

DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA. A TRAVÉS DE LA INTEGRACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD



INTEGRANTES

Ing. HERNANDO GARZÓN SÁENZ
Ing. YOBANIS RODRIGUEZ MALAMBO

DIRECTOR DE TRABAJO INTEGRADOR

Ing. HUMBERTO QUINTERO

ASESOR

MD PSIQUIATRA AMAURY GARCIA BLANCO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA PRODUCCIÓN Y LA CALIDAD
CORTE II2P2008
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2012

**DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE
HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA. A
TRAVÉS DE LA INTEGRACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD**

INTEGRANTES

**Ing. HERNANDO GARZÓN SÁENZ
Ing. YOBANIS RODRIGUEZ MALAMBO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA PRODUCCIÓN Y LA CALIDAD
CORTE II2P2008
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2012**

*Este trabajo es dedicado a todas las personas
que con su esfuerzo, paciencia y sabiduría colaboraron
para el logro de este proyecto.
Principalmente a Dios, a nuestras esposas e hijos.
Gracias.*

*Hernando Garzón Sáenz
Yobani Rodríguez Malambo*

PAGINA DE ACEPTACIÓN

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, 4 de Septiembre de 2012

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
3.1. OBJETIVO GENERAL	10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. MARCO REFERENCIAL	11
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	11
4.2. MARCO TEORICO	16
4.2.1 La planeación estratégica.	19
4.2.2. Sistema de Gestión de la Calidad Según la Norma ISO 9001:2000	24
4.2.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud (SOGCS).	27
4.2.3. Acreditación en salud (Resolución 1445 de Mayo de 2006).	28
4.2.4. Sistemas integrados de Gestión de la Calidad.	30
4.3. MARCO CONCEPTUAL	41
4.3.1. Conceptos básicos usados por la ISO 9001:2000.	41
5. CONTEXTUALIZACION DE LA CLINICA PSIQUITRICA DE LA COSTA	45
5.1 IPS DE NATURALEZA PRIVADA. VIGENCIAS 05 NOV. 2013	45
5.2 ACTIVIDAD ECONOMICA.	46
5.3 SERVICIOS HABILITADOS: Mediana Complejidad.	46
5.5 HABITACION	47
5.6 HORARIOS Y LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	47
5.8 HOSPITAL DIA	48
5.8.2 Objetivo	48
5.9 SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA SALUD MENTAL	49
5.10 PROMOCION Y PREVENCION.	49
6. DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	50
7. DOCUMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS Y NECESARIOS DE ACUERDO A LOS REQUISITOS ISO 9001:2008 – RESOLUCION 1445 DE 2006	92
8. REGISTROS Y FORMATOS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA	108

9. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Y NORMA ISO 9001:2008	125
10. PLANES DE ACCIÓN EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA.	130
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	144
12. BIBLIOGRAFIA	146
13. ANEXOS	150

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de relación ISO 9001:2008 - estándares de acreditación	32
Tabla 2: Caracterización del proceso de hospitalización	99
Tabla 3: Indicadores de Gestión de la Clínica Psiquiátrica de la Costa	126
Tabla 4: 5w-2h herramienta plan de acción	130
Tabla 5: REGISTRO FLUJO DE PACIENTES AÑOS 2007 – 2011	151
Tabla 6: Resumen diagnostico proveedores EPS COOMEVA	154

INDICE DE GRAFICAS

Grafico 1. Sistemas de gestión ISO 9000:2000	25
Grafico 2. ruta crítica para el proceso de acreditación en salud	30
Grafico 3: Mapa de procesos de la clinica psiquiatrica de la costa	98
Grafico 4: Comportamiento de la demanda CSC 2007 – 2011	153

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones hoy día se encuentran regidas por sistemas de calidad y teniendo en cuenta que puede ser interpretada como el grado en el que el servicio de atención en salud mental cumple con las especificaciones, para esto es necesario realizar mediciones de diferentes variables, y determinar si se cumple con los requisitos solicitados y de no ser así establecer planes de mejora para conseguir la meta deseada.

Toda esta complejidad existente con relación al diseño e implementación de Sistemas de Calidad conlleva a implementar sistemas eficientes, que les permita gestionar en beneficio de toda la comunidad la mejor prestación del servicio, y producir resultados eficientes, eficaces y confiables.

El Diseño de un sistema de gestión de calidad, bajo la norma Internacional ISO y los parámetros de ACREDITACION requiere de un gran trabajo por todo el equipo, sacrificio y esfuerzos que más tardes se verán recompensados con el éxito, superando las dificultades presentadas.

El presente trabajo tiene por objeto diseñar el sistema de gestión de la calidad del proceso de hospitalización de la *Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda.*, mediante el cumplimiento de los requisitos normativos a la vez que proporciona una orientación para la aplicación de otros estándares dentro de la organización, utilizando el presente trabajo como punto de partida para la certificación y acreditación. En función de estos planteamientos, la CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, contexto donde se adelanto la presente investigación, y pueda aplicarlos y dar alcance a los objetivos de calidad, para lo cual requiere que cumpla con los requisitos de LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD, lo que a su vez le permitirá a la institución obtener resultados eficientes, eficaces, válidos, confiables y oportunos.

Por tal motivo se estableció que la clínica requiere de la intervención en materia de gestión de procesos para que siendo estos confiables se pueda determinar y asegurar resultados satisfactorios, que de la misma forma conlleven a superar las expectativas en lo relacionado con la prestación del servicio. Igualmente es importante resaltar que este trabajo presenta la planificación del servicio a clientes para mantener la interacción con otros procesos.

En resumen, se requiere el diseño de un sistema integrado de calidad que se fundamente los estándares de la norma Internacional ISO 9001:2008 y los parámetros de ACREDITACION en salud para la futura implementación del mismo, con miras al mejoramiento continuo del proceso del proceso de hospitalización.

Es entonces necesario plantear que la presente investigación tiene como objetivo proponer un **DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA. A TRAVÉS DE LA INTEGRACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD.**

El trabajo está planteado como punto de inicio de la puesta en marcha del éxito competitivo de la clínica, basados en la investigación documental, de campo y descriptiva.

La información obtenida, es confidencial y de uso exclusivo de la clínica, algunos datos que se presentan se encuentran autorizados por el representante legal de la empresa, socios, y accionistas de la misma.

El trabajo contiene cinco capítulos que se describen parcialmente a continuación:

1. El Capítulo I, Se desarrollara un diagnostico, basados en la integración de los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2008 – y la resolución 1445 de 2006, que permitan evidenciar el grado de cumplimiento de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., en referencia a los estándares citados.

2. El Capítulo II "DOCUMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS Y NECESARIOS DE ACUERDO A LOS REQUISITOS ISO 9001:2008 – RESOLUCION 1445 DE 2006", se describen los documentos correspondientes a procedimientos mandatorios y necesarios de acuerdo a parámetros ISO – ACREDITACIÓN para el proceso en referencia.

3. El Capítulo III "DISEÑO DE REGISTROS OBLIGATORIOS Y NECESARIOS BASADOS EN LA NORMA ISO 9001:2008 – RESOLUCION 1445 DE 2006, se establecen y diseñan los registros que proporcionarían evidencias de que el procedimiento de hospitalización se encuentra en cumplimiento con lo estipulado en la norma ISO 9001:2008 y en la resolución 1445 de 2006, e igualmente marcar la trazabilidad del proceso de hospitalización.

4. El Capítulo IV "DEFINICION DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADOS EN LA NORMA ISO 9001:2008 Y LA RESOLUCION 1445 DE 2006", se describen indicadores de gestión, basados en la norma ISO 9001:2008 y la resolución 1445 de 2006, que contribuyan a la medición y mejora del proceso de hospitalización de la Clínica.

5. El Capítulo V "ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE ACCION BASADO EN LA HERRAMIENTA 5W – 2H", constituye el planteamiento de un plan acción apoyados en la herramienta 5W – 2H, para una futura implementación de estos estándares en el proceso de hospitalización.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Proceso de Hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda. A través de la integración de la Norma ISO 9001:2008 y los Estándares de Acreditación para el sector salud con miras a la implementación del mismo para mejorar y mantener la calidad del servicio.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diagnosticar PARAMETROS ISO – ACREDITACIÓN, a través de Check List, que permita evidenciar el grado de cumplimiento presente en la institución con referencia a la norma ISO 9001:2008 y resolución 1445 de 2006.
2. Documentar procedimientos obligatorios y necesarios de acuerdo a parámetros ISO – ACREDITACIÓN para el proceso de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la Costa.
3. Diseñar Registros obligatorios y necesarios, estipulados por la norma ISO 9001:2008 y la resolución 1445 de 2006, con el objetivo marcar la trazabilidad del proceso de hospitalización.
4. Definir indicadores de gestión, basados en la norma ISO 9001:2008 y la resolución 1445 de 2006, que ayuden a medir y mejorar el proceso de hospitalización de la Clínica.
5. Establecer un plan acción apoyados en la herramienta 5W – 2H, para una futura implementación de estos estándares en el proceso de hospitalización.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Después de 1945, Japón quedó destruido debido a las consecuencias de la guerra, por lo que debió comenzar su reconstrucción. Para ello, optó por enviar a sus ingenieros y técnicos a occidente para aprender las características de los sistemas de fabricación que empleaban las compañías más exitosas e invitó a los mejores expertos de Europa y EE.UU. (entre ellos, Edward Deming) para que les enseñaran las modernas técnicas de fabricación tendientes a lograr bajos costos y gran nivel de calidad.¹

Para la década del 60, casi todas las empresas japonesas estaban trabajando con los nuevos sistemas de manufactura y comenzaban a competir seriamente con los productos que tradicionalmente eran de manufactura europea o norteamericana. Esto provocó una pérdida de mercado en varios sectores y países, por lo que hace que las empresas occidentales envíen a sus ingenieros a Japón para que estudien sus procesos de manufactura.

En los setenta, Japón sigue desarrollando y volviendo más eficaces sus sistemas productivos resultando cada vez más competitivos en cuanto a calidad, costo, diversidad y cumplimiento en las entregas.²

Y ya para esta época (años 70') tanto Europa como los EE.UU. en base a lo aprendido de los modernos sistemas de manufacturas japoneses comienzan a desarrollar modelos adaptados a sus respectivos países y a sus posibilidades

¹ ESCALERA, G.; PASCUAL, M. (2004): "La normalización y certificación como ventaja competitiva para la empresa española", Boletín Económico de ICE. N° 2820, octubre 2004. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, Madrid.

² MCDONALD, M.; MORS, T.; PHILLIPS, A. (2003): "Management System Integration: Can it be one?", Quality Progress, Vol. 36, No. 10, pp. 67-74.

con la intención de “interceptar” y sobrepasar a la industria japonesa en un período de tiempo lo más corto posible.

Todo esto produjo que en oriente como en occidente se iniciara a establecer términos o conceptos que hicieran a las empresas efectivas, eficientes y eficaces, y a la vez que satisficiera a sus clientes, que es lo que llamamos La Calidad Total; es el nivel más evolucionado dentro de las muchas transformaciones que ha sufrido el término “Calidad” a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en los inicios se hablaba de Control de Calidad, que se basa en técnicas de inspección aplicadas a la producción. Posteriormente nace el Aseguramiento de la Calidad, fase que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado. Finalmente se llega a lo que hoy en día se conoce como Calidad Total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de Mejora Continua.³

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización y logra involucrar a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente. Cabe aclarar que la Calidad Total es aplicable a cualquier tipo de organización y que no debe tomarse como objetivo de la empresa o como una moda efímera sino como una herramienta de la administración inteligente.

En 1992 la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad E.F.Q.M. presenta el Premio Europeo a la Calidad para empresas europeas. Para otorgar este premio, se utilizan los criterios del Modelo de Excelencia Empresarial, o Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total, divididos en dos grupos: los cinco primeros son los Criterios Agentes, que describen cómo se consiguen los resultados (debe ser probada su evidencia); los cuatro últimos son los Criterios de Resultados, que describen qué ha conseguido la organización (deben ser

³• ROJAS, Moya, Jaime Luís. Gestión Por Procesos Y Atención Al Usuario En Los establecimientos Del Sistemanacional De Salud. Ed. Eumed.Net, La Paz (Bolivia), 2007.

medibles). Los nueve criterios son los siguientes: 1. Liderazgo, 2. Estrategia y planificación, 3. Gestión del personal, 4. Recursos, 5. Sistema de calidad y procesos, 6. Satisfacción del cliente, 7. Satisfacción del personal, 8. Impacto de la sociedad y 9. Resultados del negocio.

Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Auto evaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

Con el SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD se evoluciona el Control de Calidad, ya que el mismo era poco eficaz para prevenir la aparición de defectos. Es por ello que fue necesario crear sistemas de calidad que incorporen la prevención y que sirvieran para anticipar los errores antes de que estos se produjeran. El objetivo de un sistema de calidad es el de garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente.

En Colombia se establece el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) creado el 10 de mayo de 1963, por 18 personas, la mayoría de ellos empresarios, liderados por el Ingeniero Javier Henao Londoño, quien abandera los procesos de calidad en nuestro país. El cual se establece como un organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia. Está conformado por la vinculación voluntaria de representantes del Gobierno Nacional, de los sectores privados de la producción, distribución y consumo, el sector tecnológico en sus diferentes ramas y por todas aquellas personas jurídicas y naturales que tengan interés en pertenecer a él.

En el campo de la normalización, la misión del Instituto es promover, desarrollar y guiar la aplicación de Normas Técnicas Colombianas (NTC) y otros documentos normativos, con el fin de alcanzar una economía óptima de conjunto, el mejoramiento de la calidad y también facilitar las relaciones cliente-proveedor, en el ámbito empresarial nacional o internacional.

Este instituto (ICONTEC), como Organismo Nacional de Normalización (ONN) representa a Colombia ante organismos de normalización internacionales y regionales como la Organización Internacional de Normalización (ISO), la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC), y la Comisión Panamericana de Normas de la Cuenca del Pacífico (COPANT).

Adicionalmente, el Instituto es miembro activo de los más importantes organismos regionales e internacionales de normalización, lo cual le permite participar en la definición y desarrollo de normas internacionales y regionales, y así estar a la vanguardia en información y tecnología. Es un organismo de certificación con cubrimiento mundial, gracias a su vinculación a la Red Internacional de Certificación, IQNet (red que integra a las entidades certificadoras más importantes, con más de 150 subsidiarias alrededor del mundo y con cuarenta acreditaciones).

El Instituto tiene un alcance y cobertura internacional, porque cuenta con oficinas en Ecuador, Perú, Chile, Guatemala y El Salvador; y representaciones en Panamá, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

En Colombia en el año de 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que *“la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”*, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud

pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el avance y la mejora continua de nuestro sistema de salud aparece el decreto 1011 de abril de 2006, que surgió a nivel nacional en lo referente al sector salud a través del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud (SOGCS), el cual estipula los elementos mínimos necesarios para prestar servicios clínico – hospitalarios de calidad, este incluye (3) resoluciones y (un) lineamiento, los cuales son: la resolución 1043 de abril de 2006, que nos habla de unos requisitos mínimos para prestar el servicio y de ser así, se hablara que la institución se encuentra habilitada, 2. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. (PAMEC) que nos habla de ciertos lineamientos para realizar auditorías encaminadas a desarrollar acciones preventivas y en su defecto establecer acciones correctivas, para el buen funcionamiento de la institución y asegurar la calidad establecida, 3.La resolución 1445 de mayo de 2006, que nos habla sobre unos estándares de mayor calidad y son requisitos más exigentes que impactan de manera positiva en la calidad del servicio brindado. Lo cual se entiende como Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 4210 de la Ley 715 de 2001 y 4. La Resolución 1446 de mayo de 2006. (Sistema de Información para la Calidad). Que establece que las instituciones de salud y el ministerio de salud deben estar en constante retroalimentación para trabajar de la mano y establecer acciones preventivas y correctivas hacia y para la comunidad.

4.2. MARCO TEORICO

El Control de Gestión como función importante de la administración, ha ido evolucionando con el tiempo, a medida que la problemática organizacional plantea nuevas necesidades (Blázquez, 2000). Así mismo, también deberían hacerlo las herramientas empleadas a tal efecto para la toma de decisiones. El Control de Gestión se mueve en tres dimensiones: estratégica, operativa y económica; donde la empresa configura sus decisiones estratégicas, mediante el análisis interno y externo del entorno; evalúa la implementación de las decisiones operativamente, verifica el cumplimiento de los procedimientos y procesos y realiza los análisis económicos, sobre la base de un sistema informativo (SI), eficiente, oportuno y eficaz, que permita la corrección de las desviaciones y su seguimiento [referido en Nogueira Rivera et al.2004].

En el diseño de procesos de servicios es importante tener una estructura subyacente. Esta estructura o marco conceptual fue sugerida por Albrecht y Zemke (1985) (referido en Schroeder, 1992). Este marco conceptual, es decir, el triángulo de los servicios, presupone que existen cuatro elementos que deben tomarse en consideración al producir los servicios: el cliente, la gente, la estrategia y el sistema.

El cliente se encuentra, por supuesto, en el centro del triángulo debido a que el servicio siempre debe estar centrado en el cliente y las líneas que lo unen a cada uno de los puntos indican esa dirección hacia el cliente [Schroeder, 1992]. La gente son los empleados de la empresa de servicios, estos deben estar conscientes de las estrategias que se ha trazado la organización. La estrategia es la visión o filosofía que se utiliza para guiar todos los aspectos del suministro del servicio y el sistema (del cual depende la gente para suministrar el servicio) incluye tanto el sistema físico, como los procedimientos que se utilizan.

Estos conceptos son una manera muy interesante de considerar las

operaciones de servicios, y a la vez, útiles para diseñar sistemas de servicios y para resolver problemas existentes en los mismos; es por eso que el triángulo de servicios también puede utilizarse para diagnosticar problemas en el servicio y determinar cuáles son las causas de un servicio deficiente.

Teniendo en cuenta lo anterior y basados en los requisitos de ley, orientados a garantizar la calidad en la prestación de servicios hospitalarios y basados en que el eje de toda organización es el cliente, surge la necesidad de adoptar en las organizaciones herramientas como la norma ISO 9001:2008, y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud (SOGCS) los cuales tienen como objetivos fundamentales, estructurar las organizaciones bajo un enfoque de procesos para satisfacer las necesidades de los clientes y de manera consecuente lograr la satisfacción económica para la organización.

Por otro lado es muy importante no pasar por alto que la planeación estratégica es una herramienta administrativa que ayuda a incrementar las posibilidades de éxito cuando se quiere alcanzar algo en situaciones de incertidumbre y/o de conflicto (oposición inteligente). Basada en la administración por objetivos y responde prioritariamente la pregunta “Qué hacer”. Situaciones como la creación o reestructuración de una empresa, la identificación y evaluación de programas y proyectos, la formulación de un plan de desarrollo, la implementación de una política, la conquista de un mercado, el posicionamiento de un producto o servicio, la resolución de conflictos, son ejemplos de casos donde la Planeación Estratégica es especialmente útil.

El método se respalda en un conjunto de conceptos del pensamiento estratégico, algunos de los más importantes principios son:

- Priorización del Qué ser sobre el Qué hacer: es necesario identificar o definir antes que nada la razón de ser de la organización, la actividad o el proceso que se emprende; lo que se espera lograr.

- Priorización del Qué hacer sobre el Cómo hacerlo: identificar las acciones que conducen efectivamente a la obtención del objetivo. Se trata de anteponer la eficacia sobre la eficiencia.
- Visión sistémica: la organización o el proyecto son un conjunto de subsistemas (elementos) que tienen una función definida, que interactúan entre sí, se ubican dentro de unos límites y actúan en búsqueda de un objetivo común. El sistema está inmerso dentro de un entorno (contexto) que lo afecta o determina y que es afectado por él. Los elementos pueden tener su origen dentro del sistema (recursos), o fuera de él (insumos).
- Visión de proceso: Los sistemas son entes dinámicos y cambiantes; tienen vida propia. Deben ser vistos y estudiados con perspectiva temporal; conocer su historia para identificar causas y efectos de su presente y para proyectar su futuro.
- Visión de futuro: el pensamiento estratégico es proactivo; se adelanta para incidir en los acontecimientos. Imagina permanentemente el mañana para ayudar a construirlo o para acomodarse a él siendo (prospectivo).
- Compromiso con la acción y con los resultados: el estratega es no solamente un planificador; es un ejecutor, conocedor y experto que reflexiona, actúa y avalúa; es un gestor a quien le importa más qué tanto se logra que, qué tanto se hace.
- Flexibilidad: se acomoda a las circunstancias cambiantes para no perder el rumbo La acción emergente es algo con lo que también se puede contar, así que la capacidad para improvisar es una cualidad estratégica.

- Estabilidad: busca permanentemente un equilibrio dinámico que permita el crecimiento seguro, minimizando el riesgo y la dependencia. Busca la sostenibilidad del sistema y de los procesos.

4.2.1 La planeación estratégica.

La planeación estratégica es quizás la herramienta administrativa más importante, de la que depende el éxito de cualquier empresa.

La planeación supone la necesidad de anticipar el futuro, anticipar los riesgos, los beneficios, las oportunidades, las falencias, para con base a ellos fijar un plan para actuar en función de lo previsto y así aprovechar al máximo las oportunidades detectadas y evitar los riesgos, o por lo menos mitigar sus consecuencias⁴.

Es por lo anterior que la planeación estratégica es una herramienta imprescindible no sólo para la empresa sino para la vida personal, puesto que si se quiere avanzar ya sea profesionalmente, económicamente o personalmente, es necesario trazar objetivos, planes, estrategias que al final nos llevarán a conseguir lo que se pretende. La planeación estratégica es válida y necesaria en cualquier campo, aunque a veces lo olvidamos, o lo recordamos pero ignoramos que eso se llama planeación estratégica.

Por último, aclarar que la planeación estratégica sólo la puede realizar cada empresa que conoce profundamente su estructura, su cultura, sus capacidades, sus debilidades, sus ambiciones, objetivos y su visión, puesto que cada empresa es un caso particular, un mundo aparte que requiere de planes y estrategias específicas. Es importante tener presente que en la planeación estratégica nada es generalizable. Nada se puede copiar e

⁴<http://www.gerencie.com/planeacion-estrategica.html>

implementar sin antes hacer un estudio y adaptación acorde al medio en que se requiere implementar⁵.

La Planeación Estratégica es un proceso de cuatro etapas en las que se van definiendo uno a uno los siguientes interrogantes:

- Qué se quiere lograr
- En qué situación se está
- Qué se puede hacer
- Qué se va a hacer

La Planeación Estratégica se puede definir también como un enfoque objetivo y sistemático para la toma de decisiones en una organización. Es un intento por organizar información cualitativa y cuantitativa que permita la toma de tales decisiones. Es un proceso y está basado en la convicción de que una organización debe verificar en forma continua los hechos y las tendencias internas y externas que afectan el logro de sus propósitos.

El modelo estratégico insiste en que una organización debe estar en capacidad de influir sobre su entorno, y no dejarse determinar por él, ejerciendo así algún control sobre su destino.

La planeación no es una actividad corriente en nuestro medio y por tanto simultáneamente con el aprendizaje de modelos de planeación, es necesario trabajar por desarrollar una cultura de la planeación. Ya que esta es considerada por algunos como una actividad de diseño que se realiza antes de ejecutar algo. Hoy se comprende más como un proceso permanente que pretende adelantarse a los acontecimientos, para tomar oportunamente las

⁵<http://www.gerencie.com/planeacion-estrategica.html>

decisiones más adecuadas. Es también una actitud de mantenerse permanentemente alerta y enterado del curso de los acontecimientos, analizando las circunstancias que se van presentando con el propósito de impedir que tales acontecimientos y circunstancias desvíen a la organización en la búsqueda de sus objetivos, y por el contrario estar permanentemente aprovechando lo que es favorable para mejorar las posibilidades.

Es un proceso que incluye una fase de diseño, pero también de evaluación constante y de corrección del rumbo, cuando es necesario.

La misión institucional, es el gran objetivo, es el primer paso del proceso estratégico y básicamente se trata de:

- ✓ Definir la Razón de Ser del proyecto, empresa u organización.
- ✓ Es una declaración de los objetivos permanentes de la organización, entendiendo por objetivo los resultados que se esperan lograr. En un proceso pueden ser muchos los resultados que se esperan, algunos son resultados parciales que son necesarios o que conducirían a un resultado final. Es éste último el sentido de los objetivos: los objetivos, permanentes o el fin último que justifica la existencia de la organización.
- ✓ Es una Visión colectiva y posible de lo que la organización quiere o debe ser, en razón de motivaciones y expectativas que dieron origen a su creación: el lugar que quiere ocupar, los logros que quiere obtener; los principios y valores que desea conservar o promover; a quien desea beneficiar; la función social y política que se asigna, los actores que participan como “dolientes”, beneficiarios internos y externos, sus roles y expectativas.
- ✓ Es la personalidad que quiere tener; la identidad con la que se quiere ser reconocido.

✓ Es una declaración que identifica y describe las características de los productos, los clientes, los mercados y las políticas empresariales con las que la organización quiere identificarse y competir. La acepción es válida para cualquier situación, entendiendo por producto lo que se quiere lograr; por cliente a los beneficiarios internos y externos; por mercado al alcance que se quiere dar a la organización, su tamaño y trascendencia, su papel en la sociedad.

✓ La identificación, definición y caracterización de actores, productos, mercados y políticas, a más de identificar, definir y caracterizar la organización, determina también las metas y estrategias de la misma.

El modelo estratégico, tiene como uno de sus principios la flexibilidad, porque ubica su accionar en un mundo cambiante e incierto, sin embargo plantea la necesidad de adelantar el proceso de definición de la Misión de una manera tan cuidadosa, participativa, consciente y contextualizada, que se convierta en el punto fijo. Debe ser tan valedera que a pesar del cambio de circunstancias sea necesario modificar ese querer ser, que es como queda definido en la misión.

En el lenguaje cotidiano muchas veces se entiende como misión a un deber que cumplir o una acción por realizar, pero también una responsabilidad que asumir o un logro por conseguir que es como se entiende en el lenguaje estratégico.

Teniendo en cuenta que todo sistema es a su vez un subsistema de otro mayor y está compuesto por subsistemas, o que un proceso tiene las mismas connotaciones, el concepto Misión puede aplicarse en varios niveles. Lo que es la Misión para un proyecto, puede ser solo un objetivo estratégico u operativo para la Empresa. Aun así el concepto misión sigue siendo igualmente válido.

Una vez definidos los límites del sistema en las dimensiones espaciales y temporales, no es difícil diferenciar el fin, de los medios para lograrlo.

Si se está estudiando un subsistema, su misión será el rol o papel que juega dentro del sistema al cual pertenece (su función).

En un proceso de desarrollo es recomendable que la Misión sea elaborada por todas las personas que tienen que ver con la organización; en la formulación de un plan de desarrollo territorial (un municipio por ejemplo), la participación es de vital importancia tanto por el compromiso que todos adquieren con el proyecto, como por la riqueza que resulta en el análisis situacional, producto del conocimiento colectivo, como por la diversidad de alternativas que surgen, aspectos que mejoran considerablemente la sostenibilidad social del proceso.

En todos los casos quienes lideren la formulación de la Misión deben ser “dolientes” del proyecto. Los accionistas de la empresa, las comunidades organizadas y orientadas por sus autoridades y líderes, los representantes auténticos de la sociedad.

Un elemento fundamental en la Misión es la definición de la Política de la organización: sus valores y principios. Aquellas reglas que regirán su conducta. Son las más altas estrategias a las que la organización pretende ser fiel aún a costa de sacrificar o dilatar la obtención de sus demás objetivos; para garantizar que los logrará, de acuerdo a su forma de pensar. Corresponde también a unos límites dentro de los cuales la organización se compromete a actuar. Es parte muy importante de la personalidad de la organización.

Otros elementos que de acuerdo al criterio de Fred David (La Gerencia Estratégica), deben estar incluidos en la definición de la Misión son: el concepto de sí misma, la visión de su entorno, su preocupación por la imagen que proyecta o quiere proyectar, su preocupación por la supervivencia o el

crecimiento y la concepción sobre el manejo de las relaciones entre las personas que tienen que ver con la organización.

4.2.2. Sistema de Gestión de la Calidad Según la Norma ISO 9001:2000

4.2.2.1. La familia de la norma ISO 9000:2000.

Los trabajos de la Organización Internacional de Normalización (ISO) concluyen en acuerdos internacionales que son publicados con la forma de **Normas internacionales**.

✓ **Norma:** Aquellos acuerdos documentados que contienen especificaciones técnicas u otros criterios precisos, destinados a ser utilizados sistemáticamente como reglas, directrices o definiciones de características para asegurar que los materiales, procesos y servicios son aptos para su empleo.

La **familia ISO 9000** constituye un conjunto coherente de normas y directrices sobre gestión de la calidad que se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) eficaces. Esta familia la forman:

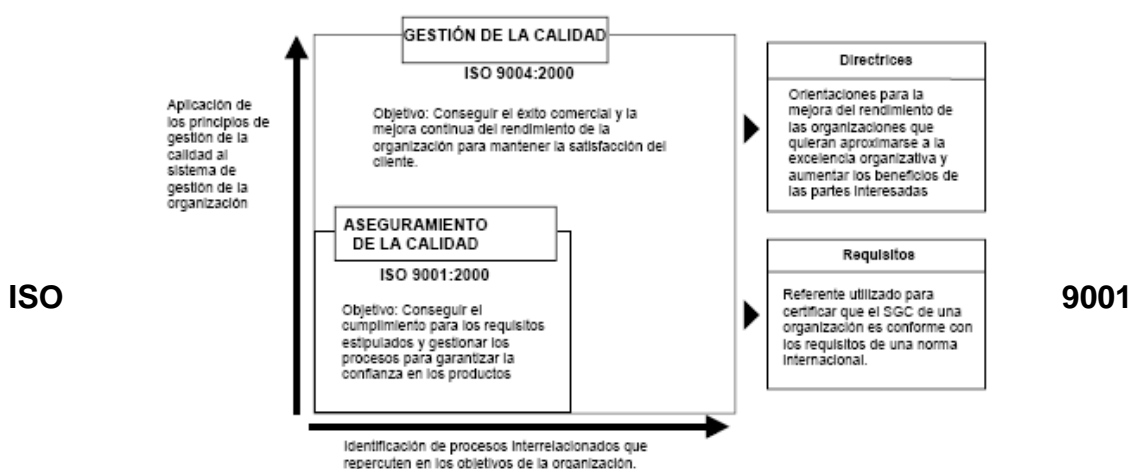
- La **Norma ISO 9000:** Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario.
- La **Norma ISO 9001:** Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.
- La **Norma ISO 9004:** Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la mejora continua del desempeño.
- La **Norma ISO 19011:** Directrices para la auditoria medioambiental y de la calidad.

