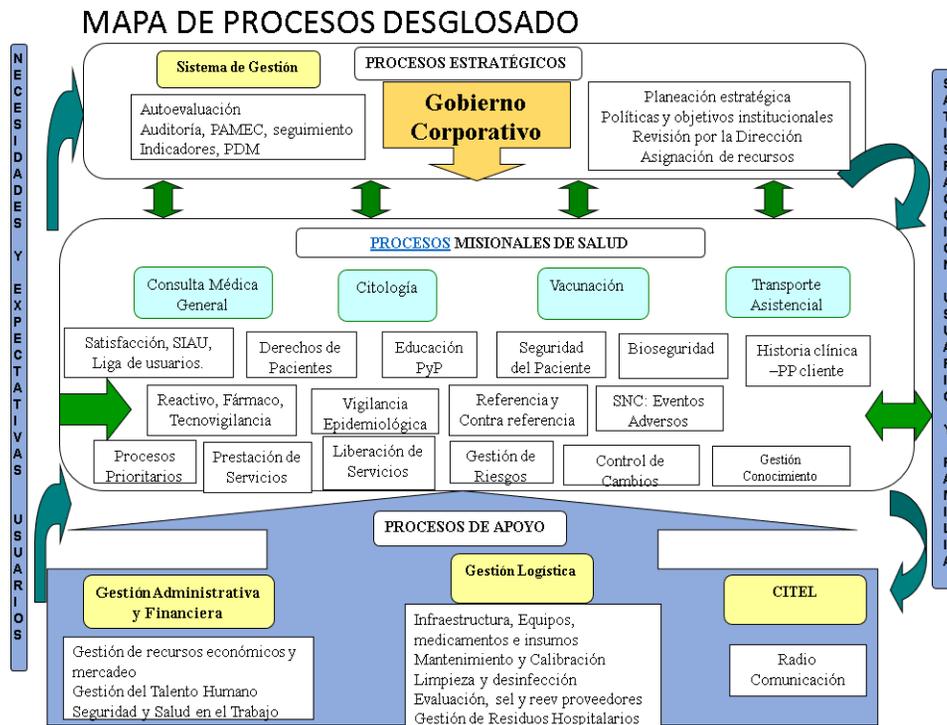


Figura 5. Mapa de Procesos desglosado de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

**Nota:** la figura desglosa subprocesos que integran los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

### Caracterización de procesos

La Figura 6 representa un proceso y muestra la interacción con sus elementos. Considera las entadas y salidas asociadas, las fuentes proveedoras y los receptores de las salidas y estima puntos de control requeridos para el seguimiento y la medición.



Figura 6. Representación esquemática de los elementos de un proceso.

**Nota:** la figura presenta el concepto de caracterización plasmado en la ISO 9001:2015.

Atendiendo los requerimientos del numeral 4.4.1, en Excel, se diseña un formato de caracterización de procesos, el cual es revisado y aprobado por Dirección Ejecutiva; se socializa a líderes de procesos y se diligencia para conservar como información documentada.

## **Apoyo - recursos para la implementación del SGC-soporte**

El numeral 7.1 de la ISO 9001:2015, establece que la organización debe identificar y brindar los recursos requeridos para la ejecución, el mantenimiento y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad.

Buscando el cumplimiento de requisitos de la normatividad colombiana en salud, se modelan los procesos de Apoyo, posteriormente en cada procedimiento de servicio de salud se establecen los requisitos de dotación establecidos por la normatividad colombiana.

## **Infraestructura**

### **Infraestructura**

La ISO 9001:2015 indica que la institución debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura que impacta en la calidad de la organización y que es necesaria para la producción de los servicios.

Conforme con los estándares de habilitación de infraestructura, el edificio de la Seccional debe contar con las condiciones idóneas para brindar los servicios de salud, conforme con Res 2003 de 2014, se establece un proceso de mantenimiento para garantizarlo.

Planear: establecer un cronograma de mantenimiento preventivo del edificio IPS.

Hacer: solicitar aprobación y proceder a su ejecución.

Verificar: se verifica el estado adecuado del edificio.

Ajustar: en caso de incumplir cronograma o defectos en el mantenimiento, se deben tomar acciones correctivas.

### **Insumos y Medicamentos**

Para el control y almacenamiento de insumos y medicamentos, se define un proceso basado en el ciclo PHVA:

Planear: verificar los requisitos de almacenamiento de insumos y dispositivos médicos según la normatividad colombiana; garantizando el orden y tiempo de vida por inventario semaforizado. En la planificación se realiza una selección de proveedores, para conocer calidad, precios y oferta.