En la familia ISO 9000 se utiliza el término;

- ✓ **Organización:** para designar un conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones. Esto incluye denominaciones como compañía, corporación, organización, fundación, organismo, asociación, o una parte o combinación de ellas.

La norma internacional ISO 9001 especifica los requisitos para los SGC, genéricos y aplicables a organizaciones de cualquier sector económico e industrial con independencia de la categoría del producto/servicio. Son complementarios a los requisitos del producto/servicio, que pueden ser especificados por los clientes, por la propia organización o por disposiciones reglamentarias. (tomado de ⁶

Grafico 1. Sistema de gestión ISO 9000:2000



Fuente: Picazo (1991)

Especifica los requisitos para un SGC eficaz en el cumplimiento de las especificaciones del cliente y es la base para que, en su caso, una tercera parte (ajena a la organización y al cliente) pueda certificar que el SGC es conforme a los requisitos de dicha norma. En cambio, **ISO9004** proporciona

⁶PICAZO, Manríquez, Luis R., MARTINEZ, Villegas, Fabián. INGENIERIA DE SERVICIOS: Para crear clientes satisfechos y lograr ventajas competitivas sustanciales y sostenibles, Mc Graw Hill, México DF. 1991

una orientación sobre un rango más amplio de objetivos de un SGC y no tiene por objeto ser utilizada con fines contractuales o de certificación, sino servir de guía para aquellas organizaciones que deseen ir más allá de los requisitos de ISO 9001, persiguiendo la mejora continua del desempeño y la eficiencia globales de la organización. El gráfico anterior ilustra la relación entre estas dos normas.

Para obtener la certificación, la organización debe someterse a una auditoría. Existen tres tipos de auditorías.

- ✓ Las **auditorías de primera parte** son realizadas con fines internos por la organización, o en su nombre.

- ✓ Las **auditorías de segunda parte** son realizadas por los clientes de una organización o por otras personas en nombre del cliente.

- ✓ **Las auditorías de tercera parte** son realizadas por organizaciones externas independientes, usualmente acreditadas (ENAC es el organismo de acreditación español), que proporcionan la certificación o registro de conformidad con los requisitos contenidos en normas tales como la ISO 9001 o la ISO 14001.

Aunque se ha alineado con ISO 14001:1996, con la finalidad de aumentar la compatibilidad de las dos normas, ISO 9001 no incluye requisitos específicos de otros sistemas de gestión, tales como aquellos particulares para la gestión medioambiental, gestión de la seguridad, gestión financiera o gestión de riesgos.

4.2.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud (SOGCS).

Creado en abril del 2006 y legalizado a través del decreto 1011 de abril de 2006, tiene como objetivo fundamental orientar a las entidades de la salud en general a tomar medidas que mejoren los resultados de la atención en salud, orientados a los usuarios del sistema, que van más allá de la verificación de existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados.

Con el fin de evaluar, mejorar y mantener la Calidad de la atención en Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- ✓ **Accesibilidad:** Definida como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de Seguridad Social en salud.
- ✓ **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los requisitos que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- ✓ **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.
- ✓ **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la

evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- ✓ **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

A su vez el sistema presenta (4) cuatro componentes fundamentales, los cuales son:

- Resolución 1043 de abril de 2006 (Habilitación).
- PAMEC (Lineamientos de Auditoria).
- Resolución 1445 de mayo de 2006 (Acreditación).
- Resolución 1446 de mayo de 2006 (Información).

4.2.3. Acreditación en salud (Resolución 1445 de Mayo de 2006).

- ✓ La Acreditación en Salud es un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud y una herramienta para promover el mejoramiento continuo y la atención centrada en los usuarios de los servicios de salud y su familia.

Los ejes de la Acreditación en Salud son:

- ✓ La **seguridad del paciente:** entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.
- ✓ **La humanización de los servicios:** la existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano.

- ✓ La **gestión de la tecnología**: es la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

- ✓ **El enfoque de riesgo**: Es la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.

El cumplimiento de estándares de calidad en estos ejes le permite a las instituciones de salud generar un proceso continuo de transformación cultural que contribuye a múltiples fines: 1. Proporcionar mejor información a los usuarios, 2. Tomar decisiones basadas en guías de manejo, 3. Fomentar el respeto y preservar la dignidad de todos los seres humanos que interactúan en las instituciones de salud, 4. Mejorar las condiciones de trabajo, 5. Incrementar el dialogo inter disciplinario, 6. Incentivar buenas prácticas clínicas y administrativas, 7. Fortalecer la competitividad, 8. Desarrollar indicadores de calidad que midan el resultado de la gestión clínica, entre otros.⁷

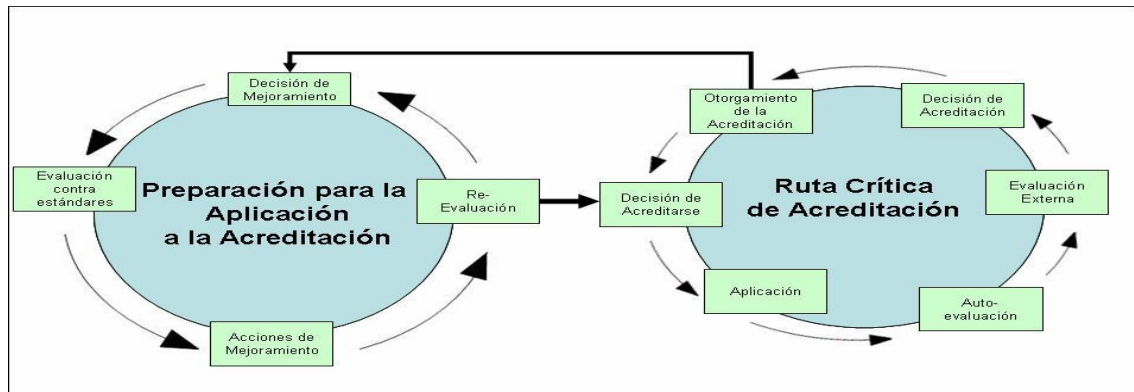
Cuando una institución asume el desafío de prepararse para la acreditación en salud, acepta en forma voluntaria el reto de auto evaluarse, cumplir los requisitos de ingreso al sistema, como contar con una política explícita de seguridad de paciente, y acepta que se evalúe la atención que presta con estándares de calidad superior y con un método de evaluación reconocido internacionalmente por cumplir los estándares de la sociedad internacional para la calidad en el cuidado de la salud (ISQua).

Para optar por la acreditación de alta calidad en los servicios de salud, ICONTEC, ente avalado a nivel nacional para expedir el documento de acreditación propone una ruta crítica (conjunto de etapas que las IPS, EPS o

⁷FERNANDEZ, Hatre, Alfonso. MANUAL Y PROCEDIMIENTOS DE UN SISTEMA DE CALIDAD: ISO9001 – 2000. <http://grupos.emagister.com>, grupo de calidad, producción e I D, 2.008.

entidad acreditar debe cumplir para ser acreditada), la cual se debe cumplir para poder aspirar a la acreditación, tal ruta se resumirá en el siguiente grafico:

Grafico 2. Ruta crítica para el proceso de acreditación en salud



Fuente: http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php (2012)

4.2.4. Sistemas integrados de Gestión de la Calidad⁸.

La organización mostrada como un sistema cuenta con un conjunto de elementos interrelacionados para lograr unos objetivos propuestos, como por ejemplo, aumentar las utilidades, mejorar las condiciones de salud de los trabajadores, prevenir la contaminación ambiental, entre otros.

Estos elementos que se relacionan dentro de la organización se denominan procesos y son la base para la gestión. La norma ISO 9000, define procesos como el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, la cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos llamados procesos son gestionados.

Para Castillo y Martínez (2010), así como el sistema respiratorio se encarga de suministrar el oxígeno al corazón para que este funciones y el sistema circulatorio irriga la sangre para que los órganos se mantengan vivos, en la

⁸http://www.uac.edu.co/images/stories/publicaciones/revistas_cientificas/escenarios/volumen-9-no-1/art07.pdf

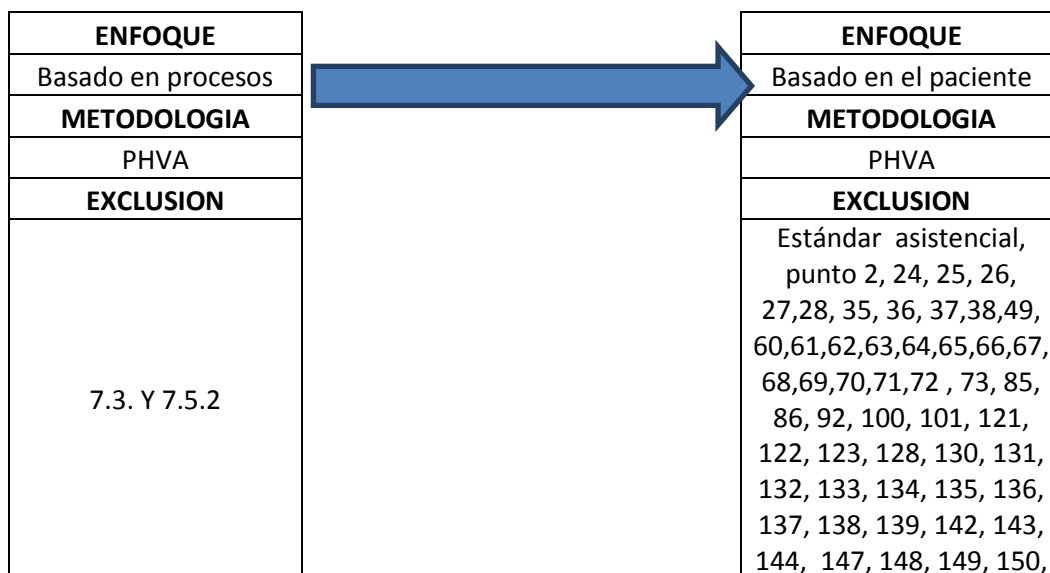
organización el sistema de gestión de la calidad busca satisfacer al cliente para garantizar el equilibrio económico, su competitividad y los ingresos para las diferentes operaciones.

En la actualidad se observa cómo cada día crece el interés por integrar sistemas de gestión para lo cual se hace necesario establecer aspectos comunes entre estos, para lo cual hay quienes consideran que se debe hacer una sola gestión a partir de la aplicación del ciclo de mejoramiento continuo, es decir, planear, hacer, verificar y actuar, posibilidad que se abre sobre todo cuando tratamos con derivaciones de la familia ISO.

Sin embargo para garantizar la planificación, implementación, evaluación y toma de acciones en la organización bajo el esquema de la combinación integrada de sistemas, recomiendan Castillo & Martínez (2010) que se debería realizar una gestión bajo el mismo enfoque, es decir por la gestión por ya que si la organización en algún momento requiere hacer reestructuraciones en el ámbito funcional, o en los modelos, y siguen evolucionando y adicionando nuevos requisitos, las actividades que agregan valor en la organización siempre permanecerán y evolucionarán hacia un mejoramiento continuo, lo cual permite un esquema perfecto para soportar la gestión total o combinada integrada de la organización. Por el contrario si es una estructura por elementos, la organización planteará una política, objetivos, la comunicación y las competencias como elementos constitutivos del sistema y no necesariamente dándole la transversalidad que estos se merecen a través de las acciones.

Para el caso particular se busca establecer aquellos elementos comunes y diferenciadores que caracterizan a cada sistema de gestión en particular como lo es el caso del modelo ISO 9001:2008 y la resolución 1445 de 2006 (Acreditación en salud), para lo cual se establece la siguiente matriz:

Tabla 1. Matriz de relación ISO 9001:2008 - estándares de acreditación



	NORMA ISO 9001:2008	CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA / HOSPITALIZACION		ESTANDARES DE ACREDITACION
1.	OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN		0.	OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN
1.1.	GENERALIDADES	<p>* Satisfacción de los requisitos de cliente, externo; pacientes hospitalizados, familiares de los mismos, y cliente interno, médicos, especialistas y personal de enfermería, administrativo y de apoyo. Legales y reglamentarios.</p> <p>* Satisfacer al cliente (hospitalizado, familiares del mismo, personal interno) y superar sus expectativas, por medio de la mejora continua y el aseguramiento de los requisitos del cliente y de la normatividad existente.</p>		Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Centrados en el paciente.
1.2	APLICACIÓN	CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, Proceso de		

		<u>HOSPITALIZACION</u>		
2.	REFERENCIAS NORMATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> * ISO 9000:2005 * ISO 9001:2008 * RESOLUCION 1445 de 2006 * RESOLUCION 1043 de 2006 * RESOLUCION 1446 de 2006 * DECRETO 1011 de 2006 * LEY 100 * PAMEC 	0.1	<ul style="list-style-type: none"> * ISO 9000:2005 * ISO 9001:2008 * RESOLUCION 1445 de 2006 * RESOLUCION 1043 de 2006 * RESOLUCION 1446 de 2006 * DECRETO 1011 de 2006 * LEY 100 * PAMEC
3.	TERMINOS Y DEFINICIONES	<ul style="list-style-type: none"> * ISO 9000 * Los expresados en las normatividades vigentes 	0.2	<ul style="list-style-type: none"> * MANUAL DE ACREDITACION EN SALUD * Los expresados en las normatividades vigentes
4.	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD		1.	ACREDITACION EN SALUD
4.1	REQUISITOS GENERALES	La CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, establece, documenta, implementa y mantiene el SGC y asegura la mejora continua de acuerdo a la presente norma. En el proceso de hospitalización,	10., 15, 17, 18, 22, 23, 31, 34, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 57, 74., 75., 76., 77., 79., 80., 81., 82., 84., 87., 88., 89., 90., 91.,	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA 4. ESTANDAR GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO 7. ESTANDAR
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION			
4.2.1.	GENERALIDADES	<ul style="list-style-type: none"> * Políticas y objetivos de calidad, documentalmente declarados. * Manual de calidad. * Procedimientos y registros documentados. * Los documentos aseguran la eficacia de la planificación, operación y control del proceso de hospitalización. 		

4.2.2.	MANUAL DE CALIDAD	Manual de Calidad	93., 94., 95., 96., 97., 99., 103., 104., 105., 106., 110., 114., 115., 116., 118., 119., 124., 126., 140., 141., 145., 146., 154., 151., 152., 155., 156.,	GERENCIA DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION 8. ESTANDAR GERENCIA DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION
4.2.3.	CONTROL DE DOCUMENTOS	Manual de Calidad		
4.2.4	CONTROL DE REGISTROS	Manual de Calidad		
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION			
5.1.	COMPROMISO DE LA DIRECCION	Fase de diseño. La dirección se encuentra comprometida y pretende generalizar el sistema a toda la organización.	1., 3., 8., 9., 10., 12., 15., 29., 30., 39., 46., 47., 51., 74., 75., 76., 77., 78., 79., 80., 81., 82., 88., 89., 90., 91., 93., 94., 95., 96., 97., 99.	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO. 3. ESTANDAR DE GERENCIA
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	Según requisitos de la Norma ISO 9000:2008, puntos 7.2.1. Y 8.2.1.		
5.3	POLITICA DE CALIDAD	Manual de Calidad		
5.4.	PLANIFICACION			
5.4.1.	OBJETIVOS DE CALIDAD	Manual de Calidad		
5.4.2.	PLANIFICACION DEL SGC	Manual de Calidad, Especialmente el 4.1 y objetivos de la calidad.		
5.5.	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN			
5.5.1.	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	Manual de Calidad y mediante el proceso de Talento Humano		
5.5.2.	REPRESENTANTE DE LA DIRECCION	Fase de diseño. La dirección se encuentra estudiando perfiles para asignar cargo.		

5.5.3.	COMUNICACIÓN INTERNA	Manual de Calidad y mediante el proceso de Talento Humano		
5.6.	REVISION POR LA DIRECCION			
5.6.1.	GENERALIDADES	Se estipula procedimiento de revisión por la dirección aunque se recuerda que esta fase es de diseño, por lo tanto no hay calendario aprobado. Aunque el proceso así lo determina.	4, 46, 74., 75., 76., 77., 78., 79., 80., 81., 82., 89., 90., 91., 95.	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA
5.6.2.	INFORMACION DE ENTRADA PARA LA REVISION	Se estipula dentro del procedimiento de revisión por la dirección aunque se recuerda que esta fase es de diseño, por lo tanto no hay información de entrada para revisión.		
5.6.3.	RESULTADOS DE LA REVISION	No se encuentra evidencia de resultados, pues se recuerda que esta fase es de diseño.		
6.	GESTION DE LOS RECURSOS			
6.1.	PROVISION DE RECURSOS	No se encuentra evidencia de resultados, pues se recuerda que esta fase es de diseño.	29, 30, 31, 34., 75., 80., 81., 93., 96., 97., 98., 125., 127.,	1. ESTADAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA. 5. ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
6.2.	RECURSOS HUMANOS			
6.2.1.	GENERALIDADES	Personal COMPETENTE	19, 20, 33, 42, 44, 48, 50, 52, 53, 57, 75., 77., 79., 80., 82., 83., 84., 88., 89., 93., 96., 97., 103., 104.,	1. ESTADAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA 4. ESTANDAR GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR
6.2.2.	COMPETENCIA, FORMACION Y TOMA DE CONCIENCIA.	Talento Humano debe asegurarse del presente requisito		

			105., 106., 107., 108., 109., 111., 112., 113., 114.,115 , 116., 117., 119., 120., 125., 127	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
6.3.	INFRAESTRUCTURA	Infraestructura necesaria en cuanto a equipos para los proceso, servicio de apoyo, edificios, espacios de trabajo y servicios asociados.	8., 9, 21., 75., 80., 81., 88., 96., 97., 98., 111., 112., 113., 114., 115., 116., 117., 119., 120., 125., 126., 127.,	1. ESTADAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA 4. ESTANDAR GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	Talento Humano debe asegurarse del presente requisito	57., 75., 77., 80., 82., 83., 88., 93., 96., 97., 103., 104., 105., 106., 107., 108., 109., 110., 111.,112 , 113.,	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

			114., 115., 116., 117., 119., 120., 125., 126., 127.,	
7.	REALIZACION DEL PRODUCTO			
7.1.	PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO	Manual de Calidad, Formatos y registros.		
7.2.	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE			
7.2.1.	DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	Manual de Calidad, Formatos y registros. Auditorías realizadas. Encuestas de satisfacción. Quejas y reclamos. Acciones correctivas y preventivas. Presentación de cambios dentro del proceso. Informe de resultados de los procesos. Acciones de seguimiento y recomendaciones de mejora.	1., 3., 10, 11., 12, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 29, 30, 31, 33, 39, 1.40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 52, 53, 57., 88.	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 3. ESTANDAR DE GERENCIA
7.2.2	REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	Revisar los requisitos del producto, antes que llegue al cliente		
7.2.3.	COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	Manual de Calidad y mediante el proceso de SIU (SISTEMA DE INFORMACION AL USUARIO)		
7.4	COMPRAS			
7.4.1.	PROCESO DE COMPRAS	La organización asegura que los insumos adquiridos para que se ejecute el proceso de hospitalización cumple con la normatividad vigente. Al igual que evalúa y selecciona sus proveedores.		
7.4.2.	INFORMACION DE LAS COMPRAS	Descripción del producto, calificación del personal y del SGC, antes de comunicarse con el proveedor.		
7.4.3.	VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS	Inspección de lo que se compra y liberación del producto.		

	COMPRADOS			
7.5	PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO			
7.5.1	CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO	Disponibilidad, seguimiento y medición. Uso del equipo apropiado e implementación del seguimiento y de la medición, y de la liberación del producto.	5, 8., 9, 11., 14, 16, 17, 20, 22, 23, 29, 30, 31, 33, 34, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 57	1. ESTANDAR ASISTENCIAL.
7.5.3.	IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD	Historia Médica, Formatos, Registros, exámenes y diagnósticos médicos, Todo el material que evidencie la historia del paciente en la institución de manera interna y externa.	9., 31, 57	1. ESTANDAR ASISTENCIAL.
7.5.4.	PROPIEDAD DEL CLIENTE	Salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente y se encuentren bajo nuestra custodia.		
7.5.5.	PRESERVACION DEL PRODUCTO	Identificar y proteger los pacientes que se encuentre hospitalizado	5, 11, 20, 29, 30, 31, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 52, 53	1. ESTANDAR ASISTENCIAL.
7.6.	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION	Determinar los equipos necesarios para prestar el servicio, igualmente realizarle medición y seguimiento de los equipos y mantenerlos calibrarlos de tal manera que no afecte el proceso de prestación del servicio.	20, 29, 30, 34., 87	1. ESTANDAR ASITENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO
8.	MEDICION, ANALISIS Y MEJORA			
8.1.	GENERALIDADES	Planifica, implementa procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora de los procesos	4, 8, 9, 11, 12, 13, 14,	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE
8.2.	SEGUIMIENTO Y MEDICION		20, 22,	DE

8.2.1.	SATISFACCION DEL CLIENTE	<p>* Encuestas de satisfacción. * Formato de quejas y reclamos.</p>	<p>23, 29, 30, 31, 32, 46, 47, 50, 52, 53, 74., 75., 78, 79., 80., 82., 83., 87., 88., 91., 92., 93., 95., 99., 102., 104., 105., 112., 113., 114.,115 , 116., 117., 118., 129., 146., 151., 153., 154., 155., 156., 157., 158.</p>	<p>DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA. 4. ESTANDAR DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO. 5. ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO 7. ESTANDAR TECNOLOGIA DE LA INFORMACIO N 8. ESTANDAR TECNOLOGIA DE LA INFORMACIO N</p>
8.2.2.	AUDITORIA INTERNA	<p>Auditorias Internas planificadas, con el fin de medir la implementación Y el mantenimiento de manera eficaz del SGC</p>	<p>78., 79., 80., 82., 82., 87., 88., 91., 92., 93., 95., 99., 102. 112., 113., 114., 118., 129., 145., 146., 151., 153., 154.,</p>	<p>2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA 4. ESTANDAR GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO. 7. ESTANDAR TECNOLOGIA</p>

			155., 156., 157., 158.	DE LA INFORMACION 8. ESTANDAR DE GERENCIA DEL MEJORAMIENTO
8.2.3.	SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS	Realizar seguimiento y medición a los procesos de acuerdo a lo planificado por la dirección y coordinador del SGC. Dentro de la organización.	5, 6, 7, 8, 9., 13, 20, 22, 23, 39, 46, 47, 50, 74., 77., 78., 79., 80., 82., 87., 88., 91., 92., 93., 95., 99., 102., 104., 105., 112., 113., 114., 116., 117., 118., 146., 151., 153., 154., 155., 156., 157., 158.	1. ESTANDAR ASISTENCIAL. 2. ESTANDAR DE DIRECCIONA MIENTO 3. ESTANDAR DE GERENCIA 4. ESTANDAR DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO 5. ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENT FISICO 7. ESTANDAR DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION 8. ESTANDAR DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION
8.2.4.	SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PRODUCTOS	Realizar seguimiento y medición a los productos de acuerdo a lo planificado por la dirección y coordinador del SGC. Dentro de la organización.		
8.3.	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	Asegura que el producto no conforme sea retenido, para prevenir su uso o entrega no intencionada, a la vez que de ser necesario asegura su liberación bajo autoridades pertinentes y cuando sea aplicable al cliente.		
8.4.	ANALISIS DE DATOS	Para demostrar idoneidad, eficacia del SGC y evalúa oportunidades de mejora		
8.5	MEJORA			
8.5.1.	MEJORA CONTINUA	Continuamente, utilizando las herramientas que da el SGC con el manual de calidad y el proceso de hospitalización.		
8.5.2.	ACCIONES CORRECTIVA	Eliminar acciones que interrumpan la eficacia del SGC, a la vez que previene su ocurrencia.		
8.5.3.	ACCIONES PREVENTIVAS	Previene la ocurrencia de acciones potenciales que puedan interrumpir la eficacia del SGC		

Fuente: norma ISO 9001: 2008 – Res. 1445 de 2006

A partir de lo anteriormente establecido y con el objeto de que se alcancen los propósitos de todo sistema de gestión de la calidad es decir: establecer el sistema, documentar el sistema, implementar el sistema, mantener el sistema, identificar la eficacia del sistema y mejorarlo continuamente se optó por trabajar la integración a partir del ciclo de mejoramiento continuo definido por el Sr. Edward Deming, lo que significa trabajar el planear, el hacer, el verificar y el actuar o estandarizar, aclarando que por el alcance de la presente investigación se establecerá todo en fase de planificación, enmarcando los requisitos de la acreditación bajo una estructura ISO.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

4.3.1. Conceptos básicos usados por la ISO 9001:2000.

- ✓ **Gestión de la calidad:** el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. Generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad y los objetivos de la calidad, así como la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.
- ✓ **Política de la calidad:** son las expresiones formales por la Dirección de las intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad.
- ✓ Lo que se ambiciona o pretende en relación con la calidad son los **objetivos de la calidad**. La política de la calidad y los objetivos de la calidad determinan los resultados deseados y ayudan a la organización a aplicar sus recursos para alcanzar dichos resultados. El logro de los objetivos de la calidad puede tener un impacto positivo sobre la calidad del producto/servicio, la eficacia operativa y el desempeño financiero y, en consecuencia, sobre la satisfacción y confianza de las partes interesadas.
- ✓ **Dirección:** es la persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel de una organización.

- ✓ **Cliente:** es la organización o persona que recibe un producto/servicio.
- ✓ **Proveedor:** es la organización o persona que proporciona un producto/servicio. Tanto los proveedores como los clientes pueden ser internos o externos a la organización.
- ✓ **Parte interesada** es cualquier persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización (clientes, propietarios, bancos, sindicatos, proveedores, socios,...).
- ✓ La norma utiliza la expresión **producto**; para designar el resultado de un proceso. ISO 9000 considera cuatro categorías genéricas de productos: servicios (transporte,...), software (aplicaciones informáticas, información,...), hardware (partes mecánicas, elementos tangibles,...) y materiales procesados (lubricantes,...).
- ✓ Los **servicios**, generalmente, son intangibles y su prestación puede implicar, por ejemplo:
 - Una actividad realizada sobre un producto tangible suministrado por el cliente (almacenaje, reparación de vehículo,...).
 - Una actividad realizada sobre un producto intangible suministrado por el cliente (declaración necesaria para la devolución de impuestos,...).
 - La entrega de un producto intangible (información, atención hospitalaria...).
 - La creación de un ambiente para el cliente (salas de espera para viajeros,...).

Definir la calidad de un servicio resulta más subjetivo e impreciso que definir la calidad de un producto. El producto tangible existe antes de entregarlo al cliente y se puede inspeccionar y medir sus variables, mientras que el servicio se produce y entrega en el mismo acto, por lo que debe prestarse con la calidad requerida sin posibilidad de sustitución. Como la belleza, la calidad de un servicio “*depende del color del cristal con el que se mira*”.

- ✓ Los clientes necesitan productos/servicios con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto/servicio y son generalmente denominadas como **requisitos del cliente**.

- ✓ Los **requisitos** son las necesidades o expectativas establecidas por las partes interesadas, las obligatorias o las que se consideran implícitas por hábito o práctica común para la organización, sus clientes o partes interesadas.

Los requisitos para los productos/servicios y, en algunos casos, los procesos asociados pueden estar contenidos en, por ejemplo: especificaciones técnicas, normas de producto/servicio, normas de proceso, acuerdos contractuales y requisitos reglamentarios. En cualquier caso, es finalmente el cliente quien determina la aceptabilidad del producto/servicio.

- ✓ La **satisfacción del cliente** depende de la percepción de éste sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

- ✓ ISO 9000 define **eficacia** como la extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

- ✓ **Eficiencia** para la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Dado que las necesidades y expectativas de los clientes son

crecientes y debido a las presiones competitivas y a los avances técnicos, las organizaciones deben mejorar continuamente sus productos/servicios y los procesos para producirlos.

- ✓ Para ISO 9000, **proceso** es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados con un valor añadido (expresa lo que hay que hacer y para quién).
- ✓ **Procedimiento** es la forma especificada por la organización para llevar a cabo una actividad o un proceso (determina cómo hay que hacerlo). Puede estar documentado o no.

- ✓ El **SGC (sistema de gestión de la calidad)** es aquella parte del sistema de gestión enfocada a dirigir y controlar una organización en relación con la calidad. Un enfoque para desarrollar e implementar un SGC (o para mantener y mejorar uno ya existente) comprende diferentes etapas tales como: 1. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas; 2. Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización; 3. Determinar procesos y responsabilidades necesarias para lograr los objetivos de la calidad; 4. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para lograr los objetivos de la calidad; 5. Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso; 6. Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso; 7. Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas; y 8. Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del SGC.

5. CONTEXTUALIZACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA

La Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., inicia su trayectoria en el año de 1972 cuando fue organizado como una institución prestadora de salud mental, quien sigue reglamentaciones impartidas del Ministerio de Salud con personería jurídica de Derecho Privado, con autonomía económica, financiera y administrativa.

Los antecedentes históricos de la Clínica Psiquiátrica de la costa Ltda., se remonta al año 1958, la cual aparece como una respuesta ante las necesidades del sector de brindar un servicio humanizado a los pacientes que requieren atención intra o extra hospitalaria en salud mental. Garantizando un trato coherente y digno para los pacientes como para sus familiares.

La CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, actualmente provee servicios de calidad, de acuerdo a los requerimientos del Sector Salud bajo un Sistema de Habilitación para la prestación de servicios de salud, según lo dispuesto en la resolución 1043 de 2006 y lo dispuesto en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. (PAMEC). (Lineamientos de Auditoria).

5.1 IPS DE NATURALEZA PRIVADA. VIGENCIAS 05 NOV. 2013

La IPS seleccionada para desarrollar el presente trabajo se trata de una entidad de carácter privado con animo de lucro, que soporta su funcionamiento en capital privado, pero que realiza contrataciones con entidades del estado tales como DASALUD, DADIS, Policía Nacional, magisterios y con entidades privadas tales como COOMEVA EPS, Salud Total, personas privadas, entre otras.

5.2 ACTIVIDAD ECONOMICA.

Promoción, prevención, hospitalización y tratamiento de la salud mental.

5.3 SERVICIOS HABILITADOS: Mediana Complejidad.

- Psiquiatría o unidad de salud mental.
- Urgencia en salud mental o psiquiatría.
- Hospitalización día.
- Cuidado agudo en salud mental o psiquiatría.
- Cuidado intermedio en salud mental.
- Baja Complejidad.
- Medicina general.
- Psicología.
- Terapia ocupacional.
- Promoción y prevención.

5.4 DESCRIPCION DEL SERVICIO

- Consulta por primera vez consulta general.
- Consulta por primera vez Psiquiatría.
- Consulta por primera vez Psicología.
- Consulta de control y seguimiento Psiquiatría.
- Consulta de control y seguimiento Psicología.
- Interconsulta por medicina especializada.
- Manejo intrahospitalario por medicina especializada.

- Manejo intrahospitalario por medicina general.
- Consulta de urgencia por medicina general.
- Consulta externa Psiquiatría.
- Consulta externa por psicología.

5.5 HABITACION

Se cuenta con 80 camas divididas entre el pabellón de mujeres y el pabellón de hombres, los cuales se encuentran separados en distancia. El giro de camas por pacientes en promedio de 12 días.

- 50 Unipersonales.
- 20 Bipersonales.
- 10 Tripersonales.

5.6 HORARIOS Y LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO

- CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA EN PSIQUIATRÍA.
- ✓ Lunes a Viernes de 8:00 am a 12:00 mm – 2:00 pm a 6:00 pm.
 - ✓ Sábado 8:00 am a 12:00 m.
 - ✓ Centro médico Santa lucia, Quinto piso.
- SERVICIOS DE URGENCIAS
- ✓ 24 horas, Turbaco, Av. pastrana No 24-213.
 - ✓ HOSPITALIZACION.
 - ✓ Hotelería.

- ✓ Evaluaciones diarias por Psiquiatría y médicos generales, con entrenamiento en salud mental.
- ✓ Evaluaciones diarias por Psicología.
- ✓ Evaluaciones por Nutrición.
- ✓ Evaluaciones por Terapia ocupacional.
- ✓ Psicoterapia de grupo, de pareja y de familia.

5.8 HOSPITAL DIA

Es una herramienta médica de vital importancia para el tratamiento integral en salud mental, que ayuda en la rehabilitación y reintegración social del paciente psiquiátrico. Ofrece un manejo ambulatorio del paciente en un tiempo parcial de 8 horas diarias por el tiempo que sea establecido por el médico tratante, va dirigido a pacientes con síntomas activos leves o moderados, involucrando a la familia, prestando una atención individual y personalizada que garantiza un tratamiento psiquiátrico eficiente y eficaz.

5.8.2 Objetivo

Psicoeducación para el paciente, su familia y el entorno.

Prevenir el deterioro en la vida laboral y productiva del paciente.

5.9 SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA SALUD MENTAL

Se cuenta con 4 camas y atención permanente de enfermeros con entrenamiento en salud mental.

5.10 PROMOCION Y PREVENCION.

- Reuniones con grupos familiares.
- Visitas domiciliarias.
- Psicoterapias grupales.

6. DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Como primer paso para establecer un proceso de mejoramiento continuo basado en PHVA, se hace necesario establecer y/o definir los problemas que atraviesa una organización para poder satisfacer los requisitos del cliente, para esto las entidades (negocios) deben definir mecanismos a través de los cuales sea posible establecer las situaciones problemáticas u oportunidades de mejora. Para tal fin y con el objeto de establecer un verdadero sistema de gestión integrado de la calidad en el proceso de hospitalización de Hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la Costa se definieron por parte de los desarrolladores de la presente investigación los siguientes aspectos a tener en cuenta para el diseño del sistema de gestión:

1. Comportamiento de la demanda desde el año 2007 – 2011, a partir de información contemplada en el libro de ingresos y salidas de pacientes de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., obteniéndose la siguiente información que sirve como punto de partida para el análisis de la situación de la misma:

Al dar un vistazo a la situación actual de la Clínica Psiquiátrica de la Costa LTDA., es fácilmente observable un crecimiento paulatino en la prestación del servicio de atención a pacientes con problemas de salud mental, desde el 2007 hasta el año 2008, situación que se originó debido a la habilitación otorgada por DASALUD a la institución, lo que ocasionó la apertura y consecución de contratos con diferentes EPS de la ciudad de Cartagena y de la costa caribe, y del mismo DASALUD para la población que en su necesidad de mejorar y mantener la salud mental debían ser atendidos y en caso de ser necesario hospitalizarlos, igualmente esta situación ventajosa para la IPS es producto de su estructura física y de diseño que cumple con los estándares mínimos para suplir la necesidades de hospitalización de sus clientes, Pero a pesar de esta situación la Clínica en el año 2009 decae en un 4.87%, debido a la aparición de nuevas clínicas de salud mental en la

ciudad de Cartagena, tal es el caso de la Clínica Psiquiátrica Simón Santander, San Felipe y toma auge la Clínica CEMID que de igual forma se habilita y proporciona un servicio para estos mismos clientes, lo que origina una gran competencia en la prestación de los servicios citados, y ya para el año del 2010 se aprecia un decrecimiento del 3.66 %, lo que nos lleva a analizar que los comportamientos de disminución en el área de ingresos y hospitalización en la clínica con relación a sus clientes directos e indirectos tienden a disminuir para el año 2011, en lo referido a la demanda de los servicios ofrecidos por la clínica, lo que observo con preocupación y por consiguiente se entró a analizar dicha situación, con el objeto de establecer métodos orientados a mejorar los niveles de demanda (ver Anexo A: TABLA No. 5: REGISTRO FLUJO DE PACIENTES CSC AÑOS 2007 – 2011 y Anexo B: GRAFICA No.4: COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA CSC AÑO 2007 – 2011).

2. Diagnostico aplicado por la EPS COOMEVA, para el año 2008, la EPS COOMEVA sucursal Cartagena, aplica un diagnostico a la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda. Para darle cumplimiento a un estándar que tiene definidos en el Manual de Auditoria para el Aseguramiento de la Calidad a Prestadores de Servicios de Salud, a través de una lista de chequeo denominada: INSTRUMENTO EVALUADOR DE APTITUD PRESTADORES, en el que se evalúan (7) aspectos (ver Anexo C: TABLA No. 6: RESUMEN DIAGNOSTICO PROVEEDORES EPS COOMEVA), los cuales arrojaron los siguientes resultados(definidos como hallazgos):

- **Fortalezas:**

- ✓ La buena actitud de los colaboradores de la organización, para desarrollar gestión de la calidad.
- ✓ Políticas orientadas a su función social y a la calidad.
- ✓ Definida su estructura organizacional.

- ✓ Organizado el proceso de selección de personal.
- ✓ La organización tiene definidos los perfiles para ejercer sus cargos.

- **Oportunidades de mejora y recomendaciones:**
 - ✓ Especificar las variables a evaluar en la satisfacción de usuarios (Calidez, información que le suministran, etc.).
 - ✓ Implementar sistemas de costos para los servicios claves de la organización, con el fin de contar con la información que les permita realizar negociaciones de contratos de prestación de servicios con información de costos objetiva.
 - ✓ Elaborar planes de capacitación con base en diagnóstico de necesidades formuladas por los colaboradores de la organización u otras fuentes pertinentes.
 - ✓ Implementar programas para promover la cultura del buen uso de los equipos y las instalaciones de la organización.
 - ✓ Formular el plan de información de la organización, con el fin de planificar y hacer seguimiento normalmente al desarrollo de esta área en la organización.
 - ✓ Implementar mecanismos para enunciar, divulgar y vigilar el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes.
 - ✓ Formular e implementar la política de seguridad de la organización con el fin de identificar y analizar los riesgos y eventos adversos de los servicios y aprovechar las oportunidades de mejora que estos aportan.
 - ✓ Diseñar e implementar mecanismos para captar las inconformidades de los usuarios, con el fin de detectar y aprovechar todas las oportunidades de mejora que se generen por esta fuente.
 - ✓ Formular el PAMEC de la organización incorporando en la etapa de autoevaluación de la ruta crítica, el comportamiento de los estándares de acreditación y el grado de implementación de la política de seguridad de

la atención. Lo anterior acorde con lo establecido por el ministerio de la protección social, en las pautas para formular el PAMEC.

- ✓ Organizar la implementación de los programas de fármaco y tecnología de vigilancia, con el fin de controlar los riesgos y eventos adversos que generan para los usuarios el uso de medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ Diseñar e implementar metodología para el análisis de modo y efectos de fallas (AMEF), con el fin de identificar en forma oportuna las necesidades de acciones preventivas.
- ✓ Documentar el plan de mejoramiento del ambiente físico que incremente la seguridad de los pacientes y se lleve un seguimiento a la implementación y el avance.
- ✓ Diseñar mecanismos adicionales a los obligatorios de la ley para el aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud a través del tiempo.

- **Debilidades:**


- ✓ Organizar un programa que permita la verificación y revisión del direccionamiento estratégico.
- ✓ Organizar programa para el aseguramiento de la calidad de los proveedores, actualmente la institución no evidencia contrato con ninguno de los proveedores.
- ✓ Diseñar plan de desastres y emergencias para en caso de ocurrencia poder evacuar y reubicar a los pacientes.
- ✓ Elaborar encuestas de clima organizacional, con el fin de identificar oportunidades de mejora e implementar los respectivos planes de acción.
- ✓ Elaborar e implementar formalmente, programas de bienestar laboral, que incluyan políticas de promoción, motivación y calidad de vida del personal.

- ✓ Definir mecanismos para enunciar, divulgar y vigilar el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes.
- ✓ Definir un sistema de auditoría al acto asistencial basado en el análisis de los resultados clínicos para la toma de decisiones en el mejoramiento de los servicios.
- ✓ Fortalecer en todos los procesos la aplicación de herramientas de análisis que les permitan identificar las causas raíces de los problemas identificados en los seguimientos de desempeño, con el fin de formular planes de mejoramiento con optimas posibilidades de eficacia.
- ✓ Definir y ejecutar un mecanismo para despliegue de los planes de mejoramiento.
- ✓ Organizar el archivo de historias clínica, control de entrega de las mismas, procedimientos de back ups para los archivos sistematizados, definición de perfiles y alcance y acceso al sistema de información, documentos sobre condiciones de archivo.

La calificación obtenida por la institución fue de 50% de cumplimiento de los estándares evaluados, con lo que se clasifica en el programa de aseguramiento de la calidad de prestadores, definido por la EPS COOMEVA, como proveedor inaceptable, lo cual implica que debe realizar un plan de acción con resultados inmediatos previo a contratación.

3. La Clínica Psiquiátrica De La Costa Ltda. tiene la responsabilidad y el compromiso de mantener al paciente hospitalizado, a su familia y a la comunidad servicios seguros y de excelencia. Por tal motivo se necesita profesionales comprometidos y competitivos. Se debe disponer de la suficiente capacidad tecnológica necesaria que facilite el proceso de hospitalización, mediante la consecución de un diagnóstico y un tratamiento integral, manteniendo estándares orientados a la eficacia y eficiencia.

Para darle alcance al objetivo anteriormente expuesto se hizo necesario definir por parte de los desarrolladores del presente trabajo integrador una herramienta de diagnóstico integrado para establecer el grado de cumplimiento del proceso de hospitalización ofertado por la entidad evaluada, con referencia a los requisitos establecidos por la norma ISO 9001: 2008 y los estándares para la acreditación en salud propuesto en la resolución 1445 de 2006 a través de su anexo técnico 1, generando así la siguiente lista de chequeo:

	LISTA DE CHEQUEO				
	DIAGNOSTICO PARAMETROS DE ACREDITACION – ISO 9001:2008				
	CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA				
	PROCESO DE HOSPITALIZACION				
	FECHA DE APLICACIÓN				
RESPONSABLE:					
N°	CARACTERISTICAS	C	N C	N A	OBSERVACIONES
REQUISITOS GENERALES					
1	¿Se han identificado todos los procesos necesarios para el SGC y se ha determinado la secuencia y como se relacionan e interaccionan entre ellos?				
2	¿Están definidos los criterios y los métodos de realización de procesos y de control de los mismos, y además son adecuados y eficaces?				
3	¿Se disponen recursos (técnicos, económicos, humanos, formativos, etc.) y se da información que permita la realización y seguimiento de los procesos?				
4	¿Existe evidencia (registros) de las acciones que lleven a la consecución de los resultados planificados y de la mejora continua de los procesos?				
5	¿Existen procesos subcontratados (afecten a la conformidad del producto) se controlan y se ha definido control del sistema?				
REQUISITOS DE DOCUMENTACION					
6	¿Existe una política de calidad documentada, definida por la alta dirección y ratificada por esta?				
7	¿Existe un Manual de Gestión donde se describen los procesos e interacción de estos, así como los requisitos de la norma, justificando debidamente cualquier exclusión?				

8	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma, esto incluye aquellos procedimientos que se hayan identificado necesarios para la gestión y control de los procesos definidos en el manual de calidad?				
9	¿Existen registros requeridos por la norma y de los que la empresa identifique en su sistema como necesarios para la gestión, control y seguimiento de sus procesos?				
10	Requerimientos de información contractual y de necesidades y expectativas acordadas con los clientes y otras partes interesadas.(Documentos Externos)				
11	Aceptación de estándares nacionales, internacionales o regionales relativos a Capacitación.				
12	Requerimientos reglamentarios y/o de la autoridad competente.				
13	Fuentes de información externa relevantes al desarrollo de las competencias.				
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN					
14	¿Está establecida por escrito la política de calidad y se difunde a todos los niveles de la organización?				
15	¿Se han definido objetivos de calidad en su organización, están documentados, mantenidos y cuantificados?				
16	¿Se han definido procesos sistemáticos en materia de comunicación por parte de la alta dirección en cuanto a la importancia de satisfacer requisitos del cliente y legales?				
17	¿Se llevan a cabo revisiones por la gerencia?				
18	¿Se asegura la disponibilidad de recursos? Evidenciar.				
19	¿Se determinan y registran los requisitos del cliente (pedidos, especificaciones)?				
20	¿Cómo están establecidos los canales de comunicación con el cliente, en cuanto a la recepción y determinación de requisitos, aclaración de preguntas, información, etc.?				
21	¿Se han satisfecho dichos los requisitos, mediante la comparación entre lo solicitado por el cliente y lo suministrado por la organización?				
22	¿Está documentada, es revisada periódicamente y es adecuada al propósito de la organización e incluye el compromiso de satisfacer requisitos y mejorar la eficacia del sistema?				
23	¿Cómo es comunicada a la organización y la forma de verificar su entendimiento (reuniones, transmisión documental, exposición en lugares visibles, etc.)				
PLANIFICACION					
24	¿Se han establecido objetivos incluidos los necesarios para cumplir los requisitos del producto?				
25	¿Los objetivos son medibles, cuantificables y coherentes con la política. Se han definido plazos y responsabilidades para su control y seguimiento?				

26	¿Está documentada de manera sistemática el establecimiento de objetivos y aprobación. Se ha definido sistemáticamente para actuar en caso de incumplimiento de objetivos, incluidas las responsabilidades?			
27	¿Qué forma de planificar la calidad tiene establecido la organización (planes de calidad, actas de reunión, planning de trabajo, etc.)			
28	¿Cómo se planifican, implementan y registran los cambios en el sistema y como se garantiza la integridad de éste (documentos, actas de reunión, etc.)?			
29	¿Están definidas y comunicadas las responsabilidades, autoridades e interrelación dentro de la organización?			
30	¿Existe un Organigrama o similar que recoja la estructura organizativa, deberá estar aprobado y accesible al personal en materia de calidad?			
31	¿Existe la designación formal de un representante de la Dirección en materia de calidad?			
32	¿Dicho representante pertenece al grupo directivo?			
33	¿Tiene la autoridad suficiente para garantizar sus responsabilidades según la norma?			
34	¿Se han definido procesos de comunicación entre los distintos niveles y funciones de la organización?			
35	¿Dicha comunicación es eficaz (comunicación escrita u oral demuestre su eficacia)?			
REVISION POR LA DIRECCION				
36	¿Está establecida la revisión del SGC por parte de la alta dirección?			
37	¿Están establecidos períodos o plazos para estas revisiones. Se han cumplido y se han registrado estas revisiones?			
38	¿Durante la revisión se evalúan oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGC incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad? Evidenciar			
39	¿Durante la revisión se evalúan decisiones y acciones asociadas a: la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos, mejora del producto en relación con los requisitos del cliente y necesidades de recursos? Evidenciar.			
GESTION DE LOS RECURSOS				
40	¿Se ha definido cómo y quién identifica y proporciona recursos adecuados para implementar y mantener el sistema, mejorar la eficacia y aumentar la satisfacción del cliente?			
41	¿El personal que realice trabajos que afecten a la calidad (dirección, ejecución, verificación) es competente según los requisitos definidos por la empresa? Está definida y actualizada la competencia de este personal.			
42	¿Se han definido las competencias para el personal, y responsabilidades para la definición de las mismas?			
43	¿Cómo se identifican las necesidades de formación y responsabilidades de ejecución de las mismas?			
44	¿Mantienen un registro (evidencias) de la formación proporcionada u otras acciones adoptadas (interna y/o externa)?			

45	¿Se ha definido quién y cómo se evalúa la eficacia de las acciones formativas adoptadas?			
46	¿Se tienen registros de la formación, educación, habilidades y experiencia del personal?			
47	¿Las infraestructuras son adecuadas en lo relativo a edificios, espacios de trabajo, servicios, equipos para los procesos y servicios de apoyo?			
48	¿Se determinan responsabilidades relativas a la identificación de necesidades, dotación y mantenimiento de infraestructuras?			
49	¿Existen responsabilidades para determinar y gestionar las condiciones del ambiente de trabajo?			
REALIZACION DEL PRODUCTO				
50	¿Cómo se planifican los procesos de realización del servicio (planificación, órdenes de trabajo, etc.) y responsabilidades asociadas?			
51	¿Dicha planificación es coherente con los demás procesos relacionados y sus requisitos?			
52	¿Existe registros que evidencien de que los procesos de realización y el producto cumplen con los requisitos?			
53	¿Existen actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/ prueba específicas para el producto así como de los criterios de aceptación por parte del cliente? Explicar.			
54	¿Cómo se determinan y registran los requisitos del cliente para el producto, incluyendo las actividades de entrega y servicios post venta (pedidos, contratos, etc.). Explicar.			
55	¿Cómo se determinan los requisitos de producto no especificados por el cliente y necesarios para el uso previsto (especificaciones de producto, instrucciones de utilización, etc.). Explicar			
56	¿Cómo se determinan y registran los requisitos legales y reglamentarios del producto (especificaciones técnicas y funcionales)? Explicar			
57	¿Cómo se revisan y cuáles son las responsabilidades asociadas a la revisión de los requisitos del producto antes del compromiso de suministro al cliente (revisión de ofertas, revisión de contratos, etc.). Explicar.			
58	¿Existen registros de dichas revisiones y de acciones originadas en el proceso de revisión del producto?			
59	¿Existen responsabilidades y están sistemáticamente definidas para la comunicación con los clientes en cuanto a la información sobre el producto, el tratamiento de preguntas, contratos, pedidos, modificaciones?			
60	¿Existen responsabilidades y están establecidas sistemáticamente para el tratamiento de la información del cliente y, para el tratamiento y resolución de las quejas del cliente? Explicar.			
61	¿Cómo se determinan los requisitos de producto no especificados por el cliente y necesarios para el uso previsto (especificaciones de producto, instrucciones de utilización, etc.). Explicar			
COMPRAS				
62	¿La organización controla a los proveedores y a los productos comprados?			
63	¿Se dispone de registros de las evaluaciones de proveedores y sus acciones asociadas?			

64	¿Se dispone de un registro o similar de proveedores aceptables a disposición del personal autorizado para realizar las compras?			
65	¿Los documentos de compra describen las especificaciones y requerimientos del producto o servicio. Se revisan antes de su aprobación?			
66	¿Se realizan actividades de inspección u otras actividades necesarias para verificar que el producto comprado cumple los requisitos solicitados?			
PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO				
67	¿La organización planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas? Incluyendo actividades de liberación, entrega y servicio pos venta.			
68	¿Están definidos los parámetros claves o críticos para el control de los procesos?			
69	¿Referente a la Trazabilidad del producto. Cómo se identifica el servicio a través de la realización de este. Explicar.			
70	¿La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes del cliente, suministrados para su utilización o incorporación en el producto? Se mantienen registros.			
71	¿Cómo se preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega a destino al cliente. Incluyendo procesos de identificar, manipular, envasar, almacenar y proteger los productos?. Explicar.			
72	¿Existe una relación o registro de los equipos sujetos a calibración?			
73	¿Se registran las calibraciones realizadas a los equipos?			
74	¿Existen procedimientos e instrucciones para la calibración interna y la verificación?			
75	¿Se identifican los equipos según su estado de calibración?.			
76	¿Los resultados de la calibración son adecuados para el tipo de medida a calibrar?			
MEDICION , ANALISIS Y MEJORA				
77	¿La organización planifica las auditorías internas del SGC?			
78	¿Se han definido los criterios de auditoria, el alcance de la misma, su frecuencia u metodología. Existe procedimiento documentado?			
79	¿Se registran los resultados de las auditorias y que los responsables de las áreas auditadas tomen las acciones (información a los implicados)			
80	¿La organización define qué aspectos se deben medir, cuál método utilizar, qué elementos de medición se deben aplicar y quienes son los responsables			
81	¿Se mantiene un mecanismo adecuado para su verificación?. (Registro, instrucciones, etc.)			
82	¿Se mantienen evidencias de la conformidad del producto con los criterios de aceptación del cliente?			
83	¿La organización aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del SGC?			
84	¿La organización mide y hace el seguimiento de las características del servicio, para verificar que se cumplan los requisitos del mismo?			

85	¿Cómo aseguran que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su utilización o entrega no intencionados? Explicar.			
86	¿Existe un procedimiento documentado que describa los controles y responsabilidades, así como las autoridades para tratar los productos no conformes?			
87	¿Se registran las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente?			
88	¿Se analizan datos para obtener información sobre la satisfacción del cliente? Cuáles.			
89	¿Se analizan datos para obtener información sobre la conformidad de los requisitos del servicio?			
90	¿Se analizan datos para obtener información de las características y tendencias de los procesos y de los servicios?			
91	¿Se analizan datos para obtener información sobre los proveedores?			
92	¿Se toman acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir su repetición y que son apropiadas a los efectos de la no conformidad?			
93	¿Existe un procedimiento documentado (acción correctiva) que defina los requisitos para revisar las no conformidades, determinación de las causas, evaluar acciones, implementar acciones, registrar los resultados y revisar las acciones correctivas tomadas?			
94	¿Existe un procedimiento documentado (acción preventiva) para definir los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas?			
95	Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico dentro de la organización.			
96	La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.			
97	Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización			
98	Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.			
99	Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.			
100	Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades: * Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad. * Priorización de los pacientes que deben atenderse.			
101	Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.			

102	La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:			
103	Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación			
104	La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento de su ingreso. Esta evaluación esta soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario.			
105	La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él.			
106	Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable.			
107	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especialidades de aislamiento.			
108	Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.			
109	La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.			
110	Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.			
111	Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/ o medicina basada en la evidencia que la institución ha desarrollado adaptado o adoptado.			
112	La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y de los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.			
113	Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.			
114	Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.			
115	Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones.			

116	Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.			
117	Soporte nutricional especial.			
118	Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad.			
119	Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos. Cuando aplique.			
120	Apoyo espiritual / religioso			
121	La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad.			
122	Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.			
123	La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.			
124	La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización, no será divulgada sin su consentimiento.			
125	El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente			
126	Diseño del plan farmacológico de tratamiento.			
127	Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.			
128	Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente generalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención.			
129	Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.			
130	Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.			
131	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.			
132	Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.			
133	Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.			
134	La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo.			
135	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento			

136	La educación está dada por un grupo interdisciplinario.			
137	El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.			
138	La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o guías de práctica clínica.			
139	Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el periodo de hospitalización			
140	La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.			
141	Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.			
142	Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.			
143	Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.			
144	La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.			
145	El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.			
146	Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.			
147	El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.			
148	El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia			
149	La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización			
150	El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.			
151	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado			
152	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
153	El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.			

154	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			
155	Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.			
156	Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.			
157	Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.			
158	La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente, y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.			
159	Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.			
160	Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.			
161	Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.			
162	Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.			
163	Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores			
164	Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.			
165	Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesaria.			
166	Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.			
167	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del Direccionamiento			
168	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			
169	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
170	El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.			
171	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			

172	Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos			
173	Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades.			
174	Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la organización			
175	La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.			
176	Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.			
177	Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización.			
178	Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores.			
179	Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.			
180	Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional.			
181	Existe un proceso para la protección y control de los recursos.			
182	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia			
183	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			
184	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
185	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			
186	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.			
187	Existe un proceso para la planeación del recurso humano.			
188	Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.			

189	La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.			
190	La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.			
191	Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores			
192	Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.			
193	Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización.			
194	Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.			
195	La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.			
196	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.			
197	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			
198	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
199	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			
200	La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.			
201	La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares			
202	Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.			
203	La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.			
204	Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).			
205	Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre.			

206	La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.			
207	Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.			
208	Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.			
209	La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.			
210	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico			
211	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			
212	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
213	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			
214	Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.			
215	Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)			
216	La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.			
217	Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.			
218	Existe un proceso para transmitir los datos y la información.			
219	Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.			
220	Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.			
221	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.			
222	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			
223	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.			
224	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.			

ESTA LISTA DE CHEQUEO SE BASA EN LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD POR LO CUAL SE TIENE ALGUNA INQUIETUD O DISCREPANCIA REMITIRSE A LA RESOLUCION 1445 DE 2006 Y A LA NORMA ISO 9001:2008

La lista de chequeo de verificación de cumplimiento de requisitos integrada contiene los nombres de los estándares con su respectiva definición así como también los criterios de evaluación, las casillas de calificación y el modo de verificación. Esta lista de verificación integrada cuenta con (6) seis numerales así:

- La primera columna establece un numeral de referencia para cada criterio.
- La segunda columna establece el criterio de evaluación.
- La tercera columna, se encabeza por la letra “C” CUMPLE, se utiliza cuando el criterio evaluado o requisito evaluado cumple en su totalidad.
- La cuarta columna, encabezada por las letras “NC” NO CUMPLE, se utiliza cuando todo el criterio o parte de él se incumple.
- La quinta columna, encabezada por las letras “NA” NO APLICA, se utiliza cuando el criterio establecido no es aplicable a la IPS en particular.
- La sexta columna, corresponde a las “OBSERVACIONES” que es utilizada por la IPS cuando esta realiza la autoevaluación y por la entidad territorial (DASALUD) al momento de realizar la visita de verificación y el criterio a evaluar muestre un resultado de “NC” o “NA” y se hace necesario argumentar el hallazgo.

Para efectos de cuantificación y medición se ha establecido una relación numérica para cada evaluación obtenida así:


- “C” cumple, se valorara con 2.
- “NC” no cumple o cumple o cumple parcialmente con el criterio se valorara con 1.

- “NA” no aplica, se valorara con 0, puesto que no le aporta o le quita al sistema más sin embargo puede que a futuro por modificaciones de carácter legal sea tenido en cuenta para incluir como criterio del sistema de gestión de la calidad.

A partir de esta valoración de los resultados se establecieron unos criterios para definir el nivel de calidad prestado por la IPS seleccionada para el estudio, dando como resultados los siguientes criterios:

- Entre 388 – 408 puntos, lo cual equivale a mínimo un 95 % de cumplimiento con referente a los criterios definidos para la integración de los sistemas, se considerara como una entidad de Alta Calidad para la prestación de servicios de salud.
- Entre 347 - 385 puntos, lo cual equivale aun porcentaje de cumplimiento mínimo del 85% de los requisitos establecidos para la integración de los sistemas, se considera como una entidad Buena Calidad para la prestación de servicios de salud.
- Entre 306 – 346 puntos, lo cual equivale a un porcentaje de cumplimiento mínimo del 75% de los requisitos establecidos para la integración de los sistemas, se considera como una entidad con nivel medio de calidad, para prestación de los servicios de salud.
- Entre 266 – 305 puntos, lo cual equivale a un porcentaje de cumplimiento mínimo del 65% de los requisitos establecidos para la integración de los sistemas, se considera una entidad con nivel bajo de calidad, para la prestación de servicios de calidad.