Hacer: se establecen las condiciones de almacenamiento de temperatura y humedad de medicamentos y dispositivos médicos según la normativa adecuando sitios e incluyendo equipos como des humificador y aire acondicionado en caso de ser preciso, en el caso de vacunación la conservación de cadena de frío: se verifican alarmas INVIMA de medicamentos y dispositivos médicos; se procede a solicitar asignación presupuestal y se piden compran a los proveedores elegidos.

Verificar: se verifica el funcionamiento correcto de equipos requeridos en almacenamiento de insumos como neveras, refrigeradores, aire acondicionado, carros de paro, planta eléctrica; hacer la recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos,

verificando que lleguen los productos que se habían requerido. Si aplica se evalúa al proveedor.

Ajustar: en caso de no satisfacer en cantidad o calidad, se manifiesta al proveedor, haciendo devolución, cambio o solicitando garantía.

### **Dispositivos Médicos y Equipos Biomédicos**

Conforme a la Res 2003 de 2014, cada servicio de salud requiere de dispositivos médicos o equipos biomédicos indispensables, para su gestión se considera un proceso basado en PHVA, así:

Planear: establecer hoja de vida, manual de usuario, instructivo de limpieza, y un cronograma de mantenimiento preventivo y cuidado del equipo.

Hacer: solicitar aprobación del cronograma de mantenimiento; seleccionar proveedor, verificando su registro en el INVIMA y realizar mantenimiento.

Verificar: recepción de los dispositivos y equipos biomédicos, verificando su funcionamiento correcto.

Ajustar: en caso de presentar fallos en su funcionamiento, se manifiesta al proveedor, se recomienda que los informes de mantenimiento sean descriptivos, para lograr un historial detallado del estado de los equipos.

En la conservación de información documentada de este proceso, se organizan documentos soporte del inventario de equipos biomédicos consistente en 86 equipos, no obstante, alrededor del 80% tienen más de 10 antigüedad, llegando al límite de su vida útil, por tanto, no sólo es preciso realizar un mantenimiento preventivo periódico, sino planificar nueva adquisición, teniendo en cuenta la reserva de un rubro de inversión económica para adquirir de nuevo los equipos en futuro cercano.

Se recomienda empoderar a los colaboradores en la limpieza, desinfección, manejo e identificación de posibles riesgos de equipos biomédicos, proveniente de un proveedor certificado en Tecnovigilancia.

### **Recursos de seguimiento y de medición**

Conforme con los requisitos ISO 9001:2015 y la Res 2003 de 2014, se establece un proceso de Aseguramiento Metrológico, para garantizar que los equipos de medición y seguimiento ofrezcan datos fiables; se estructura un proceso según el ciclo PHVA, así.

Planear: establecer un cronograma de calibración de equipos. Seleccionar proveedor que esté registrado en la ONAC y refiere patrones metrológicos estandarizados por esa entidad.

Hacer: solicitar aprobación del cronograma y proceder a su ejecución.

Verificar: se solicitan los certificados de calibración y se hace recepción de los equipos.

Ajustar: en caso de incumplir el cronograma, evidenciar un mal funcionamiento de equipo o incumplimiento en entrega de certificados de calibración, se deben tomar acciones correctivas.

Con el apoyo de la Dirección Ejecutiva, se ejecuta el cronograma de calibración orientado a 43 equipos biomédicos de medición; se conservan los certificados de calibración y sellos respectivos. El proveedor del servicio es ICOL, quien presentó certificados de los patrones metrológicos que utiliza, avalados por la ONAC, garantizando la validez de las calibraciones.

## **Recursos TIC**

Hoy en día los recursos TIC se han convertido fundamentales en la prestación de servicios, por tanto, se recomienda considerar un proceso de Mantenimiento, que considere las etapas:

Planear: identificar el estado de recursos TIC con la ayuda de colaboradores y establecer un cronograma de mantenimiento preventivo de TIC.

Hacer: comunicar cuáles equipos requieren mantenimiento correctivo, solicitar aprobación del cronograma de mantenimiento y proceder a su ejecución.

Verificar: se solicita a colaboradores verifica el estado adecuado de los recursos TIC que han recibido mantenimiento.

Ajustar: en caso de incumplir cronograma o ante evidencia de fallos en el servicio de mantenimiento, se deben tomar acciones correctivas, notificando al proveedor.

Este proceso no se implementa; también, se recomienda ofrecer a los colaboradores capacitación en cuidado, limpieza, ralentización, malware, virus y mantenimiento, para preservar equipos en buen estado.