De la aplicación de la lista de chequeo citada se obtuvieron los siguientes resultados:

		LISTA DE CHEQUEO			
		DIAGNOSTICO PARAMETROS DE ACREDITACION – ISO 9001:2008			
		CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA			
		PROCESO DE HOSPITALIZACION			
		FECHA DE APLICACIÓN		10/02/2009	
RESPONSABLE:		Ings. Hernando Garzón S – Yobanis Rodríguez M.			
N°	CARACTERISTICAS	C	N C	N A	OBSERVACIONES
REQUISITOS GENERALES					
1	¿Se han identificado todos los procesos necesarios para el SGC y se ha determinado la secuencia y como se relacionan e interaccionan entre ellos?	X			Se realiza por parte de los desarrolladores del presente trabajo.
2	¿Están definidos los criterios y los métodos de realización de procesos y de control de los mismos, y además son adecuados y eficaces?		X		no se evidencia seguimiento a los procesos, a pesar de que cuentan con un proceso de habilitación, el cual para darse se hizo necesario desarrollar el documento de PAMEC
3	¿Se disponen recursos (técnicos, económicos, humanos, formativos, etc.) y se da información que permita la realización y seguimiento de los procesos?	X			
4	¿Existe evidencia (registros) de las acciones que lleven a la consecución de los resultados planificados y de la mejora continua de los procesos?	X			Se realizan mensualmente comités de gerencia donde se evalúan los problemas presentados en el periodo de lo cual se generan actas donde se asignan compromisos en pro del mejoramiento del servicio prestado
5	¿Existen procesos subcontratados (afecten a la conformidad del producto) se controlan y se ha definido control del sistema?		X		Actualmente existen procesos subcontratados como lo son el de ambulancia, exámenes de laboratorio y especializados, cirugía, para lo cual no hay criterios de evaluación y seguimiento establecidos para evaluar la aptitud del servicio contratado
REQUISITOS DE DOCUMENTACION					
6	¿Existe una política de calidad documentada, definida por la alta dirección y ratificada por esta?	X			
7	¿Existe un Manual de Gestión donde se describen los procesos e interacción de estos, así como los requisitos de la norma, justificando debidamente cualquier exclusión?	X			

8	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma, esto incluye aquellos procedimientos que se hayan identificado necesarios para la gestión y control de los procesos definidos en el manual de calidad?	X			
9	¿Existen registros requeridos por la norma y de los que la empresa identifique en su sistema como necesarios para la gestión, control y seguimiento de sus procesos?	X			
10	Requerimientos de información contractual y de necesidades y expectativas acordadas con los clientes y otras partes interesadas.(Documentos Externos)			X	No aplica para ese tipo de negocios dado el carácter público del mismo y que por lo general los pacientes del mismo llegan a este por remisión de EPS, DASALUD entre otras entidades que se benefician del servicio ofertado por la entidad.
11	Aceptación de estándares nacionales, internacionales o regionales relativos a Capacitación.	X			
12	Requerimientos reglamentarios y/o de la autoridad competente.	X			
13	Fuentes de información externa relevantes al desarrollo de las competencias.	X			
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN					
14	¿Está establecida por escrito la política de calidad y se difunde a todos los niveles de la organización?	X			
15	¿Se han definido objetivos de calidad en su organización, están documentados, mantenidos y cuantificados?	X			
16	¿Se han definido procesos sistemáticos en materia de comunicación por parte de la alta dirección en cuanto a la importancia de satisfacer requisitos del cliente y legales?	X			
17	¿Se llevan a cabo revisiones por la gerencia?		X		Está en proceso de diseño, ya que no hace parte de la cultura gerencial de la institución
18	¿Se asegura la disponibilidad de recursos? Evidenciar.			X	no se evidencia un proceso de planificación de recursos requeridos para la prestación del servicio, evidenciándose en algunas ocasiones la realización de pedidos a los proveedores de manera repentina
19	¿Se determinan y registran los requisitos del cliente (pedidos, especificaciones)?			X	dado las características del producto ofertado y la variedad de patologías atendidas en lo referente a salud mental
20	¿Cómo están establecidos los canales de comunicación con el cliente, en cuanto a la recepción y determinación de requisitos, aclaración de preguntas, información, etc.?	X			

21	¿Se han satisfecho los requisitos del cliente, mediante la comparación entre lo solicitado por el cliente y lo suministrado por la organización?	X			Al final de la prestación del servicio se aplica una encuesta de satisfacción pero que no da respuesta al criterio definido
22	¿Está documentada, es revisada periódicamente y es adecuada al propósito de la organización e incluye el compromiso de satisfacer requisitos y mejorar la eficacia del sistema?	X			Se hace necesario actualizar
23	¿Cómo es comunicada a la organización y la forma de verificar su entendimiento (reuniones, transmisión documental, exposición en lugares visibles, etc.)	X			
PLANIFICACION					
24	¿Se han establecido objetivos incluidos los necesarios para cumplir los requisitos del producto?	X			
25	¿Los objetivos son medibles, cuantificables y coherentes con la política. Se han definido plazos y responsabilidades para su control y seguimiento?	X			
26	¿Está documentada de manera sistemática el establecimiento de objetivos y aprobación. Se ha definido sistemáticamente para actuar en caso de incumplimiento de objetivos, incluidas las responsabilidades?	X			
27	¿Qué forma de planificar la calidad tiene establecido la organización (planes de calidad, actas de reunión, planning de trabajo, etc.)	X			
28	¿Cómo se planifican, implementan y registran los cambios en el sistema y como se garantiza la integridad de éste (documentos, actas de reunión, etc.)?		X		no existe evidencia al respecto
29	¿Están definidas y comunicadas las responsabilidades, autoridades e interrelación dentro de la organización?	X			
30	¿Existe un Organigrama o similar que recoja la estructura organizativa, deberá estar aprobado y accesible al personal en materia de calidad?	X			
31	¿Existe la designación formal de un representante de la Dirección en materia de calidad?		X		no se evidencia dentro de la estructura organizacional la asignación de tal responsabilidad con funciones específicas y apropiadas a lo requerido por la norma
32	¿Dicho representante pertenece al grupo directivo?		X		no se evidencia dentro de la estructura organizacional la asignación de tal responsabilidad con funciones específicas y apropiadas a lo requerido por la norma

33	¿Tiene la autoridad suficiente para garantizar sus responsabilidades según la norma?		X			no se evidencia dentro de la estructura organizacional la asignación de tal responsabilidad con funciones específicas y apropiadas a lo requerido por la norma
34	¿Se han definido procesos de comunicación entre los distintos niveles y funciones de la organización?	X				
35	¿Dicha comunicación es eficaz (comunicación escrita u oral demuestre su eficacia)?	X				
REVISION POR LA DIRECCION						
36	¿Está establecida la revisión del SGC por parte de la alta dirección?		X			no existe definido un estándar que promueva tal acción dentro de la organización, se propone establecerla en el manual de calidad del SGC
37	¿Están establecidos períodos o plazos para estas revisiones. Se han cumplido y se han registrado estas revisiones?		X			no existe definido un estándar que promueva tal acción dentro de la organización
38	¿Durante la revisión se evalúan oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGC incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad? Evidenciar		X			no existe definido un estándar que promueva tal acción dentro de la organización
39	¿Durante la revisión se evalúan decisiones y acciones asociadas a: la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos, mejora del producto en relación con los requisitos del cliente y necesidades de recursos? Evidenciar.		X			no existe definido un estándar que promueva tal acción dentro de la organización
GESTION DE LOS RECURSOS						
40	¿Se ha definido cómo y quién identifica y proporciona recursos adecuados para implementar y mantener el sistema, mejorar la eficacia y aumentar la satisfacción del cliente?	X				
41	¿El personal que realice trabajos que afecten a la calidad (dirección, ejecución, verificación) es competente según los requisitos definidos por la empresa? Está definida y actualizada la competencia de este personal.		X			dado las características del negocio, la cual es orientada a habilitar y rehabilitar la salud metal de individuos, es bastante difícil encontrar personal sobretodo operativo especializado en el tema
42	¿Se han definido las competencias para el personal, y responsabilidades para la definición de las mismas?	X				
43	¿Cómo se identifican las necesidades de formación y responsabilidades de ejecución de las mismas?		X			no existe evidencia de un mecanismo que permita establecer tales requerimientos, mas sin embargo se verifica el manual de funciones establecido para cada cargo
44	¿Mantienen un registro (evidencias) de la formación proporcionada u otras acciones adoptadas (interna y/o externa)?	X				
45	¿Se ha definido quién y cómo se evalúa la eficacia de las acciones formativas adoptadas?		X			no existe asignación de esta función.

46	¿Se tienen registros de la formación, educación, habilidades y experiencia del personal?	X			
47	¿Las infraestructuras son adecuadas en lo relativo a edificios, espacios de trabajo, servicios, equipos para los procesos y servicios de apoyo?	X			
48	¿Se determinan responsabilidades relativas a la identificación de necesidades, dotación y mantenimiento de infraestructuras?	X			
49	¿Existen responsabilidades para determinar y gestionar las condiciones del ambiente de trabajo?		X		no se cuenta con una persona encargada de tal criterio, ni se contrata externamente.
REALIZACION DEL PRODUCTO					
50	¿Cómo se planifican los procesos de realización del servicio (planificación, órdenes de trabajo, etc.) y responsabilidades asociadas?	X			
51	¿Dicha planificación es coherente con los demás procesos relacionados y sus requisitos?	X			
52	¿Existe registros que evidencien de que los procesos de realización y el producto cumplen con los requisitos?		X		A pesar de que haya algunos formatos definidos, no se evidencia su diligenciamiento.
53	¿Existen actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/ prueba específicas para el producto así como de los criterios de aceptación por parte del cliente? Explicar.			X	dado las características del producto ofertado, esto solo lo puede verificar el médico psiquiatra que lleva el caso
54	¿Cómo se determinan y registran los requisitos del cliente para el producto, incluyendo las actividades de entrega y servicios post venta (pedidos, contratos, etc.). Explicar.		X		no se lleva a cabo seguimiento al paciente una vez sale de la entidad
55	¿Cómo se determinan los requisitos de producto no especificados por el cliente y necesarios para el uso previsto (especificaciones de producto, instrucciones de utilización, etc.). Explicar	X			A través de protocolos médicos y tratamientos propios a cada caso
56	¿Cómo se determinan y registran los requisitos legales y reglamentarios del producto (especificaciones técnicas y funcionales)? Explicar	X			A través de protocolos médicos y tratamientos propios a cada caso
57	¿Cómo se revisan y cuáles son las responsabilidades asociadas a la revisión de los requisitos del producto antes del compromiso de suministro al cliente (revisión de ofertas, revisión de contratos, etc.). Explicar.	X			
58	¿Existen registros de dichas revisiones y de acciones originadas en el proceso de revisión del producto?			X	no aplica dado las características del producto ofertado
59	¿Existen responsabilidades y están sistemáticamente definidas para la comunicación con los clientes en cuanto a la información sobre el producto, el tratamiento de preguntas, contratos, pedidos, modificaciones?	X			

60	¿Existen responsabilidades y están establecidas sistemáticamente para el tratamiento de la información del cliente y, para el tratamiento y resolución de las quejas del cliente? Explicar.		X		no hay establecida una función para atención de quejas y reclamos
61	¿Cómo se determinan los requisitos de producto no especificados por el cliente y necesarios para el uso previsto (especificaciones de producto, instrucciones de utilización, etc.). Explicar			X	dado las características del producto ofertado, esto solo lo puede verificar el médico psiquiatra que lleva el caso
COMPRAS					
62	¿La organización controla a los proveedores y a los productos comprados?		X		no existen criterios para tal fin
63	¿Se dispone de registros de las evaluaciones de proveedores y sus acciones asociadas?		X		no existen criterios para tal fin
64	¿Se dispone de un registro o similar de proveedores aceptables a disposición del personal autorizado para realizar las compras?		X		no existen criterios para tal fin
65	¿Los documentos de compra describen las especificaciones y requerimientos del producto o servicio. Se revisan antes de su aprobación?		X		no existen criterios para tal fin
66	¿Se realizan actividades de inspección u otras actividades necesarias para verificar que el producto comprado cumple los requisitos solicitados?	X			
PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO					
67	¿La organización planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas? Incluyendo actividades de liberación, entrega y servicio pos venta.	X			
68	¿Están definidos los parámetros claves o críticos para el control de los procesos?		X		Está en proceso de diseño
69	¿Referente a la Trazabilidad del producto. Cómo se identifica el servicio a través de la realización de este. Explicar.	X			se lleva a cabo el registro de historias clínicas donde se evidencia la evolución del paciente
70	¿La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes del cliente, suministrados para su utilización o incorporación en el producto? Se mantienen registros.	X			
71	¿Cómo se preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega a destino al cliente. Incluyendo procesos de identificar, manipular, envasar, almacenar y proteger los productos?. Explicar.			X	dado las características del producto ofertado
72	¿Existe una relación o registro de los equipos sujetos a calibración?		X		no existe plan establecido para tal fin
73	¿Se registran las calibraciones realizadas a los equipos?		X		no existe plan establecido para tal fin
74	¿Existen procedimientos e instrucciones para la calibración interna y la verificación?		X		no se evidencia procedimiento

75	¿Se identifican los equipos según su estado de calibración?.	X			no se evidencia
76	¿Los resultados de la calibración son adecuados para el tipo de medida a calibrar?		X		no se calibran equipos actualmente a pesar de que existen equipos susceptibles a tal actividad
MEDICION , ANALISIS Y MEJORA					
77	¿La organización planifica las auditorías internas del SGC?	X			
78	¿Se han definido los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia u metodología. Existe procedimiento documentado?	X			
79	¿Se registran los resultados de las auditorías y que los responsables de las áreas auditadas tomen las acciones (información a los implicados)		X		no se cumple con lo establecido en el PAMEC
80	¿La organización define qué aspectos se deben medir, cuál método utilizar, qué elementos de medición se deben aplicar y quienes son los responsables	X			
81	¿Se mantiene un mecanismo adecuado para su verificación?. (Registro, instrucciones, etc.)		X		no se lleva a cabo lo establecido en el PAMEC
82	¿Se mantienen evidencias de la conformidad del producto con los criterios de aceptación del cliente?	X			
83	¿La organización aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del SGC?		X		no se lleva a cabo lo establecido en el PAMEC
84	¿La organización mide y hace el seguimiento de las características del servicio, para verificar que se cumplan los requisitos del mismo?		X		no se lleva a cabo lo establecido en el PAMEC
85	¿Cómo aseguran que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su utilización o entrega no intencionados? Explicar.			X	dado las características del producto ofertado
86	¿Existe un procedimiento documentado que describa los controles y responsabilidades, así como las autoridades para tratar los productos no conformes?			X	dado las características del producto ofertado
87	¿Se registran las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente?			X	dado las características del producto ofertado
88	¿Se analizan datos para obtener información sobre la satisfacción del cliente? Cuáles.	X			se aplica encuesta de satisfacción al final de la prestación del servicio y se cuenta con buzón de sugerencias
89	¿Se analizan datos para obtener información sobre la conformidad de los requisitos del servicio?		X		no se diligencian los indicadores establecidos para la prestación del servicio
90	¿Se analizan datos para obtener información de las características y tendencias de los procesos y de los servicios?		X		no se diligencian los indicadores establecidos para la prestación del servicio

91	¿Se analizan datos para obtener información sobre los proveedores?	X			no se diligencian los indicadores establecidos para la prestación del servicio
92	¿Se toman acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir su repetición y que son apropiadas a los efectos de la no conformidad?	X			
93	¿Existe un procedimiento documentado (acción correctiva) que defina los requisitos para revisar las no conformidades, determinación de las causas, evaluar acciones, implementar acciones, registrar los resultados y revisar las acciones correctivas tomadas?	X			
94	¿Existe un procedimiento documentado (acción preventiva) para definir los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas?	X			
95	Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico dentro de la organización.	X			
96	La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	X			no existen deberes y derechos del paciente definidos
97	Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización	X			no existe un procedimiento definido para tal fin
98	Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	X			
99	Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.	X			
100	Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades: * Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad. * Priorización de los pacientes que deben atenderse.	X			
101	Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	X			
102	La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:	X			

103	Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación	X			
104	La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento de su ingreso. Esta evaluación esta soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario.	X			
105	La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él.		X		no existe evidencia la respecto
106	Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable.		X		no existe evidencia la respecto
107	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especialidades de aislamiento.	X			
108	Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.	X			
109	La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.	X			
110	Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	X			
111	Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/ o medicina basada en la evidencia que la institución ha desarrollado adaptado o adoptado.	X			
112	La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y de los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	X			

113	Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.				X	
114	Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.	X				
115	Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones.	X				
116	Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.	X				
117	Soporte nutricional especial.		X			se evidencia ala existencia de un plan d alimentación, diseñado por parte de una nutricionista y que responde a unas necesidades nutricionales por el tipo de tratamiento que reciben los pacientes de la institución pero no se aplica
118	Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad.	X				
119	Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos. Cuando aplique.	X				
120	Apoyo espiritual / religioso		X			por directrices medicas no se permite el apoyo citado
121	La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad.	X				
122	Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	X				
123	La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.	X				
124	La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización, no será divulgada sin su consentimiento.	X				

125	El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	X			
126	Diseño del plan farmacológico de tratamiento.	X			
127	Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.	X			
128	Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente generalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención.	X			
129	Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.	X			
130	Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.	X			
131	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.	X			
132	Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	X			
133	Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.	X			
134	La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo.	X			
135	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento	X			
136	La educación está dada por un grupo interdisciplinario.	X			
137	El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	X			
138	La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o guías de práctica clínica.	X			
139	Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el periodo de hospitalización	X			

140	La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.	X			
141	Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.	X			
142	Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.		X		no se evidencia estándar al respecto
143	Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.		X		no se evidencia estándar al respecto
144	La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.	X			
145	El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.		X		
146	Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.		X		Está en proceso de diseño
147	El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.		X		Está en proceso de diseño
148	El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia		X		Está en proceso de diseño
149	La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización		X		Está en proceso de diseño
150	El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.		X		Está en proceso de diseño
151	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado		X		Está en proceso de diseño
152	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.		X		Está en proceso de diseño

153	El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	X		no se evalúan los resultados de indicadores a pesar de existir un PAMEC definido
154	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	X		Está en proceso de diseño
155	Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.	X		Está en proceso de diseño
156	Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	X		Está en proceso de diseño
157	Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	X		nunca se ha llevado a cabo un plan de direccionamiento estratégico
158	La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente, y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	X		nunca se ha llevado a cabo un plan de direccionamiento estratégico
159	Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.	X		no se tiene definido el proceso citado
160	Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.	X		
161	Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	X		al no haber definido un plan estratégico, no hay que divulgar
162	Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	X		no se desarrolla dentro de la organización ningún tipo de planificación, ni existe evidencia de los mismo
163	Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores	X		a pesar de que existe un documento de PAMEC, no se lleva a cabo ningún proceso al respecto
164	Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	X		

165	Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesaria.	X			
166	Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.		X		
167	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del Direccionamiento		X		
168	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		X		Está en proceso de diseño
169	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.	X			
170	El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.		X		no se evidencia sistematización alguna con referencia al manejo de información
171	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.		X		no existe un proceso de comunicación definido
172	Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos		X		no están caracterizados los procesos
173	Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades.		X		es una entidad que funciona bajo un esquema funcional, lo que se evidencia en la estructura organizacional que maneja
174	Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la organización		X		existen varios procedimientos establecidos por efecto del proceso d habilitación, pero no hay un manual de calidad como tal
175	La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	X			
176	Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.		X		existe un PAMEC documentado pero no se implementa
177	Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización.		X		no existen deberes y derechos de los pacientes definidos

178	Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores.	X			
179	Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.		X		Está en proceso de diseño
180	Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional.		X		Está en proceso de diseño
181	Existe un proceso para la protección y control de los recursos.	X			
182	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia		X		
183	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		X		
184	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.		X		
185	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.		X		
186	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.		X		
187	Existe un proceso para la planeación del recurso humano.		X		
188	Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.		X		
189	La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.		X		
190	La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.		X		
191	Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores	X			

192	Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.			X	
193	Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización.	X			
194	Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.		X		
195	La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.		X		
196	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.	X			no existe el área de recursos humanos como tal
197	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		X		
198	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.		X		
199	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	X			
200	La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.		X		
201	La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares	X			
202	Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.	X			
203	La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.	X			
204	Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).	X			se evidencia un plan de emergencias
205	Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre.	X			

206	La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.	X			
207	Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.	x			
208	Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.	x			
209	La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.	X			
210	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico		X		
211	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		X		
212	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.		X		
213	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.		X		Está en proceso de diseño
214	Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.		X		
215	Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)		X		Está en proceso de diseño
216	La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.		X		Está en proceso de diseño
217	Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	X			Está en proceso de diseño
218	Existe un proceso para transmitir los datos y la información.			X	
219	Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.			X	
220	Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.			X	

221	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.			X	
222	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.			X	
223	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento.	X			
224	Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.		X		Está en proceso de diseño
<p>ESTA LISTA DE CHEQUEO SE BASA EN LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR SALUD POR LO CUAL SE TIENE ALGUNA INQUIETUD O DISCREPANCIA REMITIRSE A LA RESOLUCION 1445 DE 2006 Y A LA NORMA ISO 9001:2008</p>					

De la aplicación de la anterior lista de chequeo se alcanzaron los siguientes resultados, los cuales muestran de manera resumida en la siguiente tabla:

Tabla No.4: resumen de criterios lista de chequeo integradora

CRITERIO PARA EL SGC	C	NC	NA	PMAX	POB	%
REQUISITOS GENERALES	3	2	0	10	8	80
REQUISITOS DE DOCUMENTACION	7	0	1	14	14	100
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5	4	1	18	14	78
PLANIFICACION	8	4	0	24	20	83
REVISION POR LA DIRECCION	0	4	0	8	4	50
GESTION DE LOS RECURSOS	6	4	0	20	16	80
REALIZACION DEL PRODUCTO	6	3	3	18	15	83
COMPRAS	1	4	0	10	6	60
PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	3	6	1	18	12	67
MEDICION , ANALISIS Y MEJORA	65	69	14	268	199	74

Fuente: Lista de chequeo integradora

Basados en los resultados obtenidos se puede establecer que la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., alcanzo un grado de cumplimiento con respecto a los requisitos definidos en la lista de chequeo integradora del 75% de cumplimiento de lo establecido, alcanzando un puntaje de 308 puntos de 408 posibles, lo que ubica dentro de los criterios de valoración en una entidad con nivel medio de calidad para la prestación de servicios de salud, lo que en caso de una certificación o acreditación lo aleja del alcance de este objetivo por lo que hace necesario identificar y establecer planes de acción conducentes a mejorar el nivel de calidad y satisfacer con esto los requisitos del cliente.

Se pueden extraer del análisis de los resultados alcanzados que la entidad muestra grandes debilidades y oportunidades de mejora en aspectos tales como:

- Compras, de lo cual vale la pena anotar:
 - ✓ Que a la fecha no se cuenta con ningún tipo de contrato con los proveedores de insumos para la prestación de servicios hospitalarios, lo que no permite a su vez realizar algún tipo de seguimiento orientado a la satisfacción de los requisitos de los clientes.
 - ✓ No se evidencia la existencia de un estándar para selección de proveedores lo que abre la posibilidad de que cualquiera pueda suministrar insumos que no cumplen con los estándares de calidad mínimos y a su vez ponga en riesgo la integridad de los pacientes.
 - ✓ No se tienen definidos los estándares mínimos para aceptación o rechazo de medicamentos u otros insumos hospitalarios.

- Revisión por parte de la dirección, de lo cual se puede anotar los siguientes aspectos:

- ✓ No se evidencia en los directivos de la organización la cultura del seguimiento a los planes de acción, ni al control de los procesos, por lo que en gran medida no se puede hablar de la existencia de un mejoramiento continuo del servicio prestado y muchas veces se incurra en la improvisación.
 - ✓ A pesar de la existencia de una habilitación, lo que representa que la IPS cuenta con un PAMEC, no se evidencia la implementación, ni la generación de planes de mejoramiento del servicio prestado por la entidad.
- Producción y Prestación del Servicio, aspecto en el cual vale la pena citar:
 - ✓ No se tienen definidas las variables o criterios para medir los procesos, lo que dificulta establecer medición, análisis y mejora de los procesos.
 - ✓ Se cuenta con equipos que pueden influir en el estado de salud de los pacientes hospitalizados, los cuales no cuentan con un programa o plan de calibración y/o mantenimiento preventivo.
- Medición, análisis y mejora, anotando los siguientes aspectos:
 - ✓ Se cuenta con un PAMEC debidamente documentado pero no se tiene implementado, lo que no permite establecer el estado real del proceso y a partir de estos definir planes de acción conducentes a mejorar el proceso citado.
 - ✓ No se evidencia la cultura de la medición en la entidad, lo que dificulta el mejoramiento continuo, con el objeto de alcanzar estándares alto de calidad.
- Gestión de los recursos, donde se resaltan los siguientes aspectos:
 - ✓ Se encuentra una gran debilidad en el tema de recursos humanos donde por las características del negocio y los tipos de patologías tratadas se requiere contar con un recurso humano muy especializado, se observa que la clínica no cuenta con un plan de

desarrollo profesional dirigido al personal que interviene o tiene injerencia directa en la prestación del servicio.

- ✓ No se cuenta dentro de la estructura organizacional un rol definido a la gestión del recurso humano que tenga entre otras actividades la identificación de las necesidades de capacitación.
- ✓ No se lleva a cabo análisis de clima laboral orientado a establecer el grado de satisfacción de los clientes internos para con el que hacer de la entidad, lo que a su vez abra la posibilidad de establecer planes de acción orientados a generar fidelización de los empleados para con la empresa, planes de incentivos, entre otros aspectos a tener en cuenta.
- Responsabilidad de la dirección, anotando los siguientes aspectos:
 - ✓ no se evidencia un proceso de planificación de recursos requeridos para la prestación del servicio, evidenciándose en algunas ocasiones la realización de pedidos a los proveedores de manera repentina.
- Planificación, resaltando los siguientes aspectos:
 - ✓ No existe evidencia de la planificación de un sistema de gestión de la calidad, orientado esto a la satisfacción de los requisitos del cliente.
 - ✓ No se evidencia la designación de un representante de parte de la dirección que asuma la responsabilidad de administrar el sistema de gestión de la calidad.
- Requisitos generales, donde se destacan los siguientes aspectos:
 - ✓ Actualmente existen procesos subcontratados como lo son el de ambulancia, exámenes de laboratorio y especializados, cirugía, para lo cual no hay criterios de evaluación y seguimiento establecidos para evaluar la aptitud del servicio contratado.
 - ✓ No se evidencia seguimiento a los procesos, a pesar de que cuentan con un proceso de habilitación, el cual para darse se hizo necesario desarrollar el documento de PAMEC.

- Entre otros aspectos a resaltar vale la pena anotar que la alta dirección nunca ha realizado un ejercicio de planificación estratégica lo que en gran medida dificulta el funcionamiento de un sistema de gestión, el establecimiento de metas a largo, mediano y corto plazo, por lo que en general se incurre en errores desde el punto de vista financiero lo que en la actualidad se convierte en la principal restricción de la institución para trabajar en pro del mejoramiento continuo y por consiguiente alcanzar el crecimiento y consolidación de la organización en el mercado.
- La organización no hace análisis de su entorno, es decir no evalúa a sus competidores, ni identifica comportamientos del entorno que le puede ser favorables o contraproducentes, como por ejemplo apertura de pabellones para pacientes psiquiátricos de parte de entidades como la policía nacional y los seguros sociales, clientes que aportaban ingresos económicos significativos, consolidación de competidores directos como CEMID y Simón Santander, quienes hicieron contrataciones con COOMEVA y Salud Total a pesar de no contar con una capacidad instalada superior al encontrado en la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda.

En resumen, esta lista de chequeo, es una manera de prevenir y de asegurar el proceso de hospitalización de la clínica, a la vez que muestra el camino a la excelencia.

7. DOCUMENTACION DE LOS PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS Y NECESARIOS DE ACUERDO A LOS REQUISITOS ISO 9001:2008 – RESOLUCION 1445 DE 2006

Uno de los elementos que se convierte en la razón de ser de todo sistema de gestión de la calidad y que a su vez permite alcanzar los objetivos propuestos del sistema, como es, establecer en la organización un enfoque bajo procesos orientado esto a la satisfacción de las necesidades del cliente, se denomina estandarización de procesos, aspecto que se lleva a cabo a través de la generación de una documentación que dé respuesta a los requisitos, establecidos como bases de entrada para el sistema de gestión integrado de la calidad en el proceso de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la costa Ltda. Los requisitos son⁹:

- Direccionamiento estratégico de la entidad seleccionada para estudio.
- Identificación de los procesos y su interrelación, así como, su caracterización.
- Norma ISO 9001:2008.
- Decreto 1445 de 2006.

A partir de estos lineamientos se adelantaron las siguientes etapas para documentar el sistema de gestión:

1. Identificación y clasificación de los procesos de la organización, para lo cual se utilizó la herramienta de mapa de procesos, en la cual se identifican los procesos de tipo estratégico (nivel 1), los procesos misionales (nivel 2), los procesos de apoyo (nivel 3) y procesos tercerizados, así como la

⁹http://www.organizatuempresa.com/uploads/4/3/3/0/4330782/por_dnde_empiezo_a_documentar.pdf

interrelación entre estos que permita alcanzar los objetivos del sistema de gestión.

2. Se selecciono y caracterizó el proceso a documentar, a partir de los siguientes criterios:

- Se selecciona un proceso de alta complejidad y sobre el que recae la razón de ser del negocio.
- Se selecciona un proceso que hace de manera rutinaria, es decir, se da día a día en el que hacer del negocio.
- Dada la importancia del proceso seleccionado en el alcance de los objetivos de la organización, se requiere que este se lleve a cabo de igual manera por todos y cada uno de los actores que en el intervienen.
- Se tuvo en cuenta para la selección del proceso, el impacto que este puede generar en el cliente, sino se lleva a cabo correctamente
- El producto resultado del proceso debe ser consistente.

3. Se definió cuales tipos de documentos son requeridos por el sistema documental¹⁰.

Cada empresa tiene diferentes necesidades, aunque hay documentos que son los más utilizados de manera general:

- **Procedimientos:** estos documentos reflejan las **actividades generales** que se tienen que llevar a cabo para lograr el objetivo del proceso.
- **Instrucciones de trabajo:** este tipo de documento marca las **tareas específicas** que se requieren para llevar a cabo una actividad dentro de un proceso. Los utilizas cuando el nivel de detalle del

¹⁰http://www.organizatuempresa.com/uploads/4/3/3/0/4330782/por_dnde_empiezo_a_documentar.pdf

procedimiento no es suficiente para clarificar cómo realizar alguna actividad.

- **Instrucciones visuales:** estas son una variación de las instrucciones de trabajo, que **utiliza fotografías** o ilustraciones para explicar cómo llevar a cabo las tareas. Frecuentemente se utilizan para los operadores de procesos de producción, o personal con nivel académico de primaria o secundaria.
- **Instrucciones de navegación:** son otra variante de las instrucciones de trabajo, que se usa exclusivamente para indicar cómo llevar a cabo tareas en una **aplicación de software** específica. Maneja “fotografías” de las pantallas involucradas.
- **Guías de capacitación:** estos son el material de capacitación de los **cursos internos** que se imparten en la empresa. Es recomendable que si las utilizas, especifiques un formato estándar para que no tengas cursos de chile, queso y manteca. Este formato varía dependiendo de si el curso va a ser presencial o por e-learning (curso en línea).
- **Formatos:** estos documentos se utilizan para **registrar información**. Es raro que no se utilicen y hay que cuidarse de no generar demasiados. Llenarlos consume tiempo y recursos, así que hay que tener sólo los necesarios.
- **Políticas:** estos son documentos que marcan las **reglas del juego**, cómo se va a manejar la empresa, pero no dicen cómo (para eso están los procedimientos).

A partir de los aspectos anteriormente descritos se define utilizar: Procedimientos, formatos, políticas, instructivos y consolidarlo en el documento maestro que soporta y guía a la sistema de gestión de la calidad, el Manual del Sistema de Gestión de la Calidad.

De la aplicación de los anteriores pasos se obtuvo como resultado la documentación del sistema de gestión de la calidad la cual se describe como se muestra a continuación:

7.1 Descripción de la documentación

La documentación que se muestra al interior de este capítulo es el resultado de manera como se ha concebido el sistema integrado de Gestión de Calidad del proceso de hospitalización en la clínica psiquiátrica de la Costa Ltda., el cual se fundamenta en el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma internacional ISO 9001:2008 y de los estándares de acreditación según la resolución 1445 de 2006 (Anexo Técnico No. 1) haciendo énfasis en la forma particular de cómo se lleva a cabo la gestión organizacional asociada con la calidad en las diferentes etapas de planeación, prestación de servicios hospitalarios, seguimiento y medición de los factores relevantes con el propósito de plantear las acciones de mejora continua que se requieran de acuerdo al caso.

El objeto principal en este aparte del trabajo integrador desarrollado es establecer una plataforma desde de la cual se dé continuidad a la construcción de una estructura documental del sistema integrado de gestión de la calidad, la cual está constituida por tres niveles:

Nivel I: Compuesto por el Manual de la Calidad. (**Ver Anexo D: Manual de Calidad Sistema de Gestión**)

Nivel II: Conformado por (1) documentos necesarios para implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión integrado de la calidad, (2) procedimientos documentados requeridos en el sistema integrado de gestión de la calidad, (3) Procedimientos técnicos que la organización ha considerado oportuno y (4) los instructivos de trabajo, (5) Planes y (6) Manuales.

Nivel III: Compuesto por los registros generados que comprobarían lo que se hace en la organización y los niveles de calidad alcanzados.

Es muy importante resaltar que para efecto de este trabajo integrado se mostrará cada una de las propuestas en materia de elaboración de documentos que obedece a la reforma de algunos existentes y a la creación de algunos aun no establecidos al interior de la organización, teniendo en cuenta que el paciente es el factor principal. En este contexto, la Clínica cambia a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para sus clientes, este modelo ampara el garantizar la estabilidad de la institución demostrando su eficacia, y cambiando aquellos procesos, estructuras que son necesarios modernizar; actualizando sus estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento del sistemas integrado de gestión de la calidad.

El presente Manual del Procedimiento de Hospitalización documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la CLINICA. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear la gestión administrativa de este Institución.

Estos documentos contribuyen a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de las acciones realizadas, sin embargo es de resaltar que el reto a asumir no es la construcción de documentos sino la incorporación de una nueva cultura en cada uno de los miembros que componen las dependencias, lo cual se traducirá en al logro de los metas que se persigan al alinearse con las estrategias que se dispongan desde la dirección estratégica, haciendo uso de nuevos

esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

7.2 Aprobación de documentos

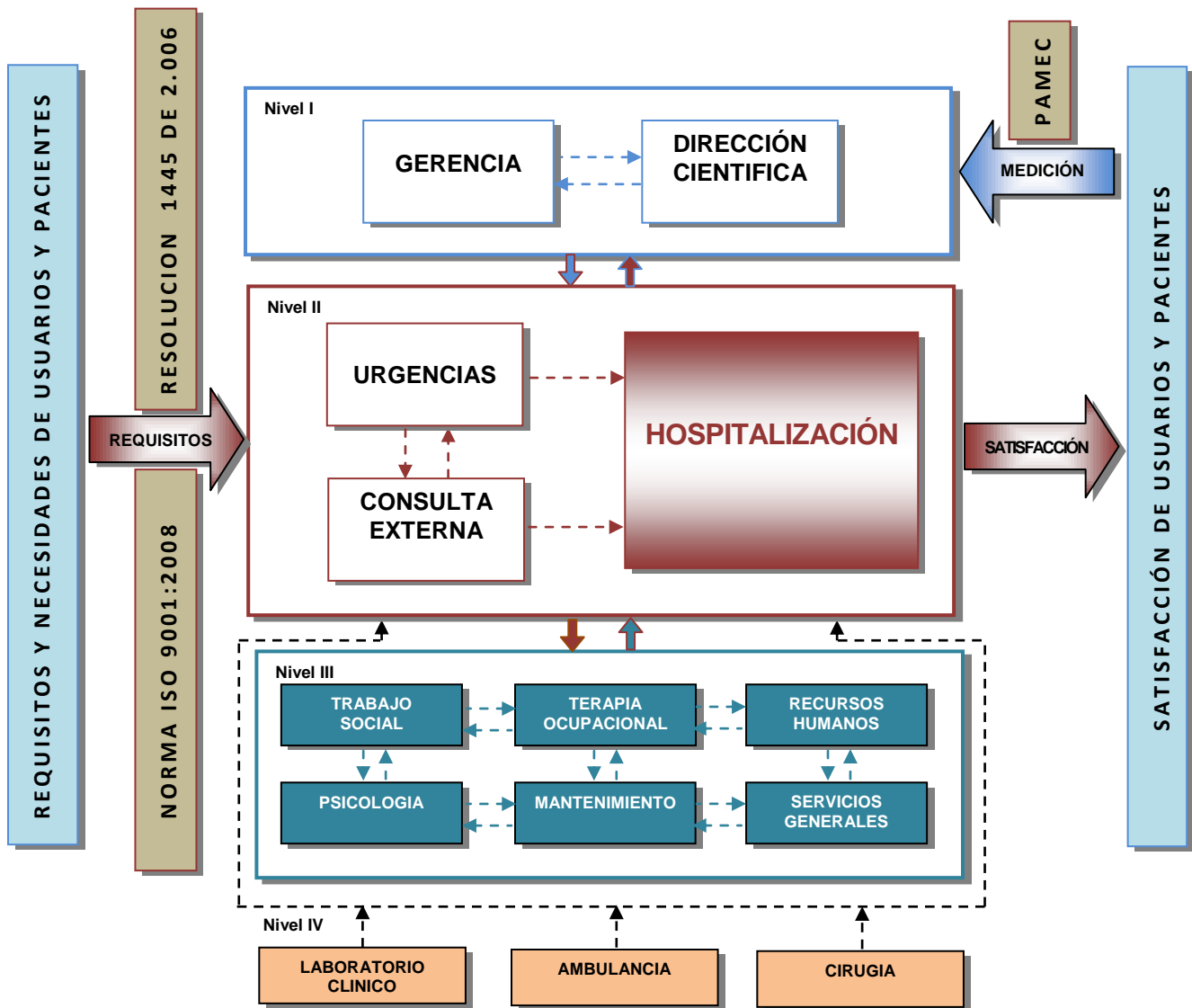
Todos y cada uno de los documentos que hacen parte del sistema integrado de gestión y que son referenciados en este trabajo integrador son el resultado de la observación, análisis y del compartir con los funcionarios de la organización acerca de las diferentes maneras en que se presentan múltiples situaciones durante el quehacer diario al interior de la clínica psiquiátrica de la Costa Ltda., de hecho dichas propuestas en materia de documentación reveladas en este trabajo integrador contiene información relativa a los aspectos generales de la manera sistemática como se pone en marcha el proceso de hospitalización interactuando con otros procesos identificados gracias a iniciativa y espíritu que pone de manifiesto en los objetivos planteados al integrar en un sistema de gestión de la calidad teniendo un enfoque de gestión basado procesos y los estándares de acreditación.

Por otro lado es de resaltar, que los documentos referenciados o publicados en este capítulo constituyen propuestas que se encuentran en periodo de aprobación.

7.3 Objetivo general de la documentación

Definir de manera estandarizada cada uno de los aspectos relevantes a la prestación del servicio de hospitalización de la clínica psiquiátrica de la costa Ltda. teniendo como eje principal la calidad en la atención del paciente que se encuentra internado recibiendo tratamiento psiquiátrico mediante la atención médica especializada de manera integral bajo los principios de equidad, igualdad, seguridad y calidez en el servicio de hospitalización.

Grafico 3: MAPA DE PROCESOS DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA



Como puede notarse en el mapa de procesos de la clínica psiquiátrica de la costa Ltda. el proceso de hospitalización interactúa con otros procesos de nivel I o estratégico (Gerencia y Dirección científica), de nivel II o asistencial (Urgencia y Consulta externa), de nivel III o de apoyo (Trabajo social, Terapia ocupacional, Recursos humanos, Psicología, Mantenimiento y Servicios generales) e

igualmente interactúa con procesos de nivel IV o contratados (Laboratorio clínico, Ambulancia y Cirugía); por lo tanto la documentación propuesta se ve afectada por las interacciones mencionadas anteriormente, de hecho a continuación se muestra la caracterización del proceso de hospitalización para brindar mayores detalles de ello.

Tabla 2: Caracterización del proceso de hospitalización

Proceso	HOSPITALIZACIÓN	Misión	Alcance
Tipo de Proceso	Misional o Asistencia (Nivel II)	Brindar atención integral en el servicio de hospitalización que contribuya a mejorar la calidad del estado de salud mental de los pacientes internos.	Incluye todas las actividades a partir del ingreso del paciente para hospitalización hasta que se formalice la de alta por parte del médico tratante y el respectivo egreso por parte de enfermería.
Responsable	Gerencia, Profesionales médicos, enfermeras y auxiliares.		

Proveedor	Entrada	Actividades	Resultados	Cliente
* Gerencia *Dirección científica	*Directrices estratégicas *Directrices científicas	P Desarrolla plan táctico y operativo de atención en hospitalización	Directrices tácticas y operativas	*Todos los procesos internos
*Proceso de Urgencia *Proceso de Consulta externa	*Notas de evolución de enfermería. *Historia clínica. *Diagnostico inicial.	H (1) Enfermera registra ingreso (2) Medico valora al paciente y evalúa diagnostico y tratamiento (3) Seguimiento a tratamiento médico (4) Elabora solicitud de análisis de laboratorio y revisa resultados. (5) Elabora solicitud de interconsulta, evalúa resultados. (6) Elabora referencias y contrareferencias. (7) Formaliza de alta al paciente (8) Enfermera registra egreso	*Tarjeta de identificación *Registro clínico de enfermería *Notas de evolución del médico tratante *Notas de evolución del médico tratante *Referencias y contrareferencias *Recetas medicas y suministro de medicamentos	*Trabajo Social * Psicología *Terapia ocupacional *Cirugía *Ambulancia *Servicios generales (Alimentos & bebidas)

Proveedor	Entrada		Actividades	Resultados	Cliente
Entes Gubernamentales Dirección	Estándares de calidad (PAMEC)	V	Análisis y seguimiento de indicadores de gestión	Informe de eficacia	
Gerencia Auditores internos Auditores externos	Revisión de la gerencia. Reporte de auditoría interna Medidas de satisfacción (Paciente, familiares y usuarios)	A	Formulación e implementación de mejoras	*Ejecución de acciones correctivas *Ejecución de acciones preventivas	*Gerencia *Dirección científica

Documentación aplicable		Recursos
Interna	Externa	
(1) Manual de la calidad. (2) Procedimiento de atención en el servicio de hospitalización.	(1) Norma ISO 9001:2008 (2) Resolución 1043 de 2006 (3) Resolución 1445 de 2006 (4) Ley 100 de 1993	*Instrumentación hospitalaria. *Insumos hospitalarios. *Habitaciones adecuadas de acuerdo a patologías *Fármacos

Con base en la anterior caracterización y a la secuencia de actividades se propone el procedimiento de atención en el servicio de hospitalización, lo cual conlleva a cubrir la necesidad de generación de evidencias objetivas que reflejen que el proceso se desarrolla de acuerdo a lo establecido y para ello diseñaron los formatos correspondientes que se podrá observar en el capítulo cuatro del presente trabajo.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Objetivo

Definir claramente los pasos para realizar durante la prestación del servicio de hospitalización con el propósito principal de asegurar el restablecimiento de la salud mental de los pacientes internos.

2. Alcance

Este procedimiento es para aplicar sobre las actividades propias de hospitalización psiquiátrica desde el momento en que se da ingreso al paciente hasta que se formaliza de alta por parte del médico tratante.

3. Referencias

- ✓ Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales.
- ✓ Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Decreto 1011 de abril de 2006, que surgió a nivel nacional en lo referente al sector salud a través del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud (SOGCS).
- ✓ Resolución 1043 de abril de 2006, que nos habla de unos requisitos mínimos para prestar el servicio.
- ✓ Resolución 1445 de mayo de 2006, que nos habla sobre unos estándares de mayor calidad.
- ✓ Ley 715 de 2001.
- ✓ Resolución 1446 de mayo de 2006. (Sistema de Información para la Calidad).
- ✓ Norma ISO 9000:2008

4. Responsabilidades del cuerpo de especialistas y profesionales de la salud.

- ✓ Proporcionar atención médica a los pacientes mediante valoración y diagnóstico oportuno.
- ✓ Solicitar estudios de laboratorio para valorar el estado de salud de los pacientes.
- ✓ Brindar información suficiente, oportuna, clara y veraz al paciente y/o familiares o representante legal.
- ✓ Determinar si el paciente amerita consulta subsecuente, interconsulta médica, o referencia a segundo nivel de atención.
- ✓ Contribuir con los servicios médicos del hospital, para la atención integral del paciente hospitalizado, mediante las técnicas de enfermería necesarias y suficientes, que permitan la recuperación física y psicosomática del paciente.
- ✓ Coordinar las funciones y procedimientos con los jefes de servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y áreas administrativas.
- ✓ Orientar a los pacientes y familiares en la importancia de su participación para mejorar los resultados del tratamiento del paciente.
- ✓ Trasladar a los pacientes con medidas de seguridad necesarias tanto al interior como al exterior del hospital.

5. Definiciones

Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Historia clínica: Al conjunto de documentos que pudieran ser gráficos e imagenológicos o cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá

hacer registrar, anotar y certificarlos resultados de su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Egreso hospitalario: Al evento de salida del paciente de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga.

Procedimiento médico: Al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

Reingreso: Al paciente que ingresa nuevamente en el año a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico.

Servicio de hospitalización: Al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos.

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Insumos: Solicitud de internamiento del paciente por parte de consulta externa y/o urgencia.

Resultado: Diagnóstico, tratamiento, interconsulta médica, alta del paciente por referencia al segundo nivel, por mejoría o por ausencia de signos vitales.

6. Descripción

PROCEDIMIENTO 1: Atención en el servicio de hospitalización.		
DESCRIPCION		
No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Viene del servicio de consulta externa o urgencias		
1	Hospitalización / Enfermera Jefa	Recibe al paciente e "Historia clínica" revisa que dentro de éste se encuentre la "Solicitud de internamiento", elabora la "Ficha de identificación" y la coloca al pie de la cama, registra el nuevo ingreso en "Libro de ingresos y egresos" y datos del paciente en la hoja "Registro clínico de enfermería" la integra en la "Historia clínica", informa al médico de piso del nuevo ingreso.
2	Hospitalización / Médico	Se entera del nuevo ingreso, se presenta, revisa la "Historia clínica", valora al paciente y evalúa el diagnóstico y tratamiento.
3	Hospitalización / Médico	Confirma el diagnóstico y tratamiento, registra en el formato "Notas de evolución" y da indicaciones a la enfermera.
4	Hospitalización / Médico	No confirma el diagnóstico, registra datos en el formato "Notas de evolución", llena la "Solicitud de Laboratorio" y "Solicitud de estudios", informa al paciente que necesita practicarse estudios y establecer diagnóstico y tratamiento, ambas solicitudes las entrega a la enfermera en servicio.
5	Hospitalización/ Enfermera Jefa	Recibe "Solicitud de Laboratorio" y "Solicitud de estudios", programa fecha y hora para que le practiquen los estudios, prepara al paciente y espera los resultados, una vez obtenidos los "Resultados" de los estudios los anexa a la "Historia clínica".
6	Hospitalización / Médico	Analiza los resultados de los estudios practicados al paciente, registra en el formato "Notas de evolución" y determina el diagnóstico y tratamiento a seguir.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
7	Hospitalización / Médico	Confirma el diagnóstico y tratamiento y determina continuar el tratamiento, registra la confirmación del tratamiento en el formato "Notas de evolución" y da indicaciones a la enfermera en servicio.
8	Hospitalización / Médico	Determina que el paciente necesita una interconsulta de especialidad, registra en "Notas de evolución", llena el formato "Solicitud-recepción de interconsulta médica" y le da indicaciones a la enfermera en servicio.
9	Hospitalización/ Enfermera	Se entera de que el paciente continúa con el tratamiento, necesita una interconsulta médica recibe en su caso el formato "Solicitud-recepción de interconsulta médica", hace los trámites correspondientes y prepara al paciente para interconsulta médica. Espera a que el paciente salga de la interconsulta con las correspondientes indicaciones de la interconsulta médica para proporcionar los cuidados requeridos, registra cualquier cambio en la hoja "Registro clínico de enfermería".
10	Hospitalización/ Médico	Se entera, revisa la "Historia clínica" vigila la evolución del paciente y autoriza el alta del paciente por mejoría o referencia a segundo nivel, por alta voluntaria o por defunción.
11	Hospitalización/ Médico	Cuando el alta ocurra por mejoría del paciente, registra la fecha de alta en el formato "Notas de evolución", requisita la "Receta médica" en original y tres copias, la "Hoja de egreso" "Hoja de referencia y contrarreferencia" en su caso, integra a la "Historia clínica", llena también el formato "Aviso de alta" y se lo entrega a la enfermera en servicio.
No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
12	Hospitalización/ Enfermera Jefa	Recibe el "Aviso de alta" se entera que el paciente va a ser dado de alta, tramita el egreso del paciente, informa a los familiares que su paciente va a ser dado de alta, les indica que pasen a Trabajo Social.
13	Familiar y/o representante legal	Se entera que su familiar va a ser dado de alta y las indicaciones de que deben pasar a Trabajo social, y acude.

14	Hospitalización/ Enfermera	Recibe del paciente el “Recibo único de pago” y registra el número de folio en el “Libro de ingreso y egreso”, extrae de la “Historia clínica” la “Receta médica”, en su caso la “Hoja de Contrarreferencia” y entrega a los familiares: Al paciente, el original del “Recibo único de pago”, el original 2ª y 3ª copia de la “Receta médica”, y la “Hoja de Contrarreferencia”, la 1ª copia “Receta médica” archiva, los despide.
15	Hospitalización/ Familiar y/o representante legal	Recibe, a su paciente, el “Recibo único de pago”, el original 2ª y 3ª copia de la “Receta médica”, y la “Hoja de Contrarreferencia” en su caso, y se retira.
16	Hospitalización/ Médico	Cuando el alta sea por voluntad del paciente, registra la fecha de alta en el formato “Notas de evolución”, requisita la “Hoja de egreso”, “Cuenta paciente” e integra a la “Historia clínica”, llena también el formato “Aviso de alta” y se lo entrega a la enfermera en servicio.
17	Hospitalización / Médico	Cuando el alta sea por defunción del paciente, registra el deceso en el formato “Notas de evolución”, requisita el “Certificado de defunción” en original y 4 copias, llena también el formato “Aviso de alta”, y le entrega ambos formatos a la enfermera en servicio para que realice los trámites correspondientes.
18	Hospitalización / Enfermera	Recibe formato “Certificado de defunción” en original y 4 copias, y el “Aviso de alta”, inicia trámites correspondientes.

7. Requisitos documentales

1. Acta control de ingresos y egresos hospitalarios
2. Solicitud de hospitalización
3. Tarjeta de identificación
4. Notas de evolución por enfermería
5. Notas de evolución por medicina

6. Solicitud de laboratorio y estudios
7. Solicitud-recepción de interconsulta médica
8. Sistema de referencia
9. Sistema de contrarreferencia
10. Receta médica
11. Hoja de egreso
12. Aviso de alta
13. Cuenta paciente
14. Acta de control de ingreso y egreso.

8. Distribución

El original del manual del procedimiento se encuentra en poder del Coordinador de Calidad, del Representante de la Dirección, y en Dirección. Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

1. Jefe de Hospitalización.
2. Jefe de Enfermería.
3. Área Científica de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda.

8. REGISTROS Y FORMATOS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA

Una vez documentados los procesos del sistema de gestión se hace necesario establecer mecanismos conducentes a evidenciar los resultados alcanzados por dicho proceso en cada una de sus etapas y que a su vez sirva como soporte para llevar a cabo seguimiento al mismo a través del concepto de trazabilidad del proceso, para esto se definieron formatos de verificación y a modo de evidencias de la ejecución de actividades o tareas mediante procedimientos y sus respectivos instructivos. Entre los formatos que se definieron tenemos:

- ✓ Solicitud de hospitalización
- ✓ Tarjeta de identificación
- ✓ Notas de evolución por enfermería
- ✓ Notas de evolución por medico
- ✓ Solicitud de laboratorio y exámenes
- ✓ Solicitud de interconsulta
- ✓ Formato de referencia
- ✓ Formato de contra referencia
- ✓ Receta medica
- ✓ Formato de egreso
- ✓ Formato de alta al paciente
- ✓ Estado de cuenta
- ✓ Actas de control de ingreso y egreso
- ✓ Listado maestro de documentos

A continuación se muestra la propuesta de diseño de los formatos relacionados anteriormente:



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011


Página __ de __

SOLICITUD DE HOSPITALIZACION			
INTERNAMIENTO:	VOLUNTARIO <input type="checkbox"/>	INVOLUNTARIO <input type="checkbox"/>	OBLIGATORIO <input type="checkbox"/>
Lugar:	Fecha:	Hora:	
Nombre completo del paciente:			
N° HC	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono:
Celular:	Estado civil:	Ocupación:	
Dirección:			
En caso de emergencia avisar a:			
Parentesco:			Teléfono:
Domicilio:			
Ingreso por el servicio de: Urgencias <input type="checkbox"/>		Consulta Externa: <input type="checkbox"/>	
Fecha de ingreso:		Hora de Ingreso:	
Diagnóstico de ingreso:			


Nombre y firma del Solicitante _____

Nombre y Firma
Médico que realiza el ingreso _____

Parentesco: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __ de __

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN		
UNIDAD MÉDICA:		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:
FECHA DE APERTURA:		
NOMBRE DEL PACIENTE:		
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
SERVICIO:		

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __de __

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: NOTAS DE EVOLUCIÓN.

OBJETIVO:

- Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.
- El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.

No. CONCEPTO DESCRIPCIÓN

1 HOJA NO. Anotar el número de la hoja.

2 UNIDAD MÉDICA Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.

3 NUMERO DE HISTORIA CLINICA: número de identificación del paciente.


4 NOMBRE DELPACIENTE: Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).

5 EDAD del paciente.

6 GÉNERO Refiere el género del usuario, colocando una (x) en el cuadro que corresponda.

7 FECHA Y HORA: Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.

8 NOTAS DE EVOLUCIÓN Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados, relacionados con la parte asistencial, Personal de enfermería.

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __de __

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: NOTAS DE EVOLUCIÓN.

OBJETIVO:

- Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.
- El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.

No. CONCEPTO DESCRIPCIÓN

1 HOJA NO. Anotar el número de la hoja.

2 UNIDAD MÉDICA Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.

3 NUMERO DE HISTORIA CLINICA: número de identificación del paciente.

4 NOMBRE DEL PACIENTE: Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).

5 EDAD del paciente.

6 GÉNERO Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.

7 FECHA Y HORA: Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.

8 NOTAS DE EVOLUCIÓN Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados, relacionados con la parte asistencial, atención médica y por especialistas.



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

SOLICITUD DE LABORATORIOY EXAMENES


UNIDAD MÉDICA	N° HISTORIA CLINICA	EDAD
NOMBRE DEL PACIENTE		
GÉNERO : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA	HORA

N°	HEMATOLOGIA	INMUNOLOGIA	MICROBIOLOGIA	QUIMICA CLINICA

Requiere autorización del jefe de laboratorio para la realización del mismo

SI NO

Nombre legible: _____ Firma: _____

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __de __

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SOICITUD DE LABORATORIO.

OBJETIVO:

- Verificar, Diagnosticar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.
- Identificar cuales estudios se realizaran al paciente
- El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.

No. CONCEPTO DESCRIPCIÓN

- 1 UNIDAD MÉDICA Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
- 2 NUMERO DE HISTORIA CLINICA: número de identificación del paciente.
- 3 NOMBRE DEL PACIENTE: Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
- 4 EDAD del paciente.
- 5 GÉNERO Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
- 6 FECHA Y HORA: Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
- 7 NOMBRE LEGIBLE: nombre legible de quien expide la solicitud (medico) en forma clara.
8. FIRMA, del médico que expide la solicitud.
9. N°; Escribir en número consecutivos y en orden ascendente el número de exámenes a realizar.
10. Escribir en las casillas siguientes y correspondientes según clasificación los exámenes a expedir o solicitar para el paciente.



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

UNIDAD MÉDICA	N° HISTORIA CLINICA	EDAD
NOMBRE DEL PACIENTE		
GÉNERO : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA	HORA
FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO:	
TELEFONO:	CELULAR:	TELEFONO 2:

PARA SER LLENADO POR ADMISIONES	
1. Servicio de salud	2. Establecimiento
3. Especialidad	4. Unidad

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA		
DATOS CLINICOS		
1. Establecimiento:	2. Especialidad:	3. Se deriva la atención:
4. Hipótesis Diagnostica o Diagnostico		

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA			
DATOS CLINICOS			
1. Se envía a consulta para:	Realizar tratamiento	<input type="checkbox"/>	Seguimiento
	Confirmar diagnostico	<input type="checkbox"/>	Otro
Especificar:			



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

Fundamentos del diagnóstico:

Exámenes realizados:

PARA SER LLENADO EN ADMISION (DATOS DEL PROFESIONAL)

NOMBRE

FIRMA:

TARJETA PROFESIONAL



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

FORMATO DE REFERENCIA					
CLINICA				CONSULTORIO	
A DOCTOR:				SERVICIO DE	
DE DOCTOR:				ESPECIALIDAD:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE					
EDAD		SEXO		HISTORIA CLINICA	
MOTIVO DE REFERENCIA					
TRATAMIENTO RECIBIDO:					
EXAMENES SUGERIDOS:					
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:					
CONDICIONES PARA INGRESO EN EL HOGAR			SI		NO
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO					FECHA




**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**


Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

FORMATO DE CONTRAREFERENCIA					
CLINICA				CONSULTORIO	
A DOCTOR:				SERVICIO DE	
DE DOCTOR:				ESPECIALIDAD:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE					
EDAD		SEXO		HISTORIA CLINICA	
MOTIVO DE REFERENCIA					
TRATAMIENTO RECIBIDO:					
EXAMENES SUGERIDOS:					
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:					
CONDICIONES PARA INGRESO EN EL HOGAR			SI		NO
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO					FECHA

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __de __

RECETA MEDICA	
	CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA
FECHA	



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**

Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __ de __

FORMATO DE EGRESO

PACIENTE			
EMPRESA		CUARTO	
MEDICO		ESTADO DEL PACIENTE	
DOMICILIO		TELEFONO	
TIPO DE INGRESO		TRASLADO A	
FECHA		HORA	
SITUACION EN ADMISIONES			
DIAGNOSTICO			
PRINCIPAL			
SECUNDARIO			
TERCIARIO			



**REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO
DE HOSPITALIZACION DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA.**


Revisión: 1

Fecha: 22/08/2011

Página __de __

FORMATO DE ALTA AL PACIENTE					
CLINICA				IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
PACIENTE				EDAD	
SEXO				OCUPACION	
ESTADO CIVIL				TELEFONO	
DOMICILIO					
SERVICIO				NUMERO DE CAMA	
FECHA DE ALTA				HORA DE ALTA	
ALTA POR	MEJORIA	CURACION	VOLUNTARIA	DEFUNCION	TRASLADO
CUANDO EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA, EL MÉDICO DEBERÁ LENAR ESTA FORMA Y ENVIARLA AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEBERÁ SER ANEXADA AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN					
NOMBRE DEL MEDICO				FIRMA DEL MEDICO	
NOMBRE DEL CAJERO				FIRMA DEL CAJERO	

ESTADO DE CUENTA								
	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	TOTAL
SEMANA 1								
ESPECIFICAR								
SEMANA 2								
ESPECIFICAR								
SEMANA 3								
ESPECIFICAR								
SEMANA 4								
ESPECIFICAR								

	REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.	Revisión: 1
		Fecha: 22/08/2011
		Página __de __

REGISTRO DE ACTAS DE CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS

Este registro se realiza con 2 libros o cuadernos llamados **ACTA DE CONTROL DE INGRESO Y ACTA DE CONTROL DE EGRESO**, donde se escribe los ingresos y egresos que tiene el área de hospitalización y contiene la siguiente información.

Área: hospitalización

Fecha: día, mes y año en que ingresa o egresa el paciente

Hora: en que ingresa o egresa el paciente

Nombre del paciente

Número de identificación:

Teléfono del paciente

Firma del paciente o familiar, representante legal

Nombre de quien recibe o despide al paciente

Cargo

Número de identificación o tarjeta profesional:

Firma del médico responsable

Firma de enfermera jefe responsable

9. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADOS EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Y NORMA ISO 9001:2008

Los indicadores se realizan con el propósito de medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión integrado, y para el caso particular de las entidades de salud, estos deben evaluar, los objetivos que se plantean desde el punto de vista legal y que apunta directamente a la satisfacción del cliente, tal y como son los aspectos¹¹:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

¹¹Decreto 1011 de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el sector Salud

Estos indicadores planteados van encaminados a mejorar la calidad en la atención de los pacientes hospitalizados en la IPS, para influir en beneficio de la clínica a largo plazo, para mejorar el actuar de la empresa en el presente, y detectar problemas existentes y futuros.

Par la construcción de los indicadores se desarrolló los siguientes aspectos:

- Se establecieron las metas esperadas por el sistema obligatorio para la garantía de la calidad del sector salud, establecidos y definidos en los decretos 1011 de 2006, Resolución 1445 de 2006.
- Se evaluó el marco estratégico de la IPS seleccionada.
- Se identificaron Factores críticos de éxito.