### **Gestión Ambiental**

La ISO 9001:2015 propende por el cumplimiento de requisitos normativos; en cuanto a normativa ambiental de residuos hospitalarios, se desarrolla una auditoría interna de requisitos ambientales colombianos; para las no conformidades, se ejecutó un plan de mejora, el cual fue aprobado por Dirección Ejecutiva, donde se construyó el cuarto de almacenamiento central de residuos, se adecuó la infraestructura al exterior de la sede para que permitiera realizar el estudio de vertimientos; se logró la aprobación de la política ambiental y la formulación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRH por parte del proveedor ASERHI; el PGIRH se integra al SGC, como un proceso de Apoyo.

## **Ambiente para la operación de los procesos**

En el numeral 7.1.4, la ISO 9001:2015 indica que la institución debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente adecuado para la prestación de sus actividades y servicios. Este ambiente puede basarse en condiciones sociales, psicológicas y físicas.

## **Clima organizacional**

En el diseño del SGC de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, se ha considerado importante garantizar un ambiente social y psicológico adecuado para los colaboradores, para lo cual se determina que la satisfacción de cliente interno y el cumplimiento de requisitos de Seguridad y Salud conllevarán a mantener el ambiente idóneo. Se estipula considerar un proceso que conste de las fases PHVA, así:

Planear: formular diagnóstico de clima organizacional temporal o mediante la prueba EDCO si se busca estrategias de clima organizacional a largo plazo.

Hacer: evaluar clima organizacional.

Verificar: con respecto de los resultados, implementar planes de mejoramiento de clima laboral.

Ajustar: cuando no sea posible ejecutar alguna de las fases del proceso, realizar análisis de causas y comunicar a Dirección Ejecutiva.

A nivel individual, se recomienda realizar un diagnóstico de riesgo psicosocial conforme a la Resolución 2646 de 2008, (debe hacerlo un psicólogo con licencia vigente en la prestación de servicios en psicología ocupacional) y con orientación profesional ejecutar planes de mejoramiento personal y ajustar siempre que sea preciso.

## **Seguridad y Salud en el Trabajo**

La ISO 9001:2015 propende por el cumplimiento de requisitos normativos; la Seguridad y Salud en el Trabajo es importante para las organizaciones: al revisar el tema, se identifican los comités de Convivencia y COPASST. Así como documentación requerida al sistema y un Plan Anual de SG-SST. Éste último se integra al SGC como un proceso de Apoyo. Es prioritario que la institución realice un esfuerzo efectivo para satisfacer los requisitos de normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.

## **Personas**

### **Gestión del Talento Humano**

El recurso más importante en las organizaciones es el Talento Humano, por tanto, merece de atención dentro de los SGC.

A groso modo, se define un proceso, basado en el ciclo PHVA para la gestión del talento humano, así:

**Planear:** determinación del personal requerido, mediante un estudio de demanda de servicios para establecer la capacidad a instalar; establecimiento de perfiles (conocimiento, formación o experiencia). La norma indica que la organización debe determinar los conocimientos necesarios del personal para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los servicios.

**Hacer:** evaluación y selección de personal a contratar; dar inducción, entrenamiento y plan de capacitación anual

**Verificar:** verificar que las personas cumplen el perfil requerido, estimar la validez de los soportes de la hoja de vida; evaluar capacitaciones o establecer otro método para determinar la efectividad de la formación.

**Ajustar:** conforme a los resultados formular plan de mejora y renovar plan de capacitaciones. En caso de evidenciar una persona contratada que no reúna el perfil, debe hacer un plan de mejoramiento para adquirir la competencia especificada.

Se documenta el proceso de Gestión de Talento Humano mediante un Manual de funciones y procedimientos.

Para el proceso de selección de personal, una pasante de psicología, realizó un análisis de perfiles de la mayoría de los cargos de planta, estableciendo: propósito del cargo, indicadores de cumplimiento, requisitos del puesto, conocimientos especiales,

competencias específicas del rol, competencias organizacionales, relaciones internas y externas, resultados esperados en el cuestionario psicológico Valanti y perfil psicológico esperado prueba Wartegg 16 campos.

### **Proceso de Evaluación por Competencias**

Se formula un proceso de Evaluación por Competencias, formación y toma de conciencia, que en resumen presenta las fases:

Planear: establece herramientas y colaborador que dirige la ejecución del proceso.

Hacer: se aplican las herramientas evaluación de perfil: autoevaluación de desempeño: evaluación integral de desempeño (evaluado por a) superior b) compañero o par c) subordinado

Verificar: consolidar los resultados de evaluaciones.