Como resultado se obtuvieron los siguientes indicadores:

Tabla 3: Indicadores de Gestión de la Clínica Psiquiátrica de la Costa

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA MATEMATICA	VALOR OBJETIVO	DESCRIPCION	IMPACTO / UMBRAL DE CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Número mensual de ingresos hospitalarios/ Número mensual de egresos hospitalarios= Porcentaje de usuarios atendidos	85 %	Es el resultado de dividir el número de pacientes que ingresan a la clínica entre el número de pacientes que egresan de la misma.	Satisfacción de los pacientes. / 90%
COSTO CAMA DISPONIBLE	Valor total de gastos del periodo / Número de camas disponibles = Costos de cama disponibles.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de dividir el valor total de los gastos del periodo entre el número de camas disponibles reportadas en el periodo.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
COSTO CAMA OCUPADA	Valor total de gastos del periodo / Número de camas disponibles x % de ocupación = Costos cama ocupada.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de dividir el valor total de los gastos del periodo entre el número de camas ocupadas en promedio por periodo.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada

			El número de camas ocupadas por la clínica se obtiene de multiplicar el número de camas disponible por el % ocupacional.	
NUMERO DE FUNCIONARIOS POR CAMA OCUPADA	Valor total de funcionarios / Número de camas ocupadas en el periodo = Costos de funcionamiento por cama ocupada.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de dividir el número total de funcionarios por las camas ocupadas en el periodo. El número de camas ocupadas por la clínica se obtiene de multiplicar el número de camas disponible por el % ocupacional.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
COSTO MANO DE OBRA POR CAMA OCUPADA	Valor gasto del personal en el periodo / Número de camas disponibles x 5 ocupación = Costos de mano de obra por cama ocupada.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de dividir el valor de los gastos de personal del periodo entre el número de camas ocupadas en promedio para el periodo. El número de camas ocupadas por la clínica se obtiene de multiplicar entre el número de camas disponibles por el % ocupacional.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
COSTO EQUIVALENTE PACIENTE DIA	Valor total de gastos en el periodo / Número de EPD producidas en el periodo= costo de EPD	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de dividir el valor total de los gastos del periodo entre el número de equivalentes paciente día producción en el periodo.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
DIAS CAMA OCUPADA	\sum de las camas ocupadas durante los días del periodo = el número de días de camas ocupadas.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de sumar las camas ocupadas durante los días del periodo. Se denomina también paciente – día.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
DIAS CAMA DISPONIBLES	\sum de las camas disponibles ocupadas durante los días del periodo = Número de días de camas disponibles	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada	Es el resultado de sumar las camas disponibles durante los días del periodo.	Este valor debe ser definido por administración de la entidad seleccionada
PORCENTAJE DE OCUPACION	Número de días camas ocupadas en el periodo / Número de camas disponibles en el periodo x 100 = % de ocupación	85 %	Es el resultado de dividir el número de días camas ocupadas en el periodo entre el número de camas disponibles en el mismo periodo.	Gestión eficiente de los recursos./100%
NUMERO DE	Número de eventos	2%	Es el resultado de	Satisfacción de

EVENTOS ADVERSOS	adversos / Número de eventos realizados por día x 100 = % de eventos adversos.		dividir el número de eventos adversos en el periodo entre el número de eventos realizados en el mismo periodo.	los pacientes. / 98%
PORCENTAJE DE OCUPACION	Número de días camas ocupadas + Numero de consulta externa / 4 + Numero de atención de urgencias / 2 = EPD	85 %	El equivalente – paciente- días, es una medida de producción hospitalaria que hace equivalente en términos de costos los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencia entendidos como las unidades productivas fanales de la clínica. El cálculo de EPD se realiza sumando los días cama ocupada o días paciente, las consulta externa y las atenciones de urgencias haciéndolas equivalentes a través de la aplicación del factor.	Gestión eficiente de los recursos. / 97%
PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL USUARIO	Número de pacientes satisfechos en el periodo / Número de pacientes atendidos en el periodo x 100 = % de satisfacción.	85 %	El porcentaje de satisfacción de los pacientes atendidos en el periodo. Es el porcentaje del total de los pacientes atendidos en el periodo, entre el total de pacientes satisfechos en el periodo. Por 100.	Satisfacción de los pacientes. / 95%
PORCENTAJE DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES	Número de profesionales satisfechos en el periodo / Número de profesionales de la clínica x 100 = % de satisfacción del profesional.	85 %	Número de profesionales que trabajan en la clínica entre el número de profesionales satisfechos. Por 100.	Satisfacción de los profesionales. / 100%
PORCENTAJE DE MEDICOS ESPECIALISTAS	Número de profesionales especialistas en psiquiatría / Número de profesionales de la clínica x 100 = % especialistas	85 %	Número de profesionales que trabajan en la clínica entre el número de profesionales con especialidad en psiquiatría. Por 100.	Satisfacción de los profesionales. / 100%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	Número de capacitaciones y	85 %	Número de capacitaciones y	Satisfacción de los

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	entrenamientos ejecutados en el periodo/ Número total de capacitaciones y entrenamientos programados en el periodo x 100 = % de cumplimiento de capacitación y entrenamiento		entrenamientos ejecutados en el periodo, entre el número total de capacitaciones y entrenamientos programados en el periodo. Por 100.	profesionales. / 100%
EFFECTIVIDAD EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Número de acciones de mejora cerradas / Número total acciones de mejora presentadas. x 100	90%	Número de acciones de mejoras cerradas: son las acciones de mejora, correctivas y preventivas que fueron cerradas por que cumplieron y dentro de un periodo de tiempo. / El total de acciones de mejora presentadas, son las que han sido levantadas en un periodo.	Coordinador de calidad / 100%
EFFECTIVIDAD EN EL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS AL SISTEMA INTEGRADO	Tiempo ejecutado en las auditorías internas / Tiempo total programado para el desarrollo de las auditorías internas X 100	87%	Tiempo ejecutado en las auditorías Internas, es el tiempo en que se desarrolla las auditorías, sobre el Tiempo total programado para ejecutarlas	Coordinador de calidad / 100%
EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACION DE LAS AUDITORIAS DEL SISTEMA INTEGRADO	Número de auditorías internas ejecutadas / Número de auditorías internas programadas x 100	97%	Numero de auditorías internas ejecutadas en un periodo de tiempo determinado./ Numero de auditorías internas planificadas por la organización.	Coordinador de calidad / 100%
EFICIENCIA EN EL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CONTROL INTERNO	Tiempo ejecutado en las auditorias de control interno / Tiempo total programado para el desarrollo de auditorías internas. x 100	98%	Tiempo ejecutado en el desarrollo de las auditorias de control interno. / Tiempo total programado para el desarrollo de las auditorías.	Representante de la dirección ante el sistema de calidad/ 100%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	Total de indicadores del proceso que alcanzaron la meta en el periodo	100 %	Es el porcentaje total de los indicadores del proceso que alcanzaron la meta en el periodo.	En el proceso de hospitalización. / 100%

10. PLANES DE ACCIÓN EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA.

Para el establecimiento de planes de acción en el proceso de hospitalización se ha tomado como herramienta fundamental las 5w-2h, ya que es completa y enmarca todos los frentes que debe tener un plan de acción para no fracasar.

Con el fin de que sea más dinámico para los usuarios del proceso presentamos el siguiente cuadro:

Tabla 4:5w-2h herramienta plan de acción

SIGNIFICACION			CARACTERISTICAS	PREGUNTAS CLAVES
What	Qué	Objeto	Tamaño Componentes Características	¿Qué hacer? ¿Qué se está haciendo? ¿Qué debería hacerse? ¿Qué otra cosa puede ser hecha? ¿Qué otra cosa debería hacerse?
Why	Por qué Causas posibles	Propósito	Ventajas Desventajas Beneficios Justificación Usos Aplicaciones Necesidades Requerimientos	¿Por qué él/ ella lo hace? ¿Por qué lo hace? ¿Por qué lo hace allí? ¿Por qué de esta manera? ¿Por qué en ese momento?
Where	Dónde	Localización	Área de hospitalización	¿Dónde hacerlo? ¿Dónde está siendo hecho? ¿Dónde debería ser hecho? ¿Dónde más puede hacerse? ¿Dónde más debería hacerse? ¿Por qué tiene que hacerse allí?
When	Cuándo	Tiempo, secuencia	Cronograma Fecha límite	¿Cuándo hacerlo? ¿Cuándo está siendo hecho? ¿Cuándo debería hacerse? ¿Es necesario hacerlo en ese Momento?
Who	Quién	Persona	Líder Patrocinador Equipo de trabajo Clientes Responsables	¿Quién hace la tarea? ¿Quién la está haciendo? ¿Quién debería estarla haciendo? ¿Quién más puede hacerla? ¿Quién más debería estar Haciéndola? ¿Por qué soy yo (él/ella) el que hace esto?

How	Cómo	Método	Metodología Modelo Tecnología Proceso	¿Cómo hacerlo? ¿Cómo es hecho? ¿Cómo debería ser hecho? ¿Existe otra forma de hacerlo? ¿Es esta la mejor forma de hacerlo?
HowMuch	Cuanto	Costo	Quien Como Donde se va a financiar	¿Cuánto cuesta? ¿Cuánto está costando? ¿Cuánto debería costar? ¿Cuánto deberíamos ahorrar

Tomando esta ficha se realizan los planes de acciones encaminados a detectar y resolver fallas dentro del proceso de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la costa Ltda. (Ver de plan de acción).

Como nota final al plan de acción se trato de consolidar en un solo marco de acción los hallazgos establecidos por COOMEVA EPS y por el diagnostico adelantado por los desarrolladores del presente trabajo a través de la lista de chequeo integradora, a la fecha los directivos de la entidad seleccionada para desarrollar el presente trabajo están evaluando las fechas de inicio y finalización de las actividades planteadas y definiendo presupuestos para llevarlas a cabo dado los problemas financieros por los que atraviesa la clínica.

**PLAN DE ACCION SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA**

CAPITULO 1

POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE LA DIRECCIÓN

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
2	Líder de calidad	Nombramiento del líder de calidad (emitir acta y contrato)	Personal	3	Subgerente
3 – 4	Planeación estratégica	Proyecto de planeación estratégica	Asesor o estudiante en practica de ingeniería de (Convenio universidad)	6	Subgerente – director científico – coordinador administrativo – coordinador de calidad
6	Identificación de los clientes y respuesta a sus necesidades	Aplicación de encuestas de satisfacción – implementación de buzón de sugerencias – diligenciamiento de reporte de novedades – análisis estadístico – creación de comité de mejoramiento continuo para el servicio -	Formato de encuestas – personal que aplique las encuestas – procedimiento para aplicación de encuestas – computador para tabular información – acciones correctivas	3	Comité de mejoramiento continuo del servicio (ts, psic, to, enf, admon, dc, sbg, cal, com, etc)

7	Análisis del mercado y de la competencia	Estudio de mercado donde se analice la competencia y el mercado	Convenio universidad (tesis de grado)	3	Subgerente – gestión calidad
8	Verificación del avance del direccionamiento	Plan detallado de seguimiento por parte de gerencia al cumplimiento de la planeación estratégica	Programa de auditoria por parte de la gerencia	3	Gerente – subgerente – director científico
9	Sistema de medición	Documento de análisis del resultado de las encuestas – aplicación de encuestas – evidencia de los resultados de la auditoria de gerencia así como su comunicación respectiva	Programa de auditoria por parte de la gerencia -	3	Gerente – subgerente – director científico
10	Estrategias y planes de mejoramiento del nivel gerencial	Creación comité de gerencia – actas de conformación y reuniones – proyectos de mejoramiento de estrategias	Plan de acciones correctivas para cumplimiento de estrategias y programa de reuniones	3	Gerente – subgerente – director científico

CAPITULO 2

GESTION DE LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE APOYO

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
1	Planeación financiera	Realizar plan financiero basado en el presupuesto	Presupuesto institucional	3	Coordinador administrativo
2	Ejecución Presupuestal	Asignar responsabilidad de monitoreo de presupuesto	Personal	3	Subgerente
3	Plan de inversiones	Realizar proyecto de inversiones, resumiendo actividades a través de un plan de trabajo donde se evidencia fecha de entrega del trabajo, así como también, costos del proyecto.	Documento donde se evidencia el plan de acción	3	Coordinador administrativo - subgerente
4	Uso de la información de costos				
5	Compras de suministros	Elaborar documentos con especificaciones estándar de los suministros o materias primas utilizadas para	Especificaciones de calidad de suministros para prestación del servicio	3	Jefe de compras – director científico - subgerente

		prestación del servicio			
6	Aseguramiento de la calidad de los proveedores	Elaborar procedimiento estandarizado para seleccionar los proveedores, para evaluarlos y calificarlos	Archivo de proveedores que a la fecha han suministrado productos a la institución	3	Jefe de compras – subdirector – coordinador de calidad
7	Definición de los procesos administrativos de apoyo	Organizar y evidenciar documentación de admisiones, facturación, contabilidad y cartera	Carpetas , archivador	3	Coordinador administrativo – asistente – jefe de facturación - secretaria
8	Definición de los procesos	Hojas de vida de equipos con su respectivo plan de mantenimiento y calibración si es necesario(certificado de calibración)	Plan de mantenimiento	3	Subgerente – coordinador administrativo
9	Asepsia de las áreas clínicas y limpieza de las áreas administrativas	Programa de aseo, así como, la implementación de formato para calificar estado de	Capacitación de programa de aseo	3	Jefe de servicios generales –coordinador administrativo – subgerente – director científico

CAPITULO 3
GESTION DEL PERSONAL

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
2	Formación del personal	Plan de capacitación y formato de evidencia de capacitaciones	Tiempo destinado para capacitaciones – equipo audiovisual – presupuesto – hojas de vida del personal	3	Subgerente – director científico – ts – psic- to – enf.
4	Promoción y desarrollo del personal	Programa de desarrollo del personal – capacitación calificada - ascensos		3	SUBGERENTE – DIRECTOR CIENTIFICO
6	Estructura salarial	Elaboración de contratos a termino ind – fijo o por ops Copia de cada contrato debe reposar en cada hoja de vida y copia para el empleado	Documento de contratos según el caso	3	Subgerente
7	Motivación del personal	Elaborar programa de incentivos y motivación al personal (auxilio educativo, empleado del mes,	Computador – papelería - carpeta computador	3	Subgerente

		etc.)			
8	Calidad de vida	Programa de calidad de vida	Computador – papelería - carpeta	3	SUBGERENTE
9	Seguridad industrial – salud ocupacional	Programa de salud ocupacional implementado	Manual de so – implementos de sso para personal, infraestructura	3	Trabajo social – auxiliar de facturación
10	Clima laboral	Programa de diagnostico de clima laboral periódico	Lista de chequeo – encuesta de clima laboral – computador - carpeta	3	Trabajo social – psicología – terapia ocupacional

CAPITULO 4
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
1	Acceso y señalización	Programa de salud ocupacional implementado	Señales	3	Trabajo social – auxiliar de facturación
2	Condiciones de almacenamiento y preservación de materiales y productos	Implementación del servicio farmacéutico a través de contrato con entidad suministradora de medicamentos	Decreto 2200/05 – resolución 1043/2007 – dec 1030/06	3	Subgerente - químico
3	Plan de desastres y emergencias	Elaboración de un plan de desastres y emergencias	Documento de plan de emergencia y siso	3	Subgerente – coordinador administrativo
4	Evacuación y reubicación de pacientes	Elaboración de un plan de desastres y emergencias		3	Subgerente – coordinador administrativo
5	Manejo de desechos hospitalarios /odontológicos	Contrato con la empresa que manejo los residuos hospitalarios – procedimiento para la eliminación de los desechos hospitalarios		3	Enfermería
8	Cultura del buen uso del espacio	Mantenimiento al pabellón de mujeres	Materiales para construcción	3	Subgerente - clemente

	físico				
9	Incidentes o accidentes con equipos médicos	Implementación y seguimiento de reportes a través de formatos destinados para los casos citados	Formatos estandarizados para incidentes o accidentes	3	Director científico – enfermera jefe – ts – to - psic
10	Uso adecuado de equipos nuevos	Programa de capacitación para el uso de equipos	Documento de programa – convenio con los proveedores de equipos	3	Subdirector científico – enfermera jefe

CAPITULO 5

GERENCIA DE LA INFORMACION Y REGISTROS CLINICOS

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
4	Seguridad de la información	Procedimiento para archivar historias clínicas y manejo general de estas – acondicionar el área de archivo – formato para control ambiente de archivo	Capacitación para manejo de archivo	3	Auxiliar de facturación
5	Integralidad de la información	Procedimiento para archivar historias clínicas y manejo general de estas – acondicionar el área de archivo – formato para control ambiente de archivo	Capacitación para manejo de archivo	3	Subgerente – matto - auxiliar de facturación
6	Confiabilidad y validez				
7	Uso de la información	Implementar programa y comité de calidad donde se evalúe y monitoree la calidad e los procesos de atención	Buzón de sugerencias – aplicación de encuestas de satisfacción – computador con paquete básico windows	3	Gestión calidad – secretaria – trabajo social

9	Gestión de las historias clínicas	Creación de comité de las historias clínicas – diligenciamiento de actas	Programación y temas a tratar - carpeta	3	Subgerente – director científico – coordinador administrativo – ts - to – psic – med – enf.
10	Capacitación y entrenamiento en la nueva tecnología	Programa de capacitación	Espacio de tiempo para la capacitación	3	Profesionales - subdirector

CAPITULO 6
ATENCION MÉDICA

ITEM	PROBLEMA	SOLUCIÓN	RECURSOS	META	RESPONSABLE
1	Definición del tipo de servicio y el alcance de los servicios			3	Coordinador administrativo
2	Derechos y deberes de los pacientes	Elaborar y publicar los derechos y deberes de los pacientes, así como, mecanismos para velar por el cumplimiento de los mismos	Avisos alusivos – buzón de sugerencias	3	Director científico – enfermera – ts- to - psico
4	Autorización para cirugías y procedimientos	Aplicación del formato destinado para tal fin y anexarlo a la historia clínica	Formato	3	Personal clínico
6	Reportes adversos	Diligenciamiento del formato respectivo – seguimiento – creación de comité de eventos adversos	Formato – carpeta de eventos adversos	3	Personal clínico
7	Auditoria del acto asistencial	Plan de auditorias del acto asistencial – reporte de evidencias del mismo	PROGRAMA	3	DIRECTOR CIENTÍFICO – MEDICO PSIQUIATRA
8	Prescripción de medicamentos	Procedimiento estandarizado donde se defina las pautas	Formato medicamento no pos	3	Personal medico

		para prescripción de medicamento -			
9	Definición y uso de guías de practicas clínicas	Programa de capacitación y / entrenamiento	Espacio de tiempo	3	Equipo clínico
10	Sistema de referencia y contra referencia	Contrato de servicio de ambulancia		3	Subgerente - coordinador administrativo

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el desarrollo del presente trabajo se puede concluir los siguientes aspectos:

- El Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad en el PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA., a través de la INTEGRACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA EL SECTOR, es el camino para llegar a ser en un futuro no muy lejano su mayor ventaja competitiva para sostener un posicionamiento en el mercado en este mundo cambiante.
- La apuesta a la integración de los sistemas de gestión, es necesaria ya que la empresa que desea sostenerse en el mercado cambiante ya que puede proporcionar y es así la internacionalización de la organización al igual que sus procesos, asegurando a la empresa la posibilidad de la implementación y certificación de estándares con mayor rapidez, viabilidad y facilidad, ya que esta se ha convertido en su forma natural de hacer las cosas.
- Si se pretende alcanzar un posicionamiento en el mercado de la salud mental de la ciudad, del departamento y por qué no a nivel nacional, se hace necesario establecer en la clínica psiquiátrica de la costa, una cultura de la calidad, lo que se puede lograr a partir del diseño e implementación futura de esquemas integrados de gestión a partir de la ISO 9001:2008.
- Con la implementación de esta metodología se pudo identificar las falencias que hay en el tema de gestión humana, lo que amerita la intervención urgente ya que en la actualidad solo el 20% de los empleados cuentan con un contrato directo con la organización, los cuales corresponde a personal de aseo y servicios varios y el otro 80% tiene contrato por OPS.

- Se hace urgente para la clínica realizar un ejercicio de planificación estratégica con el objetivo de que la entidad evalúe su entorno, evalúe su competencia y el contexto en términos generales, para que establezca una verdadera estrategia que los lleve a consolidarse dentro del mercado ya que abren la posibilidad de buscar aspectos que agreguen valor al servicio ofrecido y por consiguiente marcar diferencia.
- La entidad se encuentra inmersa en un grave déficit financiero, por lo que se sugiere abrir la posibilidad de establecer alianzas estratégicas con el objeto de mejorar la capacidad de atención y fortalecer el tema económico, lo que amerita la adherencia a un socio capitalista.
- Establecer programa de capacitación permanente hacia los empleados en lo referente a humanización de los servicios de salud y practicas hospitalarias.
- Aplicar metodologías de planificación y control en la prestación en el servicio con el fin de mejorar y optimizar la parte financiera, basados en conceptos de producción.
- Establecer un plan de contratación que busque la fidelización y estabilidad de los profesionales con que cuenta la entidad, ya que la rotación de personal es bastante alta.

12. BIBLIOGRAFIA

- **Chávez B., Montoya, A., Estrada, A, (1999)** Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la Prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia Medellín. Vieco e Hijas, Ltda.; 1999.
- **Decreto 1011/2006:** por el cual se establece el Sistema de Garantía de la Calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.
- **Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996.** Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud, República de Colombia.
- **DOCUMENTO: ISO/TC 176/SC 2/N 474R2 MARZO 2001,** GUIA DE LA TRANSICIÓN HACIA LA NORMA ISO 9000:2000. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA ESTANDARIZACIÓN (ISO), 2001.
- **FERNANDEZ, Hatre, Alfonso.** MANUAL Y PROCEDIMIENTOS DE UN SISTEMA DE CALIDAD: ISO9001 – 2000. <http://grupos.emagister.com>, grupo de calidad, producción e I D, 2.008.
- **FONTALVO, Herrera, Tomas José.** LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS ISO 9000:2000, Ed. ASD2000, Bogotá, 2005.

- **Fundación Social.** Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá, 1995.
- **GINEBRA, Joan., ARANA DE LA GARZA, Rafael.** DIRECCION POR SERVICIOS: La “única” reingeniería, la “otra” calidad. Mc. Graw Hill, México DF. 2000.
- **Guías básicas para la implementación de las pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud,** Sistema obligatorio de la garantía de la calidad. Ministerio de protección social. Imprenta nacional, Bogotá D.C., 2007.
- **HERNANDEZ, Sampieri, Roberto.** METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Mc Graw Hill, Cuarta edición, México D.F. 2.006.
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION – ICONTEC.** MANUALISO 9000:2000: Guía para las pequeñas empresas. Standars Australia International, Bogotá – Colombia, 2001.
- **Jaramillo Pérez I.** El futuro de la salud en Colombia. Bogotá, FESCOL, 1994.
- **KAPLAN, Robert S., NORTON, David P.,** Mapas Estratégicos: convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles, Symnetics, Bogota D.C. 2004.
- **Ley 100/1993:** por lo cual se crea el Sistema de Seguridad social integral.
- **Ley 1122/2007:** por lo cual se reforma parcialmente el Sistema de Seguridad Social en Salud.

- **Luengas S.** La acreditación en el ámbito internacional y en Colombia. Documento de trabajo de la Dirección General de Calidad del Instituto de los Seguros Sociales, Bogotá, 1997.
- **NTCGP1000:2004**, NORMA TECNICA DE LA CALIDAD EN LA GESTION PUBLICA, SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD PARA LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PUBLICO Y OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS . República de Colombia, 2004.
- **Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud**, Sistema obligatorio de la garantía de la calidad. Ministerio de protección social, imprenta nacional, Bogotá D.C., 2007.
- **PICAZO, Manríquez, Luis R., MARTINEZ, Villegas, Fabián.** INGENIERIA DE SERVICIOS: Para crear clientes satisfechos y lograr ventajas competitivas sustanciales y sostenibles, Mc Graw Hill, México DF. 1991.
- **República de Colombia.** Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007. Disponible. En: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16448&IDCompany=11>. Consultado: mayo de 2009.
- **República de Colombia.** Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16712DocumentNo5368.PDF>. Consultado: mayo de 2009.
- **Resolución 1043/2006 y sus anexos técnicos:** Por el cual se establece el sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud.

- **Resolución 1445/2006 y sus anexos:** Por el cual se establece el sistema único de acreditación en salud.
- **Resolución 1445/2006 y sus anexos:** Por el cual se establece el sistema de información para la calidad del SOGCS.
- **ROJAS, Moya, Jaime Luís.** GESTION POR PROCESOS Y ATENCION AL USUARIO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMANACIONAL DE SALUD. Ed. Eumed.net, La Paz (Bolivia), 2007.
- **MCDONALD, M.; MORS, T.; PHILLIPS, A. (2003):** “Management System Integration:Can it be done?”, Quality Prograss, Vol. 36, No. 10, pp. 67-74.
- **ESCALERA, G.; PASCUAL, M. (2004):** “La normalización y certificación como ventaja competitiva para la empresa española”, Boletín Económico de ICE. Nº 2820, octubre 2004. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, Madrid.

13. ANEXOS

ANEXO A.

Tabla 5: REGISTRO FLUJO DE PACIENTES AÑOS 2007 – 2011

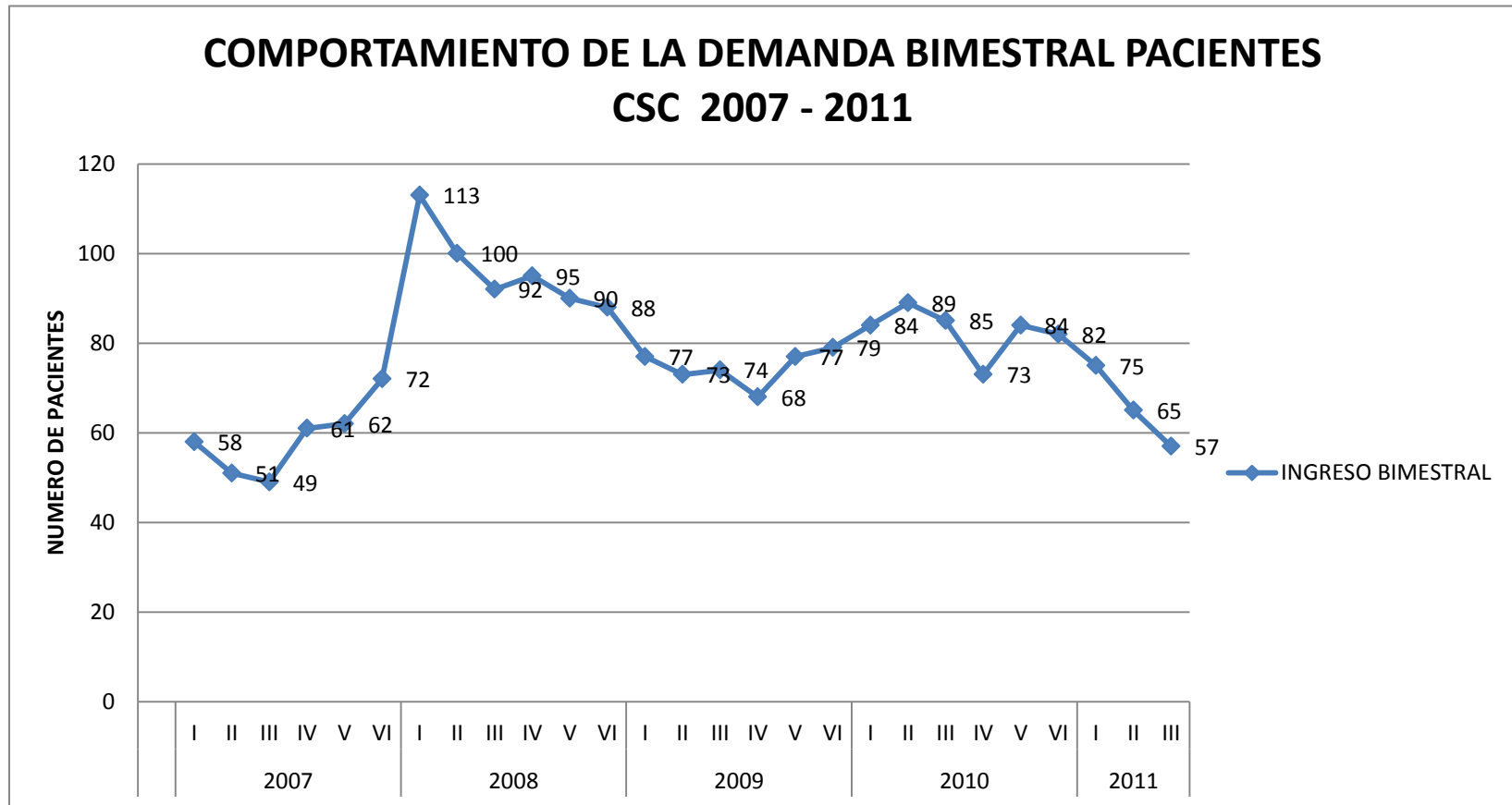
AÑO	BIMESTRE	INGRESO BIMESTRAL	INGRESO SEMESTRAL	SEXO		INSTITUCION								SALIDA	
				M	F	ISS	SALUD TOTAL	PREVIMEDIC	PARTICULAR	POLICIA	COOMEVA	DADIS	DASALUD		OTROS
2007	I	58	158	28	30	26	1	3	5	13	0	0	0	10	84
	II	51		27	24	18	7	1	5	11	0	0	0	9	85
	III	49		25	24	22	2	0	3	13	1	0	0	8	93
	IV	61	195	35	26	20	8	4	8	13	0	0	0	8	99
	V	62		34	28	17	5	5	11	6	1	0	0	17	61
	VI	72		41	31	29	3	3	10	3	1	0	0	23	67
2008	I	113	305	76	37	25	6	5	6	19	1	0	44	7	84
	II	100		53	47	18	3	0	7	9	1	0	53	9	85
	III	92		55	37	9	3	2	18	17	2	0	32	9	93
	IV	95	273	59	36	11	5	4	6	14	1	0	41	13	99
	V	90		56	34	8	3	5	4	14	0	0	39	17	61
	VI	88		56	32	7	5	1	11	8	1	0	48	7	67
2009	I	77	224	48	29	19	11	5	6	9	0	15	0	12	8
	II	73		36	37	13	13	5	6	11	0	20	0	5	59
	III	74		45	29	9	15	3	7	13	0	26	0	1	53
	IV	68	224	33	35	12	9	1	2	7	0	32	0	5	44
	V	77		50	27	7	21	3	7	9	0	25	0	5	74
	VI	79		44	35	12	14	2	9	10	0	27	0	5	84
2010	I	84	258	57	27	11	26	0	7	9	0	24	0	7	68
	II	89		47	42	14	18	1	2	14	0	28	0	12	101
	III	85		46	39	8	26	2	6	8	1	3	0	31	87

	IV	73	239	45	28	12	13	0	8	4	0	16	0	20	68
	V	84		46	38	7	23	2	4	8	0	20	0	20	92
	VI	82		41	41	9	16	1	7	12	0	13	0	24	85
2011	I	75	197	51	24	9	19	0	5	8	0	27	0	7	69
	II	65		38	27	14	15	1	2	9	0	17	0	7	101
	III	57		24	33	8	14	2	6	8	0	6	0	13	89
TOTAL		2073		1196	877	374	304	61	178	279	10	299	257	311	2060
				57,69	42,31	18,04						14,42			
% ANUAL				%	%	%	14,66%	2,94%	8,59%	13,46%	0,48%	%	12,40%	15,00%	
				100,00%											100,00%

FUENTE: LIBRO DE INGRESOS Y SALIDAS CLINICA PSIQUAITRICA DE LA COSTA LTDA (2011)

ANEXO B.

Grafico 4: Comportamiento de la demanda CSC 2007 – 2011



FUENTE: REGISTRO FLUJO DE PACIENTES AÑOS 2007 – 2011

ANEXO C

Tabla 6: Resumen diagnostico proveedores EPS COOMEVA

ASPECTO EVALUADO	PMAX	POB	%
Políticas y estrategias de la dirección	30	16	53
Gestión de la Calidad de los sistemas de apoyo	30	15	50
Gestión del personal	30	16	53
Gerencia del ambiente Físico	30	12	40
Gestión de la Información y registros clínicos	30	16	53
Atención medica	30	15	50
Mejoramiento continuo	30	14	47
TOTALES	210	104	50

PMAX	PUNTAJE MAXIMO
POB	PUNTAJE OBTENIDO
%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

FUENTE: DIAGNOSTICO PROVEEDORES EPES COOMEVA (2008)

ESCALA DE VALORACION E INTERPRETACION		
INTERPRETACION	PUNTOS OBTENIDOS	%
OPTIMO	186 - 207	IGUAL O MAYOR A 90%
CONFIABLE	124 - 185	60 - 89%
ACEPTABLE	105 - 123	51 - 59%
INACEPTABLE	MENOS DE 105	50% O MENOS

ANEXO D

MANUAL DE LA CALIDAD



**MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA
PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

**MANUAL DE LA CALIDAD
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.**





**MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA
PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

ELABORADO POR: Ing. HERNANDO GARZON SAENZ
Ing. YOBANIS RODRIGUEZ MALAMBO

REVISADOR POR: Ing. HERNANDO GARZON SAENZ
Ing. YOBANIS RODRIGUEZ MALAMBO
Gerente IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA
REPRESENTANTE DEL SGC ANTE LA
DIRECCION

APROBADO POR: Ing. HERNANDO GARZON SAENZ
Ing. YOBANIS RODRIGUEZ MALAMBO
Gerente IPS CLINICA DE LA COSTA LTDA



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1


Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

Copia No. _____
Entregada a _____
Organización _____
Fecha _____

Control de cambios y mejoras

Nivel de revisión	Descripción del cambio y mejora	Fecha de actualización


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

PREAMBULO

Este Manual es propiedad de la CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA. y tiene carácter confidencial, por lo cual no podrá ser reproducido por ningún medio, total o parcialmente, sin autorización expresa y por escrito de la Dirección del misma.

Este documento es una descripción del Sistema de Gestión de la Calidad y los estándares de acreditación del sector salud de acuerdo al proceso de hospitalización de la Clínica psiquiátrica de la Costa Ltda.

El Sistema de Gestión de la Calidad que aquí se describe está de acuerdo con las exigencias de la norma ISO 9001:2008 y los Estándares de Acreditación para el Sector Salud y cumple con los requisitos legales de aplicación y los requisitos internos establecidos de la clínica.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

GENERALIDADES


La clínica Psiquiátrica de la costa Ltda., inicia su trayectoria en el año de 1972 cuando fue organizado como una institución prestadora de salud mental, quien sigue reglamentaciones impartidas del Ministerio de Salud con personería jurídica de Derecho Privado, con autonomía económica, financiera y administrativa.

Los antecedentes históricos de la Clínica Psiquiátrica de la costa Ltda., se remonta al año 1958, la cual aparece como una respuesta ante las necesidades del sector de brindar un servicio humanizado a los pacientes que requieren atención intra o extra hospitalaria en salud mental. Garantizando un trato coherente y digno para los pacientes como para sus familiares.

La CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, actualmente provee servicios de calidad, de acuerdo a los requerimientos del Sector Salud bajo un Sistema de Habilitación para la prestación de servicios de salud, según lo dispuesto en la resolución 1043 de 2006 y lo dispuesto en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. (PAMEC). (Lineamientos de Auditoria).

Objetivo del manual


El presente manual de la calidad tiene como objetivo principal proporcionar un marco de referencia por medio del cual se dictan directrices para el uso correcto de la documentación del sistema de gestión integrado de la calidad de la CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA. de acuerdo con los requisitos

	<p align="center">MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA</p>	<p align="right">Revisión: 1</p>
		<p align="right">Fecha: DD/MM/AA</p>
		<p align="right">Página __ de __</p>

exigidos por la norma técnica internacional ISO 9001:2008 y los estándares de acreditación de acuerdo a la resolución 1445 de 2006.

Alcance del manual

Este manual da cobertura o se desarrolla única y exclusivamente enfocado en el proceso de hospitalización de la CLÍNICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA, en el cual se describe la estructura del Sistema de Gestión de Calidad observándose la pertinencia del mismo con el proceso de hospitalización apoyado en la misión, visión, política y objetivos de dicha entidad.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

CAPÍTULO 1

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS SOBRE POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

MISIÓN


LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA tiene como misión proveer servicios de atención especializada integral en salud mental con base en la experiencia clínica adquirida y en fundamentos técnico-científicos actualizados que nos permitan restituir y elevar la calidad de vida de nuestros usuarios; teniendo como eje central los principios de equidad, eficiencia mejora continua y calidad; alcanzando la rehabilitación de los individuos con trastornos mentales y la integración funcional de éstos a su ámbito familiar, social, laboral y ecológico.

VISIÓN

Para el año 2015 seremos reconocidos como la mejor clínica psiquiátrica en el departamento de Bolívar y la región Caribe por ofrecer satisfacción a los usuarios mediante altos niveles de calidad en la atención especializada en salud mental tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, con énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de sus factores de riesgo.

VALORES INSTITUCIONALES

Con el ánimo de reivindicar el espíritu humanitario profundo de la profesión médica y de exponer de manera concreta el código de conducta que refleja el ser y hacer de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda. tenemos:


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

- ✓ **Actitud de Servicio:** Es la tendencia responder permanentemente a los requerimientos de nuestros usuarios de manera agradable y eficaz.
- ✓ **Compromiso:** Es la manera de pensar, sentir y hacer nuestra trabajo generando confiabilidad y satisfacción de nuestros usuarios, proveedores, funcionarios y asociados
- ✓ **Exaltación de la vida humana:** Es la consagración en la realización de todo tipo esfuerzo con el propósito de mejorar la calidad de vida de cualquier individuo sin importar su estado de salud mental.
- ✓ **Solidaridad:** Es el verdadero impulso que favorece al desarrollo individual y colectivo por medio de la colaboración, dando lugar a la igualdad entre todos y para todos sin importar sexo, raza, credo o situación económica.
- ✓ **Equidad:** Es una realidad que nos obliga a plantearnos de manera justa y equilibrada objetivos que conlleven a la satisfacción de todos y cada uno de los individuos a pesar de las diferencias.
- ✓ **Integridad:** Es cohesión de nuestro pensar y de nuestro hacer sin distinguir diferencia alguna.

POLITICA DE CALIDAD

La alta dirección en cabeza del gerente general asume el compromiso de asegurar que la política de calidad sea de pleno conocimiento en todos los niveles de la organización para la correspondiente implementación. Para lo cual se emplean mecanismos de difusión tales como carteleras, sesiones de sensibilización y/o capacitación a los funcionarios.

La política de calidad es objeto de revisión periódica para su continua adecuación.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


DECLARACIÓN DE POLITICA DE CALIDAD

Trabajamos para alcanzar y mantener un excelente nivel de calidad en la prestación de nuestros servicios de atención hospitalaria para la rehabilitación de la salud mental de nuestros pacientes; para ello conformamos un equipo interdisciplinario de profesionales que propenden por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde se asegura su satisfacción y el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud estipulados en la resolución 1445 de 2006, mediante el desarrollo de procesos confiables, eficaces y de mejora continua.

OBJETIVOS DE CALIDAD

La alta dirección de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda. ha establecido los siguientes objetivos de calidad organizacionales que se alinean con la política de calidad declarada:

- ✓ Implementar el sistema de gestión de la calidad con enfoque basado por procesos e incrementar los niveles de satisfacción de los pacientes basándose en los estándares de acreditación de servicios de salud (Resolución 1445 de 2006) y los requisitos exigidos por la norma internacional ISO 9001:2008.
- ✓ Asegurar de que los objetivos de la calidad específicos de cada proceso se definen a partir de las directrices establecidas en la política de calidad, teniendo en cuenta que estos sean medibles y estén alineados entre sí.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Para efectos de realización del trabajo integrador solo se hará referencia o énfasis en el proceso de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda.

Con el fin de desplegar los objetivos corporativos relacionados con la calidad que se recogen en el plan estratégico, se desarrollan dos objetivos específicos que se articulan con aquellos que sean establecidos en los otros procesos que conforman el sistema de gestión de la calidad:

Objetivo específico: Mejorar la calidad en el servicio de atención hospitalaria.


Acciones a realizar

1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones del servicio de salud mental en el área de hospitalización.
2. Mejora de la continuidad en la atención hospitalaria.
3. Mejora de la adecuación del servicio de hospitalización de la clínica
4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia hospitalaria.
5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones del servicio de hospitalización de la clínica.
6. Mejora del trato y de las condiciones hospitalarias de la clínica
7. Mejora de la información.

Segundo enfoque: Mejorar la calidad de la gestión al interior de los procesos

Acciones a realizar

1. Escuela de liderazgo.
2. Mejora de políticas
3. Desarrollo del talento humano

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

4. Fortalecimiento de alianzas y Administración de Recursos.

Con el fin de cumplir con la Misión definida y de manera sistemática tener la posibilidad de alcanzar la Visión, cada cuatro años se realiza una reflexión estratégica mediante la que se establece un PLAN ESTRATÉGICO, en éste se definen los objetivos de la clínica para dicho periodo. Partiendo de este Plan estratégico, y con el fin de desplegar las líneas estratégicas relacionadas con la calidad.

Las líneas estratégicas adoptadas en el Plan estratégico (2011-2015) son tres:

1. Satisfacción de los pacientes y usuarios en el área de hospitalización
2. Satisfacción de los profesionales
3. Gestión eficiente de los recursos


Para mayores detalles del plan estratégico Ver Anexo 1 del presente manual de la calidad.

Los objetivos específicos correspondientes a cada una de las líneas estratégicas:

✓ **LÍNEA ESTRATÉGICA I:**

SATISFACIÓN DE LOS PACIENTES Y USUARIOS EN EL AREA DE HOSPITALIZACION

1. Disponer de una oferta de servicios integral y accesible.


	<p align="center">MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA</p>	<p align="right">Revisión: 1</p>
		<p align="right">Fecha: DD/MM/AA</p>
		<p align="right">Página __de __</p>

2. Mantener excelentes condiciones de hospitalización para nuestros pacientes y usuarios.
3. Favorecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial y articular la participación de los usuarios en el desarrollo de los servicios.

✓ **LÍNEA ESTRATÉGICA II:**

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

1. Proporcionar a los profesionales del proceso de hospitalización el acceso a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más efectivas.
2. Disponer de profesionales en materia de cantidad y cuyo perfil satisfaga las demandas y necesidades del servicio a prestar.
3. Liderar la formación continua potenciando el desarrollo profesional y personal de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, administrativos y varios).
4. Procurar la mayor satisfacción de los profesionales fomentando su sentido de pertenencia y favoreciendo su participación en la planificación y el desarrollo de los servicios.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

✓ **LÍNEA ESTRATÉGICA III:**

GESTIÓN EFICIENTE LOS RECURSOS

1. Adecuar las unidades en función de criterios rehabilitadores, para convertir la Clínica Psiquiátrica en un centro integral, flexible y coordinado, de forma que se garantice la accesibilidad y la continuidad de cuidados.

2. Consolidar el modelo asistencial, basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, cuya base esté en la continuidad de cuidados de nuestros pacientes y en la participación en programas de prevención y educación a la población.

3. Ser reconocida como organización modelo de asistencia hospitalaria en salud mental.

Con el fin de concretar el cumplimiento de dichos objetivos, junto con los establecidos por el ministerio de Salud y Protección Social, cada año se establece un PLAN DE GESTIÓN en el que se concretan las acciones encaminadas a la consecución de todos los objetivos.

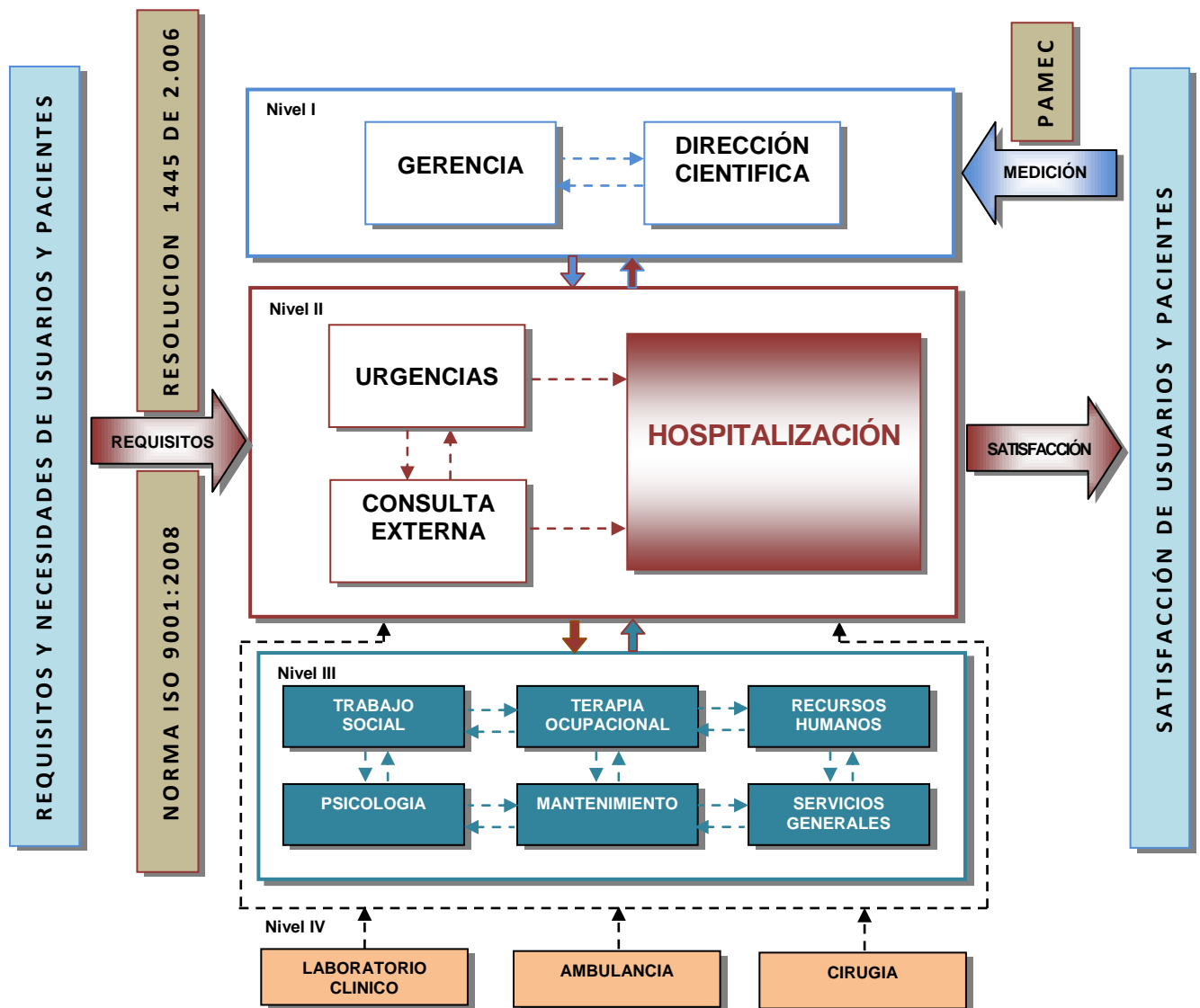
Es muy importante destacar que para el direccionamiento estratégico que se realiza al interior de la clínica se propone el procedimiento de planificación estratégica y mejora continua (Ver anexo 2 del presente manual de la calidad)




CAPITULO 2

IDENTIFICACION, SECUENCIACION E INTERACCION DE LOS PROCESOS DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA

2.1 MACROPROCESOS



	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Mapa de procesos

La Clínica Psiquiátrica, teniendo en cuenta el objetivo estratégico de desarrollo de la Calidad total, ha optado por un sistema de gestión integrado con un enfoque basado por procesos.


2.2 Clasificación de los procesos e interacciones

Los tipos de procesos que forman el Sistema de gestión de la Institución se clasifican en tres grupos que se describen a continuación:

2.3.1 Procesos estratégicos (Nivel I)

Son aquellos procesos responsabilidad de la Dirección de la Clínica necesarios para la Planificación, Mantenimiento y Progreso de la Organización. Entre ellos se destacan los procesos de Gerencia y Dirección Científica.

Estos procesos mantienen interacciones con todos los procesos del sistema, mediante el diseño, revisión y mejora de la eficacia del sistema integrado de gestión. Para el caso específico de retroalimentación de las directrices dadas mediante plan estratégico y seguimiento a los indicadores de gestión basados en los estándares de calidad proporcionados mediante la resolución 1445 de 2006 y aquellos necesarios para el correcto funcionamiento de los procesos, Cada proceso tiene la responsabilidad de realizar un informe de conclusiones sobre el cumplimiento de dicho plan, así como propuestas para la mejora o planteamiento de nuevos objetivos.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

2.3.2 Procesos misionales o asistenciales (Nivel II)

Son los procesos a través de los que se desarrolla la actividad asistencial y para ello se tiene como punto de partida las necesidades y expectativas de los clientes (pacientes y sus familiares o tutores) y partes interesadas (Sociedad en general, propietarios y entes reguladores entre otros) y para nuestro caso específico se identifican los procesos de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización.

2.3.3 Procesos de apoyo (Nivel III)


Son aquellos que dan soporte al proceso específico asistencial en hospitalización para que estos cumplan adecuadamente con su misión. En general, y para todo el hospital, los procesos de apoyo que se han identificado son Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Recursos Humanos, Psicología, Mantenimiento, Servicios generales (Alimentos & Bebidas, Lavandería, Aseo)

2.3.4 Procesos sub contratados (Nivel IV)

Estos procesos no se desarrollan directamente en la organización pero de igual forma su planificación y control se realiza desde la clínica, por tratarse de aspectos que se no son específicamente el objeto de oficio de esta. Entre estos procesos encontramos proceso de cirugía y laboratorio clínico entre otros.

CAPÍTULO 3

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ESTANDARES DE ACREDITACION EN EL SECTOR SALUD

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

3.1 Procesos sometidos al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008 y a los Estándares de Acreditación en el Sector Salud.

Siguiendo una política de implantación por etapas, la dirección de la clínica ha decidido que el Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la norma ISO 9001:2008 y en los estándares de acreditación en el sector salud, descrito en este manual sea de aplicación a todas las actividades directa o indirectamente relacionadas con el proceso de hospitalización.

3.2 Exclusiones del Sistema de Gestión de la Calidad y de los Estándares de Acreditación en el Sector Salud.

Teniendo en cuenta las actividades desarrolladas en la clínica y los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad descritos en este Manual, los siguientes elementos de la norma no son de aplicación a las actividades consideradas en ninguno de los procesos sometidos a nuestro sistema de Gestión de la Calidad:

Punto 7.3: Diseño y desarrollo El concepto de diseño no tiene aplicación en la prestación del servicio cubierto por el sistema de gestión de la calidad.

Punto 7.5.2: Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio. Consideramos que en la parte operativa relacionada con las actividades propias del servicio, no existen procesos especiales que requieran una validación formal.



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1


Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

CAPÍTULO 4

ORGANIZACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES


4.1 Responsabilidades y delegación de autoridad

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

El Director gerente con la colaboración del Equipo directivo, es en última instancia el responsable de la planificación, desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad y Acreditación, así como de la mejora continua de su eficacia.

Para ello, entre sus funciones se encuentran las siguientes:

- ✓ Establecer la política de calidad.
 - ✓ Aprobar los objetivos de la calidad, garantizando su coherencia con la política de la clínica, Estos se recogerán en el Plan de Calidad.
 - ✓ Desplegar el Plan de Calidad hacia los procesos de la organización.
 - ✓ Poner en marcha los equipos de objetivos y proyectos necesarios para el despliegue del Plan.
 - ✓ Evaluar regularmente el progreso del Plan.
 - ✓ Aprobar anualmente un informe de progreso del Plan.
 - ✓ Establecer las medidas que considere oportunas para el avance del Plan, así como los ajustes necesarios en las líneas de actuación y los objetivos planteados. esto se traducirá en la aprobación de las acciones encaminadas a la consecución de los objetivos de la calidad y asignación de los recursos necesarios para llevarlos a cabo.
 - ✓ Establecer los mecanismos de comunicación en el hospital que permitan la
- Implementación eficaz del sistema de gestión de la calidad y acreditación, así como sus modificaciones como consecuencia de la mejora del sistema.
- ✓ Promover la evaluación regular de la satisfacción de los clientes externos.
 - ✓ Promover la evaluación regular de la satisfacción de las personas de la organización.
 - ✓ Diseñar aprobar e implantar el sistema de gestión de la calidad y acreditación para los procesos de la organización, lo que implica: Aprobar el Mapa de


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

procesos de la organización y designar a los responsables de proceso, a los que se instará para que establezcan un sistema de gestión de la calidad y de acreditación de su proceso.

- ✓ Promover la realización de auditorías internas de los procesos con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y detectar oportunidades de mejora.
- ✓ Promover la realización de autoevaluaciones siguiendo el modelo especificado en el manual a nivel de los procesos y de toda la organización como mínimo cada dos años con el fin de detectar las posibles áreas de mejora
- ✓ Analizar los resultados de la satisfacción de los clientes externos, así como de las auditorías internas y externas de los procesos, y efectuar con una periodicidad mínima anual la revisión del sistema de gestión de la calidad y el planteamiento de objetivos de mejora.
- ✓ Analizar, priorizar y establecer los recursos necesarios para implantar los objetivos de mejora acordados tras la Revisión del sistema y las evaluaciones
- ✓ Aprobar el desarrollo e implantación de cualquier otra herramienta que contribuya al objetivo estratégico de calidad total.

Con el fin de dar apoyo al Equipo directivo en todas las tareas relacionadas con el sistema de gestión de la calidad y acreditación de la organización, se designa como Coordinador del sistema de gestión de la calidad al Responsable del área hospitalización, el cual tendrá las siguientes funciones:

- ✓ Apoyar al Equipo directivo en la planificación, desarrollo e implantación del Plan de Calidad.


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

- ✓ Elaborar anualmente un informe de progreso del Plan de Calidad
- ✓ Desarrollar la estructura del sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, y custodiar la documentación del mismo.
- ✓ Diseñar y coordinar la realización de auditorías internas de los procesos.
- ✓ Coordinar la realización de las encuestas de satisfacción de clientes y colaborar en la difusión de sus resultados.
- ✓ Apoyar a los equipos de proceso en la implantación del sistema de gestión de la calidad de los procesos.
- ✓ Apoyar a las Unidades para la realización de autoevaluaciones y para la elaboración, implantación y evaluación de planes de gestión.
- ✓ Identificar, analizar e informar a la Dirección sobre aquellos problemas secundarios a las interacciones entre procesos detectados, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
- ✓ Promover y colaborar en el desarrollo de herramientas que contribuyan a la mejora del sistema de gestión de la calidad y a la consecución de los objetivos del Plan de Calidad.

Dada la organización del trabajo en el centro y, con el fin de facilitar el despliegue del Plan de Calidad y la implantación en toda la organización del sistema de gestión de la calidad diseñado, la Dirección del hospital crea el comité de Calidad.

4.2 Comité de Calidad

La Comité Calidad de la Clínica Psiquiátrica está formada como mínimo por los siguientes miembros:

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Miembros del equipo directivo

Miembros del área de hospitalización


Jefe de enfermería

Tres representantes del proceso sometido al SGC

Además de las personas descritas, en las reuniones del comité podrá participar cualquier otra persona implicada según los temas recogidos en el orden del día. La comisión se reunirá al menos con una periodicidad cuatrimestral y se realizará un acta de cada una de las sesiones. Las actas serán archivadas como mínimo durante un año bajo la responsabilidad del Coordinador del sistema de gestión de la calidad y Acreditación, quién actuará como secretario de la misma, siendo el responsable de realizar la convocatoria y elaborar el acta, que será leída y aprobada en la sesión inmediatamente posterior a la que refiera.

Las funciones asignadas al comité de calidad son:


- ✓ Revisar y Aprobar la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y Acreditación
- ✓ Colaborar con el Comité de Dirección en la implantación del Plan de Calidad.
- ✓ Colaborar en el diseño del sistema de gestión de la calidad de los procesos.
- ✓ Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.
- ✓ Identificar y analizar aquellos problemas detectados, secundarios a las interacciones entre procesos, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
- ✓ Analizar la evolución de los indicadores del Plan de Calidad, así como el desempeño del sistema de gestión de la calidad en su conjunto y proponer

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

en su caso líneas de actuación mediante informes periódicos al Comité de Dirección.

- ✓ Colaborar en la elaboración y actualización del mapa de procesos de la clínica.
- ✓ Detectar necesidades de formación y colaborar en el desarrollo del programa de formación necesario para la implantación del Plan de Calidad y, más concretamente, del sistema de gestión de la calidad para los procesos.
- ✓ Promover el desarrollo e implantación de sistemas de información de los procesos para la realización, entre otras, de las siguientes actividades: valoración de la eficacia y adecuación de los procedimientos sanitarios, y monitorización de las complicaciones.
- ✓ Establecer pautas para la elaboración y difusión de “guías de información para el paciente” sobre procedimientos y/o enfermedades que, por sus características de complejidad o carácter invasivo, sean consideradas útiles para la mejora de la comunicación con el paciente.
- ✓ Promover y proponer la realización de proyectos de investigación sobre evaluación y resultados en los servicios de salud.
- ✓ Promover la identificación y difusión de mejores prácticas de las unidades y procesos de la organización.
- ✓ Promover el desarrollo y utilización de otras herramientas que contribuyan al objetivo estratégico de calidad total.

Las tareas asignadas al comité de calidad se realizarán siempre que sea posible de forma colegiada en las reuniones cuatrimestrales. La aprobación de las decisiones o resoluciones se manifestará por la firma en el acta de todos los participantes.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __


Para aquellas tareas que requieran la intervención de personas individuales, éstas serán designadas en una de las reuniones del comité, quedando dicha designación registrada en el acta mediante el nombre de la persona, la tarea asignada y el tiempo de realización.

En el caso de los procesos, la Dirección delegará la responsabilidad en el responsable del proceso con el fin de que cumplan con los objetivos de calidad recogidos en este Manual. Dicho responsable aparece designado en el proceso y subproceso.

4.3 Responsables de proceso


Los responsables de proceso serán designados por el Director Gerente; entre sus tareas se encuentran:

- ✓ Designar el equipo del proceso y coordinar sus actividades Junto con el equipo del proceso, diseñar, definir, estabilizar y evaluar la gestión del proceso.
- ✓ Garantizar que se tienen en cuenta los requisitos marcados por los clientes, los legales, así como los internos si los hubiera.
- ✓ Establecer los recursos necesarios para la ejecución del proceso, solicitarlos, si fuera necesario, a la dirección y establecer los mecanismos que garanticen su eficacia.
- ✓ Supervisar las diferentes actividades con el fin de garantizar que el proceso se desarrolla según ha sido diseñado
- ✓ Evaluar los indicadores del proceso para garantizar el control y la mejora continua del mismo

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __


- ✓ Revisar y aprobar los documentos del sistema de calidad relacionados con el proceso operativo, siempre que esta tarea haya sido delegada por parte del comité de calidad
- ✓ Realizar el análisis de causas y establecer las medidas correctivas que se requieran para corregir no conformidades relacionadas con el proceso, evaluando la eficacia de su implantación, según lo especificado en el procedimiento general para la gestión de las no conformidades, acciones preventivas y reclamaciones del sistema de gestión de la calidad
- ✓ Realizar un análisis de riesgos en su proceso y establecer, si fuera necesario, medidas preventivas, evaluando su eficacia siguiendo lo especificado en el procedimiento general
- ✓ Evaluar las reclamaciones de los clientes, establecer si es necesario medidas correctoras
- ✓ Implantar la sistemática establecida para la evaluación de la percepción del cliente en su proceso si esta no queda cubierta por el proceso general del hospital
- ✓ Colaborar en la Revisión del Sistema por la Dirección aportando los datos obtenidos en la revisión del sistema a nivel de su proceso, así como la propuesta de acciones de mejora y solicitud de recursos para su implantación, según lo especificado en el subproceso para la mejora continua de los procesos
- ✓ Colaborar en las autoevaluaciones en todo lo que afecte a su proceso.
- ✓ Actuar como representante de su proceso con los equipos por los que sea requerido en razón de la interacción de su proceso con otros procesos de la clínica.

4.4 Responsables del subproceso

	<p align="center">MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA</p>	<p align="right">Revisión: 1</p>
		<p align="right">Fecha: DD/MM/AA</p>
		<p align="right">Página __de __</p>

Los responsables del subproceso serán designados por el gestor del proceso. Sus tareas serán, actuando a nivel de subproceso, las mismas que el responsable de proceso.

CAPÍTULO 5
ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD Y ACREDITACION EN EL SECTOR SALUD

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

La trazabilidad documental se garantiza porque todos los documentos del sistema se encuentran ligados al nivel inmediatamente superior al ser referenciados en el mismo.


A continuación se proporciona una definición genérica y se especifica el contenido mínimo del resto de documentos que forman el sistema junto con este Manual de la calidad.

5.1. Procedimientos Generales

Los procedimientos generales que describen el control del Sistema de gestión de la Calidad y Acreditación son los siguientes:

1. Procedimiento para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema (Ver Anexo 4 del manual de la calidad)
2. Procedimiento para el control del producto/servicio no conforme y el tratamiento de las acciones correctivas y preventivas (Ver Anexo 5 del manual de la calidad)
3. Procedimiento para la realización de auditorías internas basado en los lineamientos del PAMEC (Ver Anexo 6 del manual de la calidad)

5.2. Manual de procesos


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Este documento hace referencia de los documentos incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad de la IPS mediante los cuales se garantiza que:

- ✓ Se identifican los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad
- ✓ Se determina la secuencia e interacción de estos procesos
- ✓ Se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces y pertinentes de acuerdo con los estándares exigidos por la resolución 1445 de 2006.