Ajustar: comunicar resultados y acciones derivadas: en caso de obtener competencia excelente: con resultados sobresalientes; competencia buena: es efectivo y eficiente existen pocas cosas por mejorar: competencia aceptable: se someterá a perfeccionamiento; para superar puntos débiles; competencia regular se formula plan de mejora y si es poca se puede considerar pérdida de cargo

## **Planes de formación y toma de conciencia**

Se formula un procedimiento, basado en las fases PHVA, así:

**Planear:** identificación de las necesidades de formación derivadas del diagnóstico de perfiles, de desempeño, la inclusión de nuevos procesos o tareas a desarrollar y según demanda para definir el plan de capacitaciones; solicitar recursos y establecer cronograma. A partir de la evaluación de perfil se debe establecer la formación que requieran las personas que no cumplan con la formación o conocimiento requerido y debe incluirse al cronograma de capacitaciones anual, para lograr lo considerado. Es importante priorizar temas de conocimiento de la organización y norma ISO.

**Hacer:** solicitar aprobación del plan de capacitaciones; realizar convocatoria; ejecutar plan de capacitaciones.

**Verificar:** como mecanismo de medición de eficacia de capacitaciones se sugiere la aplicación de evaluación pre y post y pruebas prácticas. practicado a los participantes, según el tema desarrollado. Se hace seguimiento a la aplicación de las técnicas, medidas, modelos y demás herramientas que se aportaron en la capacitación.

**Ajustar:** se ajusta la metodología del plan de capacitaciones, en caso de no brindar respuestas favorables.

## **Conocimientos inherentes al perfil**

Es importante contar con conocimientos suficientes y actualizados conforme al perfil requerido para su desempeño sea idóneo en la institución.

La Resolución 2003 de 2014 exige al personal asistencial adherencia a procesos prioritarios, para el logro de resultados y la satisfacción de usuarios.

La líder de proceso de Salud, estima importante considerar en el Plan de Capacitaciones: protocolo bioseguridad, protocolo de desinfección y esterilización, protocolo de prevención de caídas, manual de historias clínicas, consentimiento informado, riesgo médico legal relacionado con la historia clínica, protocolo, confidencialidad del paciente, protocolos o guías de atención de acuerdo con las patologías más frecuentes evidenciadas, protocolo de fármaco, reactivo, tecnovigilancia, eventos e incidentes adversos.

Se diseña el proceso de Educación Continuada como un programa. Para su implementación se ha considerado la metodología de curso virtual, ante la escasa disponibilidad del personal para su realización.

## **Conocimiento de la organización**

En cuanto a conocimientos de la institución, se establecieron dos cursos obligatorios al personal con validez de 2 años que se incluyen al plan de capacitaciones, son: El Mundo de la Cruz Roja y Stay Safe, ofrecidos en la plataforma del FICR.

## **Conocimientos ISO y toma de conciencia**

Es importante que la líder y colaboradores de proceso cuenten con conocimientos claros de la norma ISO y sean motivados y conducidos a apropiarse la cultura de la calidad.

Se recomienda considerar en el Plan de Capacitaciones:

1. Política, Objetivos de Calidad y alcance.
2. Ciclo PHVA.
3. Calidad esperada, Calidad realizada, Calidad alcanzada.
4. Satisfacción de cliente (9.1.2) Insatisfacción de Cliente y Entusiasmo de Cliente.
5. Información documentada (7.5)
6. Información que se comunica y SIAU.
7. Quejas, clasificación de quejas por impacto.
8. Conformidad, Servicio No Conforme, Acción Correctiva, Corrección. (8.7) Evento adverso
9. Matriz de comunicaciones (7.4).
10. Auditoría interna (9.2), requisitos de habilitación

## **Toma de conciencia y compromiso**

Según la ISO 9001:2015, la institución debe asegurarse de que las personas tomen conciencia de: la política y objetivos de calidad, su contribución a la eficacia del SGC, incluyendo una mejora del desempeño y las implicaciones del incumplimiento de los

requisitos del SGC. Es recomendable propiciar una cultura de calidad donde sea posible apropiar la filosofía de calidad total en que se basa la norma, para incrementar la comprensión y facultar la implementación de métodos de gestión eficaces en la institución.

El éxito en la implementación de SGC depende del compromiso de los colaboradores. Con el impulso de la Dirección de la CRCSC, durante dos meses, se ejecuta una campaña Motivacional denominada “Yo Me Comprometo” que permitió sensibilizar, de forma dinámica y educativa los siete principios de Calidad de la ISO 9001:2015; en la cual, cada líder de proceso planificó y ejecutó una sesión de 40 minutos, para dar a conocer un principio a los participantes; cada líder debía formular mensajes claves y generar una reflexión relacionada, Figura 7:

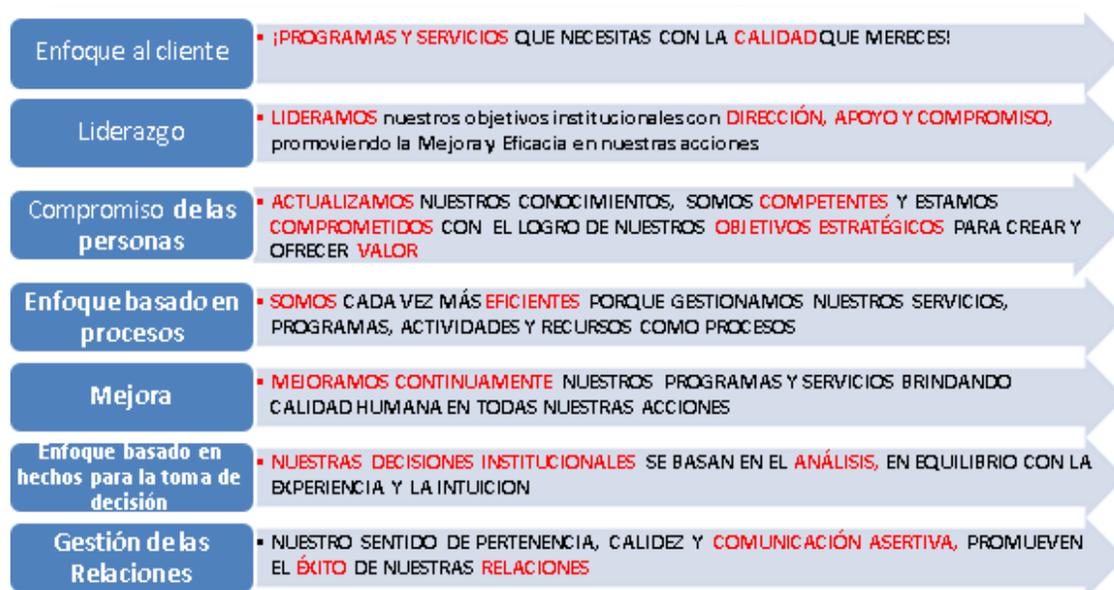


Figura 7. Principios de calidad apropiados en la Seccional Cauca.

**Nota:** la figura exhibe los mensajes clave asociados a los siete principios de calidad de la ISO 9001:2015, contruidos por líderes de proceso y colaboradores de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Es recomendable identificar y ejecutar estrategias motivacionales que motiven al personal y promuevan la cultura de calidad en las organizaciones.

## **Recursos Económicos**

La ISO 9001:2015 en su numeral 7.1 establece que la institución debe estipular y proporcionar los recursos en términos de personas, infraestructura y ambiente para la ejecución de operaciones, no obstante en cuanto a recursos financieros depende de la organización considerar lo necesario para ingresar en el Sistema de Gestión de Calidad para el sostenimiento y funcionamiento de la misma y de otra parte la norma propende por la satisfacción de la normatividad colombiana, por tanto, se recomienda ingresar lo concerniente a impuestos y condiciones laborales.

Se propone a Dirección Ejecutiva, revisor fiscal y contadora, una batería de indicadores financieros conformada por: 1) Venta de servicios 2) Suficiencia patrimonial 3) Obligaciones mercantiles 4) Obligaciones laborales 5) Solvencia 6) Endeudamiento 7) Liquidez 8) Capital de trabajo 9) EBITDA

Para un análisis financiero según el ciclo PHVA, se recomienda:

Planear: solicitar autorización para estudio financiero y los requeridos a unidades de negocio, para cada servicio de salud de la IPS.

Hacer: realizar un estudio de utilización de la capacidad de servicios de salud con el punto de equilibrio de cada servicio analizar la información obtenida. Recopilar precios de servicios de salud de competidores. Consolidar necesidades y expectativas de clientes actuales y potenciales.

Verificar: verificar la capacidad utilizada versus la instalada. Analizar precios y ventaja competitiva de la competencia. Analizar la proporción de satisfacción de necesidades y expectativas de clientes actuales y potenciales.

Ajustar: aplicar programa de mercadeo (servicios, paquetes promocionales y precios atractivos) para clientes actuales y potenciales.

## Acciones para abordar riesgos y oportunidades

Conforme con la norma ISO 9001:2015, la institución debe basarse en un enfoque basado en riesgos y Oportunidades para la planificación e implementación de los procesos del sistema de gestión de la calidad.

En Excel se construye una matriz de Riesgos y Oportunidades que contiene:

Para abordar riesgos:

1. Identificación del riesgo (descripción del riesgo, causa y efecto).
2. Clasificación del riesgo según tipo de proceso.
3. Controles existentes (preventivo o correctivo).
4. Valoración del riesgo (Impacto y probabilidad, resultado)
5. Clasificación del riesgo.
6. Acciones para abordar el riesgo (tipos de acciones a tomar, determinación de acciones, responsables, programación)
7. Evaluación de la eficacia: valoración del riesgo luego de la implementación de acciones (impacto, probabilidad, resultado) y reclasificación del riesgo

Para abordar oportunidades:

1. Nombre de la oportunidad
2. Descripción.
3. Acción de aprovechamiento.

4. Responsables
5. Programación de acciones.
6. Cumplimiento de acciones (si/no)
7. Eficacia de la acción (si/no)

La herramienta fue revisada y aprobada por Dirección Ejecutiva; comunicada a líderes de proceso y dueños de los servicios de consulta médica, citología, vacunación y transporte asistencial. Pendiente socializar a la Junta Directiva y realizar el ejercicio respectivo para objetivos estratégicos.

## **Satisfacción**

La ISO 9001:2015, en el numeral 9.1.2 enuncia que la organización debe realizar seguimiento a las percepciones y el grado de cumplimiento de necesidades y expectativas de clientes y debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar a información (ISO, 2015).

### **Medición y seguimiento de la satisfacción de beneficiarios y usuarios**

Con el fin de garantizar la satisfacción de necesidades y expectativas, se formula un proceso basado en el ciclo PHVA, así:

**Planear:** determinar y disponer la herramienta de medición de satisfacción, tamaño de muestra, frecuencia y metodología

**Hacer:** capacitar a los dueños de proceso que vayan a aplicar la encuesta. Convocar a usuarios de la IPS a ser cuestionados.

**Verificar:** tabular resultados y determinar si cumplen la meta esperada.

**Ajustar:** en caso de incumplir la meta deseada un mes, notificar a líder de proceso; si falla por dos meses consecutivos realizar acción correctiva; si falla tres meses consecutivos, realizar análisis de causa y plan de mejora.

Se formula una encuesta siguiendo la cadena de valor de prestación del servicio; se realiza mediante formulario en línea para evitar el uso de papel. Los resultados arrojados son favorables, superando la meta establecida del 90% de satisfacción

### **Tratamiento de PQRSF**

Se propone una metodología para el manejo de quejas y reclamos para los diferentes servicios de Salud, basado en el ciclo PHVA:

Planear: establecer formato de recepción de PQRSF y buzón de sugerencias.

Hacer: socializar a usuarios sobre la función del buzón; realizar apertura de buzón semanalmente y registrar los hallazgos en acta de apertura de buzón;

Verificar: validar que el PQRSF sea válido, verificando en la base de datos que la persona haya sido atendida; hablando con los dueños de proceso acreedores y realizando llamada telefónica al usuario.

Actuar: tomar medidas ante el tipo de PQRSF.

Se diseña un Excel para consolidar la matriz de PQRSF y conservar como información documentada.

## **Servicio de Información y Atención al Usuario -SIAU**

Con el fin de mejorar la prestación del servicio y brindar una atención con calidad humana, reflejo de la Cruz Roja; se propone un servicio de información y atención al usuario, basado en el ciclo PHVA, así:

**Planear:** organizar documentos y folletos con la información a comunicar a usuarios y beneficiarios de los servicios de salud como: qué es la Cruz Roja, cual es el portafolio de servicios, horarios, canales de comunicación, requisitos para recibir servicio, costos, derechos y deberes de los usuarios, posibles eventos adversos, buzón de sugerencias.

**Hacer:** asignar turno; enrutar a los usuarios y/o beneficiarios, hacia el/los servicios que necesita. Resolver inquietudes o dificultades que presente en el momento de solicitar el servicio.

**Verificar:** comprobar que el usuario tiene turno, ha podido facturar, ha recibido el servicio, procurando la satisfacción.

**Ajustar:** en caso de insatisfacción o fallos del servicio, intervenir para resolver los problemas que se presenten.

Los procesos anteriores se documentan en un procedimiento denominado SIAU, el cual es revisado por la líder de proceso de Salud y aprobado por Dirección Ejecutiva y socializado a colaboradores de la IPS.

## Información documentada

Conforme al numeral 7.5 de la ISO 9001:2015 se estructura un procedimiento de información documentada, con el cual es posible crear, revisar, aprobar y controlar los documentos que integran el SGC.

Con relación al numeral 7.5.2 a): se asignan siglas para identificar el proceso al que pertenecen los documentos y el tipo de documento, así como su fecha de aprobación.

Figura 8. Siglas de identificación de documentos.

<b>GB:</b> Gobierno Corporativo	<b>GC:</b> Gestión de Calidad.
<b>GA:</b> Gestión Administrativa y Financiera	<b>ST:</b> Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>SA:</b> Salud	<b>GA:</b> Gestión Ambiental
<b>SO:</b> Socorro	
<b>GL:</b> Gestión Logística	

**SIGLAS DE DOCUMENTOS:** Se asignan siglas a la diferente estructura documental que se encuentra en el Sistema de Gestión, los cuales harán parte de la codificación:

<b>PR:</b> Procedimiento	<b>GI:</b> Guías.
<b>FO:</b> Formato.	<b>PL:</b> Planes
<b>IN:</b> Instructivo	<b>MA:</b> Manual
<b>PG:</b> Programa	<b>IF:</b> Informe
<b>MP:</b> Mapa	<b>PT:</b> Protocolo
<b>AC:</b> Actas	<b>MT:</b> Matrices
<b>FT:</b> Ficha técnica	<b>PO:</b> Política
<b>FL:</b> Folletos	<b>RG:</b> Reglamento

Fuente: Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca, 2020.

Y la siguiente estructura para la codificación de documentos: XX- XY- XZ

XX: Abreviatura del proceso.

XY: Tipo de documento.

XY: Consecutivo.

Ejemplo: SA-FO-02: este código hace referencia al formato 02 del proceso de Salud.

Se estructura esta codificación para que aplique a todo el sistema de gestión, en el cual tenga el alcance de SG: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, previendo que a futuro la institución considera contar con un SGC integrado.

En el encabezado de los documentos se considera: 1) Símbolo institucional, con el texto “Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca” en Times New Roman, acogiéndose a los lineamientos de imagen corporativa dictadas por la SNCRC. 2) Nombre del proceso 3) Nombre del documento 4) Código 5) Versión 6) Fecha de aprobación. 7) Página de inicio-fin.

Con el fin de satisfacer el numeral 7.5.2, en la parte inferior de la última hoja de documentos se indica: 1) Revisado por 2) Aprobado por. Con el fin de garantizar la propiedad intelectual del autor se incluye el ítem 3) Elaborado por.

Considerando que la misión organizacional clave del SGC es la prestación de servicios de salud, se considera el siguiente cuerpo de documentos:

	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO
<b>ENCABEZADO</b>	X	X
<b>OBJETIVO / PROPOSITO</b>	X	X
<b>ALCANCE</b>	X	X
<b>RESPONSABILIDAD</b>	X	X
<b>DESARROLLO</b>	X	X
<b>DOCUMENTACION APLICABLE</b>	X	X
<b>REGISTROS</b>	X	X
<b>DEFINICIONES</b>	X	X
<b>CASILLAS DE CONTROL</b>	X	X

Figura 9. Cuerpo de documentos.

**Nota:** la figura describe los ítems considerados para procedimiento e instructivo, según el procedimiento de información documentada de la IPS de la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Para cumplir el numeral 7.5.3 de control de documentos, se considera:

- 1) Se protegen los documentos incorporándole una clave para evitar cambios involuntarios y a su vez poder facilitar la actualización posterior de los mismos
- 2) Se preservan en una carpeta de Google Drive File
- 3) La distribución de documentos se realiza, mediante correo institucional en línea donde sólo tienen acceso los colaboradores que requieren la información, si son dueños de proceso pueden editar y si son usuarios de información sólo pueden verlos
- 4) Las actualizaciones de documentos que tengan lugar, son comunicadas mediante correo electrónico y en los documentos en la casilla de control.

El procedimiento es revisado y aprobado por Dirección Ejecutiva, para ser comunicado por correo y mediante asesoría a la líder del proceso de salud (enfermera jefe) y “dueños de procesos” (personal asistencial) de la IPS.

Los generadores de documentos pueden solicitar directamente la aprobación a Dirección Ejecutiva, o usando como puente la coordinación de calidad; los documentos aprobados o actualizados se divulgan mediante correo electrónico.

Se tiene el control de los documentos ingresados al sistema mediante la aplicación del formato de creación, actualización y anulación de documentos. En casos que se desee ingresar no individual sino una serie de documentos se considera “Acta de ingreso de documentos” a través de la cual es posible incorporar un grupo de archivos y facilitar el ingreso y trámites.

Los documentos se protegen con contraseña para evitar cambios involuntarios y aprovechando los recursos informáticos disponibles, como estrategia se conservan en la nube en File Stream de Google Drive, con acceso de editor y lector, por procesos, según el caso.

El procedimiento fue apropiado, no sólo por personal asistencial sino en procesos Estratégico y de Apoyo, donde fue posible consolidar e ingresar al SGC alrededor de 100 documentos provenientes de la IPS.

Para garantizar el control de documentos se considera un listado maestro de documentos y de documentos externos y una vez se profundiza en los procesos, se procura la consolidación del listado maestro de registros.

La ISO 9001:2015 propende por lograr el cumplimiento de requisitos normativos, por esta razón es importante que la institución aplique las normas de archivo vigentes para la conservación de documentos en archivo físico e inventario y derivadas de normatividad colombiana en salud.

## Conclusiones

Se diseña un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos, pensamiento basado en riesgos y satisfacción para la Cruz Roja Colombiana Seccional Cauca.

Es necesario continuar con la etapa de verificación del SGC a través de la auditoría interna y externa, la revisión por la dirección y planes de mejoramiento derivados.

Es vital el liderazgo de la Alta Dirección de la institución en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, así como el conocimiento en la norma y la toma de conciencia en los colaboradores, que propendan por el establecimiento de una cultura de calidad, el mejoramiento continuo, enfoque a procesos y riesgos.

Es recomendable que el Sistema de Gestión de Calidad cuente con información significativa para el análisis financiero de la institución.

Es importante que la institución vele por el cumplimiento de requisitos normativos de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente colombianos y que dichos lineamientos se articulen al Sistema de Gestión de Calidad.

Se recomienda que en el diseño de Sistemas de Gestión de Calidad se integren requisitos en estándares de calidad normativos asociados al producto o servicio, con los requisitos ISO 9001:2015, para delimitar los requerimientos con eficiencia.

## **Recomendaciones**

Para mejorar el diseño del SGC, es necesario realizar inspecciones periódicas de los cambios en la normatividad que afecten las condiciones del contexto o la ejecución de procesos y establecer planes para el cumplimiento de requisitos normativos.

Dado que la integración se dio con la Resolución 2003 de 2014, es preciso actualizar a la Resolución vigente y del mismo modo, por ejemplo, el proceso de Satisfacción puede mejorarse considerando acciones que se articulen a políticas específicas vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social (MIAS-RIAS-MAITE), yendo más allá de los requisitos de habilitación.

## Referencias bibliográficas

Aguilar, A.. (2006) Gestión de la Calidad en las bibliotecas: norma ISO 9001.

Obtenido de <http://www.absysnet.com/tema/tema63.html>.

Cancio, V (2006). Calidad. ¿Solo ISO 9000?. Revista Betsime. Mayo-Agosto.

Obtenida d [http://www.betsime.disaic.cu/secciones/tec\\_mj\\_06.htm#1](http://www.betsime.disaic.cu/secciones/tec_mj_06.htm#1).

Calvo, A., Leal, A. y Roldán, J. (2006). Using enablers of the EFQM model to management institutions of higher education, *Quality Assurance in Education*, 14 (2), 99- 122

Cantón, I. y Morán, C. (2010). Levels of Self-Efficacy among Harassed Teachers.

*International Journal of Digital Literacy and Digital Competence*, 1(2), pp. 48-56.

Fontalvo, H (2000). La gestión avanzada de la calidad: metodologías eficaces para el diseño, implementación y mejoramiento de un sistema de gestión de la calidad, Corporación para la gestión del conocimiento ASD 2000

ISO (2015). ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad Requisitos. Kerguelén.

Carlos; (2008). Calidad en Salud en Colombia. Retrieved August 1,

2020, from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA.pdf>

- Guerra, R. Jaya, A. (2016) “El papel de los Stakeholders en la gestión de la calidad universitaria: el enfoque de la ISO 9001:2015”, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 5(12) 2016, 1-15
- López, R. (2001). *Modelo Europeo de Excelencia*. Barcelona, España.
- Rincón, R. D. (2012). Modelo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001. *Revista Universidad EAFIT*, 38(126), 47–55.
- Retrieved from <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/view/947>
- Rocha, C (2013) Las certificaciones de calidad en instituciones prestadoras de salud, garantía discutible de mejoramiento. Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas.
- Universidad Manuela Beltrán. (2016). Liderazgo Organizacional. *Universidad Abierta Interamericana*. Bogotá, Colombia.
- Verboom, D. (2007). The ISO 9001 Quality Approach: Useful for the Humanitarian Aid Sector? Obtenido de <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/AllDocsByUNID/25f9cf5a7c0b4ab0c1256b4b00367719>.