Cada uno de los procesos sometidos al sistema de gestión de la calidad y en especial el proceso de hospitalización desarrolla los siguientes aspectos en su documentación para efectos de alineación, identificación y priorización al interior del sistema integrado de gestión:

- ✓ Nombre e identificación del Proceso
- ✓ Objetivo y Plan de gestión del proceso
- ✓ Alcance del proceso, marcado por su INICIO y FIN
- ✓ Responsable y equipo gestor del proceso
- ✓ Clientes y otros grupos de interés
- ✓ Interacciones del proceso describiendo: las entradas y proveedores de las mismas, las salidas del proceso y receptores de las mismas y los Recursos del proceso y proveedores de los mismos
- ✓ Diagrama de flujo de actividades, estableciendo los responsables de las mismas, los procedimientos para su realización y los registros en los que quedará constancia de su realización.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


- ✓ Requisitos de calidad del proceso: especificados por los clientes, exigencias legales o estándares técnicos de calidad.
- ✓ Indicadores: Descripción, Metodología de medición y registro y Responsable de su evaluación
- ✓ Lista de documentos relacionados con el proceso: Procedimientos y Registros relacionados con el proceso, así como cualquier otro documento que requiera ser controlado.

Las fichas de proceso y subproceso son elaboradas y mantenidas por los correspondientes gestores de proceso y se encuentran incluidas en el Manual de procesos, el cual, como todo documento del Sistema de Gestión de la Calidad está sometido al Procedimiento general de elaboración y control de la documentación.

5.3. Procedimientos Operativos

Cada gestor de proceso decide, en el ámbito de su competencia, qué procedimientos operativos y/o instrucciones técnicas son requeridos por el proceso bajo su gestión. El título de los mismos se recoge en la correspondiente ficha de proceso y su control queda sometido a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema.

5.4. Otros documentos del Sistema

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __


Además de los procedimientos antes citados, el Sistema de Gestión de la Calidad y Acreditación podrá disponer de cualquier otro documento necesario para su definición, planificación o implantación. Estos documentos se identificarán y estarán sujetos a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema.

Entre los documentos necesarios y específicos para dar evidencia objetiva de que se cuenta con directrices que conllevan a niveles de calidad superior, tal como lo manifiesta la resolución 1445 de 2006 se tienen a disposición los siguientes documentos:

- ✓ PAMEC
- ✓ Manual de convivencia (Ver Anexo 7 del manual de la calidad)
- ✓ Manual del defensor del paciente (Ver Anexo 8 del manual de la calidad)


CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES

	<p align="center">MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA</p>	<p align="right">Revisión: 1</p>
		<p align="right">Fecha: DD/MM/AA</p>
		<p align="right">Página __de __</p>

La Dirección la clínica Psiquiátrica de la costa Ltda., considera un objetivo estratégico cumplir con las necesidades y expectativas de sus clientes, así como aumentar la satisfacción de los mismos, Para ello ha identificado la necesidad de rediseñar e implementar herramientas de medición de la satisfacción de los usuarios y/o pacientes, haciendo uso encuestas y permitiéndose escuchar las voz de estos haciendo uso de medios accesibles por medio de los cuales manifiesten sus quejas o sugerencias. (Ver Anexo 3 del manual de la calidad)

CAPÍTULO 7
REVISIÓN DEL SISTEMA POR PARTE DE LA DIRECCIÓN


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

La Dirección realizará con una periodicidad mínima de un año la revisión del sistema integrado de gestión, con el fin de asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.

La revisión incluirá la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.

En cada una de las reuniones de revisión del sistema se redactará un acta que constituirá el documento probatorio de la realización de la misma y a la vez se empleará como registro fundamental para seguimiento a las acciones a realizar. Estas actas serán archivadas bajo la responsabilidad del Coordinador del sistema de gestión de la calidad.

CAPÍTULO 8

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA

INTRODUCCION

El sistema de información de la clínica, se encuentra estructurado a base de datos, estos se generan diariamente, se procesan, analizan y se interpretan para convertirse en información necesaria para la ejecución del procedimiento y por ende del mismo sistema.


OBJETIVO:

- ✓ Concientizar la importancia de mantener el sistema de información actualizado, de manera dinámica que pueda ayudar a la mejor ejecución del proceso de hospitalización de la clínica.
- ✓ Marcar índices de trazabilidad por el mismo sistema de información.

DEFINICION:

El sistema de información eficiente considera como una unidad a todos los objetivos del sistema, sus limitaciones, recursos, sus componentes.

Teniendo en cuenta lo anterior el sistema de información es un conjunto de datos organizados, sistematizados y lógicos que se relacionan entre sí, con el fin de obtener información, analizarla, relacionarla y generar nueva información para satisfacer las necesidades de la clínica. Contribuyendo de esta manera en la optimización del recurso, disminuir fallas y efectos adversos que se presentan. Para que el sistema de información se encuentre completo este debe estar

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

conformado por; Sistemas económicos, administrativos, recursos de medicamentos, registro de pacientes, entre otros.

La clínica para su sistema de información posee redes como el intranet, internet, hardware, software, teniendo en cuenta su infraestructura y el estado financiero de la IPS.

FUNCIONES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

- ✓ Apoyar las actividades en los niveles operativos, tácticos y estratégicos dentro de un Clínica.
- ✓ La flexibilidad, El sistema debe adaptarse al grupo social donde se encuentra. Este debe ser una herramienta y no una barrera para la gestión.

CARACTERISTICAS:

Por ley en la clínica guardamos las historias en físico, llamado archivo activo, durante 10 años, después de este periodo realizamos back ups y solo quedan historias clínicas sistemáticamente.

Para el personal que ingresa nuevo se le realizan capacitaciones en cuanto al manejo del sistema de información, y el ingeniero encargado de soporte técnico, está atento para recibir y resolver inquietudes del personal que labora en la institución.




**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

ANEXOS DEL MANUAL DE LA CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

ANEXO 1.

PLAN ESTRATÉGICO DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA 2010 – 2015


La Clínica Psiquiátrica de la costa Ltda., realizo su plan estratégico para el periodo de 2010- 2015, con el objetivo de alcanzar las metas que se ha propuesto mediante la coordinación y toma de decisiones objetiva y responsablemente de la dirección, bajo el asesoramiento del comité de Calidad manteniendo una visión definida de lo que se quiere alcanzar en el periodo dispuesto.

Este plan se elaboró teniendo en cuenta nuestro presente y el futuro que deseamos alcanzar, la actividad que se realiza, las condiciones de la región Caribe para la prestación del servicio cubriendo necesidades y expectativas del cliente externo e interno de la Institución y los recursos destinados para ello, es decir para realizar el plan.

Nuestro plan fue creado con el objetivo de que sea una bitácora para conseguir nuestra meta propuesta. Sosteniendo cambios importantes en el sector de la salud Mental, Innovando en procesos, en procedimiento y manteniendo parámetros de calidad, Con el orgullo de poder decir que satisfacemos y hasta superamos la expectativas de nuestro cliente.

Lo que se desea alcanzar con este plan estratégico es:


- ✓ Los pacientes, las familias de los mismos, aunados a sus necesidades sean nuestro punto de partida para desarrollar y realizar las actividades de la Clínica.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

- ✓ Los profesionales que trabajan estén motivados, capacitados y tengan un elevado grado de autoestima profesional.
- ✓ Ofrecer asistencia con las máximas garantías científico-técnicas.
- ✓ Reducir los riesgos y aumentar la seguridad para nuestros clientes.
- ✓ Aumentar la eficiencia y eficacia de todos los recursos con que dispone la Clínica.

El plan estratégico de la Clínica se encuentra enfocado en:

1. Las necesidades y deseos de las directivas de la Organización. Comunicando una visión, unas metas para alcanzar en la cual cada miembro de la organización debe aportar sus esfuerzos y conocimientos para la consecución de las mismas. Teniendo en cuenta que de acuerdo a como varia el tiempo y el sector estas pueden ir cambiando, transformándose o trabajando en nuevas metas ya que este área es cambiante y el servicio todos los días necesita de innovaciones y procesos cada vez más ágiles.
2. El plan mantiene un proceso de análisis y mejora continua, estableciendo compromisos con los clientes externos, con los clientes internos, y con la misma institución como tal, manteniendo procesos dinámicos de mejora, de comunicación y de ejecución de todas las actividades que se realiza en la empresa.
3. Como estamos entrando en un nuevo modelo de excelencia y calidad nos vemos en la obligación de establecer este plan estratégico como parámetro de mejora continua y de establecer un camino a seguir.


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

El objetivo general del plan estratégico de la clínica psiquiátrica es establecer metas concretas y objetivas durante el periodo 2010- 2015, que con los parámetros de ACREDITACIÓN y de la NORMA ISO, consiga los retos que se ha propuesto. Para esto se tiene en cuenta:

- ✓ Un diagnóstico de necesidades utilizando el DOFA, para conocer realmente como se encuentra la clínica actualmente 2010 y como se desea proyectar para el 2015.
- ✓ Identificar amenazas y oportunidades del sector que nos ayudaran a alcanzar las metas propuestas en el periodo establecido.
- ✓ Establecer de forma conjunta la visión de la Clínica de una manera dinámica e innovadora satisfaciendo y superando las expectativas de nuestros clientes.
- ✓ Establecer metas claras de alcanzar, que vayan enmarcando el éxito de la organización.

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Esta se enmarca dentro del proceso de mejora continua en el marco de los estándares de ACREDITACION y de la norma ISO. Además se utilizara planes de acciones apoyados en la herramienta 5W – 2H, para futuras implementaciones en la clínica.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

	PREGUNTA	DESCRIPCION
TEMA	WHAT (QUE)	Que sucede Que estamos haciendo
SECUENCIA	WHEN (CUANDO)	En qué momento del día o del proceso
UBICACIÓN	WHERE (DONDE)	Donde está viendo los problemas
PERSONAS	WHO (QUIEN)	Relación con las habilidades de las personas
METODOS	HOW (COMO)	Como se diferencia del estado normal
CANTIDAD	HOW MANY (CUANTO)	En un día, en una semana, en un mes.
CAUSA	WHY (POR QUE)	Causas posibles


Teniendo en cuenta las siguientes fases:

1. Diagnóstico

Esta fase que inicia con un análisis y una evaluación de la clínica psiquiátrica, estudiando las el sector, el entorno nacidas de los grupos de interés, de igual forma por la realidad interna de la empresa. Para e realizaron comunicaciones con la dirección, con el comité de calidad, con las instituciones dirigentes como el DADIS y DASALUD, EPS, en general y la misma comunidad.

2. Definición del contenido estratégico

Para realizar este plan se revisó la Misión, Visión y los Valores de la institución, de tal manera que se puedan a partir de los mismos establecer las metas para el periodo propuesto. Mediante la comunicación y la retroalimentación de todos los sectores que intervienen en el sector.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


3. Despliegue

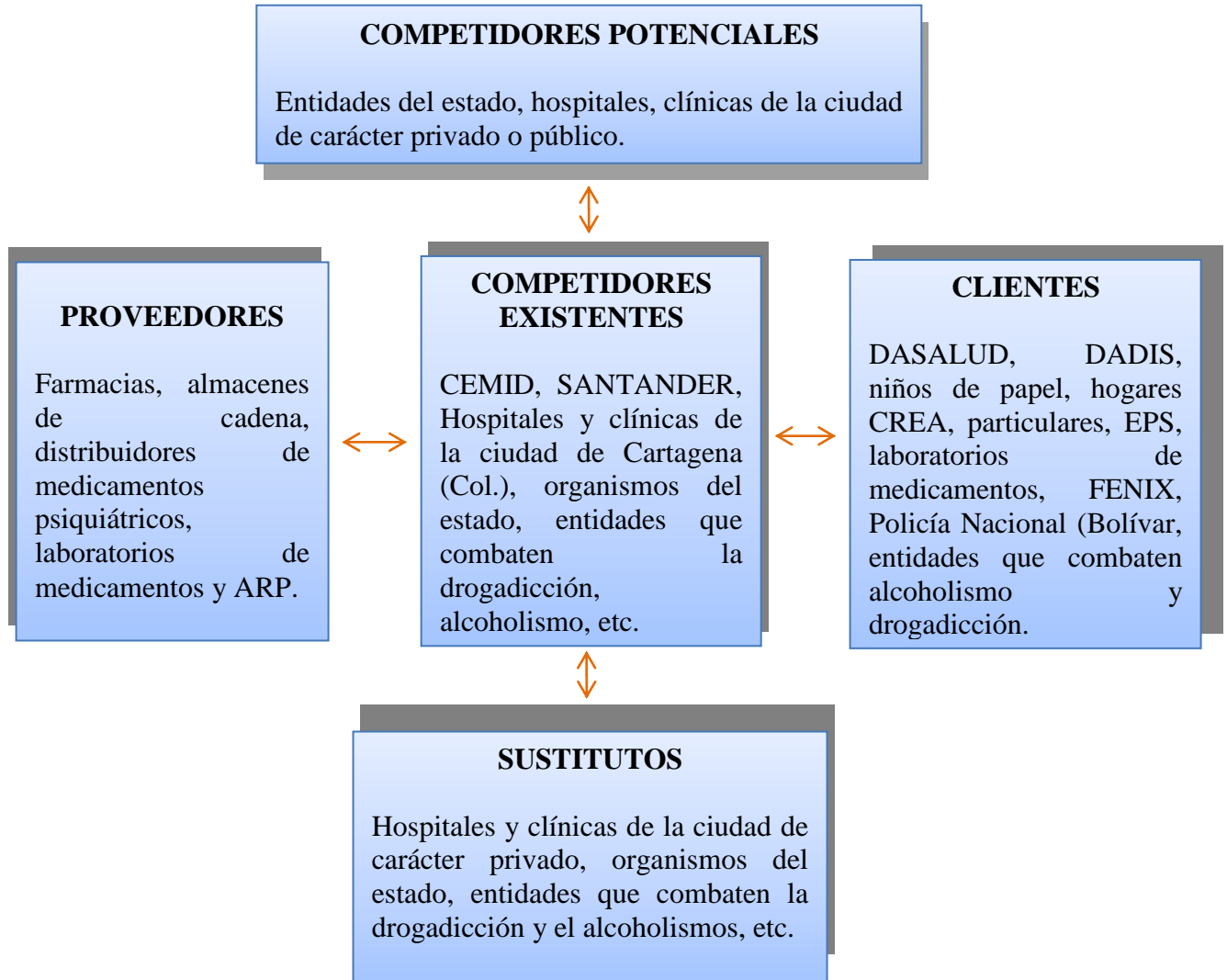
Esta fase de acuerdo con este proyecto no será realizada ya que la participación solo llega a la fase de diseño.

FASE DE ANÁLISIS


La Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., es una empresa de carácter privado, y cubre las Ciudades de Cartagena de Indias, municipios y Corregimientos, al igual que Ciudades aledañas como Barranquilla, Santa Marta, montería, Sincelejo, entre Otras. Que cobijan al 75% de la población con síntomas de enfermedad mental.

Cuya atención proviene por particulares y por personas vinculadas a diferentes EPS de las ciudades mencionadas, de Regímenes especiales en salud y régimen subsidiado. La cual se relaciona con datos socio-demográficos provenientes de la atención directa y de los reportes ante el ministerio de salud. En cuanto a la asistencia se nota que aunque se ha producido una disminución de la población atendida por sectores competitivos, la clínica se mantiene como líder dentro de las instituciones prestadoras en servicios de salud mental. Entra ellas tenemos las siguientes;

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __



Asistencia: Se recomienda revisar el proyecto en los anexos para revisar cuadros de atención de la clínica de acuerdo a las EPS y entidades particulares y de régimen especial. En la cual se puede observar una disminución de la atención pero se mantiene en un punto de equilibrio. Revisar análisis de cuadros y gráficas.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Calidad: La Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., se encuentra iniciando en el sector de la calidad y este proyecto es el inicio con la etapa de diseño del proceso de hospitalización de acuerdo a los estándares de ACREDITACION y la norma ISO 9000: 2008. Trabajando así por la satisfacción y la superación de los clientes y de la comunidad que interviene en el sector donde se mueve la clínica. De tal manera que pueda enfrentar los cambios que suceden en un mundo globalizado, cambiante y dinámico. Para esto se han diseñado los indicadores de calidad, que nos servirán para realizar seguimiento y realizar acciones de mejora continua. Que nos hagan mantener el rumbo para alcanzar la visión propuesta. (Ver indicadores de Calidad del proceso de hospitalización).

Gestión- Organización: Las pérdidas y Ganancias del Hospital presenta un equilibrio entre ingresos, egresos y gastos. Teniendo en cuenta los gastos de personal, con relación a la parte farmacéutica se han incrementado ya que se presentan gastos inherentes a la compra de medicamentos. Y se mantienen algunos gastos externos, En tanto que los ingresos de la clínica aunque presentaron un relativo aumento es un inicio para establecer las metas financieras para el periodo proyectado en un 45% de estos con relación a periodos anteriores.

Responsabilidad Social Corporativa: La clínica contribuye al sostenimiento de la comunidad por medio de políticas activas. La gestión de residuos contribuye, por medio de la consecución de puntos verdes por todas las dependencias de la Clínica, para la recogida, clasificación y tratamiento de residuos.

Gestión por Objetivos: Esta fase de la planeación estratégica es nueva y se encuentra en etapa de diseño, pero se presenta el siguiente cuadro,




**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

	COBERTURA	FRECUENCIA	OPORTUNIDAD
SOCIODEMOGRAFIA DE LA POBLACION			
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE INTERNO			
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE EXTERNO			
DESARROLLO TECNOLOGICO			
ASISTENCIA			
NUEVOS SERVICIOS			
ESTABLECER EL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA.			
CALIDAD			
INFRAESTRUCTURA			
ORGANIZACIÓN Y GESTION			
COMUNICACIÓN			

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Pacientes: Se incluyen datos de las principales trastornos de salud mental, tales como, En relación a la satisfacción de los pacientes, se establece realizar encuestan de satisfacción inicialmente en un 35% de la población atendida y un 40% de los trabajadores de la institución, ha de entenderse que la encuesta de satisfacción se encuentra en fase de diseño.


Profesionales: En la clínica cuenta con 150 trabajadores, estos recursos humanos se encuentran estáticas ya que la rotación entre ingresos y egresos de trabajadores se mantiene en equilibrio.

Tecnología y equipamiento: Siempre desde los inicios de la clínica se ha mostrado un interés por dotar a los profesionales de las herramientas necesarias para realizar las funciones encomendadas por la clínica y su dirección. De tal manera que se realice de manera eficiente y eficaz en los procesos realizados de tal manera que se trabaje en pro a la mejora continúa.


Tecnología: La clínica mantiene cierta tecnología pero se programa que para el segundo – tercer año de la planeación estratégica se invertirá en una mejor tecnología que pueda llevaros a la vanguardia de las clínicas de salud mental.

Logros y déficit más relevantes: Los principales retos que se proponen son en cuanto a:

- a) **Asistencia:** El modelo asistencial actual debe desarrollarse tratando de satisfacer las necesidades de salud mental de este nuevo siglo, Incorporar nuevos servicios, procedimientos y tecnología.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


- b) Calidad:** La apuesta por la calidad debe desplegarse hasta todos los niveles de la organización y se debe conservar, incrementar el compromiso con la calidad, de ser posible certificar el proceso de hospitalización y trabajar en el proceso de consulta externa y urgencia.
- c) Infraestructura:** La viabilidad de un desarrollo en cuanto a infraestructura son limitadas, por tal motivo se deben realizar adecuaciones en las instalaciones físicas. Aunque se debe reconocer que hay limitaciones de ampliación física y por tal motivo representa un déficit en esta área. Sin embargo no hay que descartar que se puedan establecer algunos cambios en la infraestructura que ayuden a una mejor comodidad de nuestros clientes internos y externos.
- d) Organización y gestión:** Establecer modelos de gestión apoyados en los procesos que conforman la clínica tanto asistencial como gerencial y de apoyo para impulsar a la organización como entidad líder en la prestación del servicio de salud mental. La clínica establecerá un modelo de gestión por procesos.
- e) Pacientes:** La clínica implementara procesos de comunicación de los clientes internos y externos de tal manera que se pueden satisfacer las necesidades de cada uno de ellos, manteniendo niveles altos en cuanto a relación con el paciente, y la información de la cual se le provea.
- f) Profesionales:** La política de entrenamiento y mejor la calidad de los trabajadores ha tenido una buena acogida y debe mantenerse y de ser posible mantener un proceso de mejora.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

g) Tecnología: Mantener y establecer nuevas tecnologías de la comunicación e información, ya que proporcionara datos importante para el desarrolla de la clínica, se establece un avance en esta área aunque no se puede determinar que asea del 100%, pero se establecerá un gran avance como mínimo en un 30% con relación a años anteriores.

Todo este plan estratégico se realizó teniendo en cuenta la misión, visión valores y objetivos de la Clínica y definiendo cuales son los factores estratégicos para la consecución de los objetivos propuestos. Igualmente se realiza un cuadro de mando que nos permitirá conocer cómo vamos con la consecución de los objetivos propuestos, y de esta forma ir actualizándolo.

Es necesario que se tenga en cuenta que los indicadores nos van marcando los éxitos y las dificultades que se van presentando en el natural desarrollo de la realización del proceso por tal motivo estos indicadores hacen parte del plan estratégico.


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

ANEXO 2.

PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y MEJORA CONTINUA

REGISTRO DE REVISIONES				
NIVEL DE REVISION	MODIFICACIONES	SECCION Y/O PAGINA	FECHA	APROBADA POR

1. Objetivo	
<p>Establecer la metodología para la planificación e implementación estratégica y mejora continua de tal manera que garanticen el Plan estratégico y Plan de calidad de la clínica, mediante el despliegue de planes de gestión anuales que contienen acciones y objetivos asignados a los procesos. Asimismo y utilizando entre otras herramientas ELCONTROL DE GESTIÓN cuatrimestral, la REVISIÓN DEL SISTEMA anual y la AUTOEVALUACIÓN según el modelo 5w – 2 H cada 6 meses, se establece para la evaluación y revisión de la política, objetivos de calidad y el cumplimiento de los estándares de acreditación.</p>	
2. RESPONSABLE	EQUIPO DEL PROCESO
Director de la Clínica	Comité de Calidad
3. ENTRADAS AL PROCESO	
ENTRADAS	PROVEEDOR
Plan estratégico	Organización central
Plan de Calidad	Organización central
Contrato-programa	Proceso de Planificación económico-financiera
Informe de conclusiones de encuestas apacientes y familiares	Proceso de evaluación de la satisfacción de los Clientes
Informe con conclusiones del tratamiento de quejas y reclamaciones	

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

de pacientes y familiares	
Informe de conclusiones de encuestas a trabajadores	Proceso de Planificación y gestión de los recursos humanos
Informe con conclusiones del tratamiento de quejas y reclamaciones de trabajadores	
Acuerdos con otros centros. Necesidades de la sociedad	Proceso de coordinación intra e interinstitucional
Informes de resultados de los procesos: periódicos y anuales	Gestores de los procesos
4. RESULTADO DEL PROCESO	
SALIDAS	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> * Plan estratégico revisado y actualizado * Plan de calidad revisado y actualizado * Plan de gestión anual con objetivos y acciones * Contratos de gestión clínica con procesos clave asistenciales * Planes de gestión de procesos * Informes de auditoría y 5W 2H 	Todos los procesos de la clínica.



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES, RESPONSABLES DOCUMENTOS Y RESULTADOS			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION, DOCUMENTOS Y PROCESOS PROVEEDORES	RESPONSABLE	REGISTROS
1.-Análisis estratégico	<p>Partiendo de las directrices marcadas por la clínica y utilizando como fuente los documentos: Plan estratégico Plan de calidad</p> <p>Utilizando asimismo el análisis de los resultados de los diferentes grupos de interés como son:</p> <p>informes sobre encuestas y quejas y reclamaciones de pacientes y familiares Informes sobre encuestas y quejas y reclamaciones de trabajadores Informes de las necesidades de la sociedad y Otras instituciones</p> <p>1.- Se realiza un análisis estratégico tanto interno: FORTALEZAS Y DEBILIDADES, como externo: AMENAZAS Y OPORTUNIDADES</p> <p>2.- Se definen: LA MISIÓN, VISIÓN y VALORES.</p>	Equipo directivo	Actas de las reuniones



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

<p>2.Desarrollo de actividades</p>	<p>Como resultado del análisis estratégico y para cumplir con la MISIÓN y alcanzar la VISION. Se elabora el PLAN ESTRATÉGICO para los próximos cuatro años. Con el fin de dar respuesta al PLAN DE CALIDAD para los próximos cuatro años.</p>	<p>Elaboración: Coordinador del SGC</p> <p>Revisión: Comité de calidad</p> <p>Aprobación: Director</p>	<p>Plan Estratégico</p> <p>Plan de Calidad</p>
<p>3. Despliegue anual de los planes estratégico y de calidad</p>	<p>Partiendo de : Los Planes Estratégico y de Calidad en vigor y teniendo en cuenta: Los contratos programados acordados Se elabora un plan de gestión anual para toda la clínica en el que se incluyen las acciones, objetivos y procesos responsables de su cumplimiento.</p>	<p>Elaboración: Coordinador del SGC</p> <p>Revisión: Comité de calidad</p> <p>Aprobación: Director</p>	<p>Plan de Gestión de la calidad</p>
<p>4. Despliegue del Plan de gestión</p>	<p>El Plan de gestión se despliega mediante Planes de acción con objetivos e indicadores que medirán su consecución a todos los procesos que forman el sistema de gestión de la clínica. Se acuerdan los objetivos de los procesos mediante dos mecanismos: Contratos de gestión</p>	<p>Elaboración: Responsables de procesos</p> <p>Revisión: Comité de calidad</p> <p>Aprobación: Director</p>	<p>Planes de gestión del proceso de hospitalización</p>



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

	clínica para aquellos procesos clave asistenciales		
5. Comprobación de la implantación de los planes en los procesos	<p>La implementación de los planes en los procesos se comprobará mediante la obtención de resultados periódicos, se procede a:</p> <p>Seguimiento mensual de los datos asistenciales.</p> <p>Seguimiento bimestral de los datos asistenciales y de calidad</p> <p>Seguimiento cuatrimestral de datos asistenciales y de calidad para la presentación en el control de gestión que realiza la Dirección general.</p> <p>Estos resultados se obtendrán en los procesos a través del proceso de mejora continua.</p>	Equipo directivo	Actas de reuniones
6. Revisión y ajuste periódicos	<p>Como consecuencia de las evaluaciones periódicas, si fuera requerido se realizará un ajuste de los objetivos recogidos en el Plan de gestión de la clínica o de los procesos.</p>	Equipo directivo	Plan de gestión modificado
	<p>Dos veces al año y, por citación de la Dirección. Se revisan</p>		



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

<p>7.- Evaluación bianual de los puntos recogidos en el PROGRAMA</p>	<p>específicamente los resultados correspondientes al PROGRAMA, para ello se utilizarán los seguimientos periódicos. Si los resultados obtenidos lo requieren, se solicitará modificación o adenda al programa, que se realizará a través del proceso de planificación financiera.</p>	<p>Equipo directivo</p>	<p>Contrato programa actualizado</p>
<p>8.- Auditorías y Evaluaciones 5W-2H</p>	<p>Como mínimo una vez al año, se realizará una auditoría interna según lo descrito en el Proceso de auditorías y los lineamientos PAMEC, con el fin de comprobar el ajuste del SGC a la Norma ISO 9001:2008 y a los estándares de acreditación.</p> <p>Como mínimo cada dos años, se realizará una evaluación de toda la organización según el modelo de la 5W-2H</p>	<p>Auditorías: Equipo designado por el director</p> <p>Evaluación 5W-2H: Equipo directivo y Comité de calidad</p>	<p>Informe de Auditorías</p> <p>Informe de evaluación 5W-2H</p>
	<p>Como mínimo una vez al año y utilizando el documento de revisión por la dirección, se realizará la</p> <p>REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN Como</p>		




**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

<p>9.-Revisión del sistema por la dirección</p>	<p>fuentes de información se emplearán: Informes anuales con los resultados de TODOS los procesos tras realizar en ellos la Revisión del sistema. El análisis de los resultados obtenidos de los diferentes grupos de interés: Encuestas y quejas y reclamaciones de pacientes y familiares Encuestas y quejas y reclamaciones de trabajadores, incluido en el área de recursos humanos. Necesidades de la sociedad y Otras instituciones Informes anuales de Las auditorías y/o evaluaciones según 5W-2H</p>	<p align="center">Comité de Calidad</p>	<p>Informe de revisión del sistema con conclusiones y objetivos de mejora</p>
<p>10.- Revisión y Ajuste Anual</p>	<p>Según los resultados de la Revisión del sistema se procederá a: 1. Revisión y ajuste si fuera necesario del PLAN DE GESTIÓN ANUAL para dar respuesta a los objetivos de mejora de los procesos que sean aprobados. 2. Cada cuatro años, se revisan y ajustan el PLAN ESTRATÉGICO y EL PLAN DECALIDAD. 3. Redefinición de MISIÓN, VISIÓN Y VALORES</p>	<p>Propone: Comisión de Calidad</p> <p>Revisa: Equipo Directivo</p> <p>Aprueba: Director</p>	<p>Plan de gestión modificado</p> <p>Plan estratégico modificado</p> <p>Plan de calidad modificado</p>

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

ANEXO 3.

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

1. OBJETIVO	
Conocer el grado de satisfacción de los clientes de nuestra organización (pacientes y familiares) en relación con la asistencia recibida. Evaluar y tomar decisiones en el proceso de hospitalización respecto a los requisitos demandados por nuestros clientes a través de la evaluación de sus necesidades y expectativas, así como de la atención a sus quejas y reclamos.	
2. RESPONSABLE DE PROCESO	EQUIPO DE PROCESO
Responsable del área hospitalización	Dirección de la clínica Comité de Calidad
3. ALCANCE DEL PROCESO	
INICIO DEL PROCESO	FINAL DEL PROCESO
Para aquellos grupos de clientes estudiados directamente por la clínica mediante la preparación de encuesta y selección de muestra representativa. Recepción de una queja y/o reclamación	Acciones aplicadas tras la evaluación de los cuestionarios y evaluada su eficacia. Queja y/o reclamación resuelta en plazo estipulado. Medidas correctivas y/o preventivas implantadas y evaluada su eficacia
4. INTERACCIONES DEL PROCESO	
ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR
_ Encuesta para evaluar dirigido a los clientes _ Informe de los resultados de la encuesta de satisfacción a los clientes.	Jefe de enfermeras y representante de la dirección
Queja y/o reclamación interpuesta por un cliente.	Jefe de enfermeras y representante de la dirección Procesos específicos: Asistenciales y de apoyo técnico
SALIDAS	PROCESO RECEPTOR
Encuesta de quejas y reclamos y de	Representante de la dirección



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

<p>satisfacción del cliente revisado con propuestas de modificaciones Solicitud de muestra de clientes de encuestas de calidad para satisfacción.</p>	
<p>Informe global con conclusiones de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de los clientes. (Especial hincapié en la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora implantadas) Informe con conclusiones del análisis de las quejas y reclamos tramitadas. (Especial hincapié en la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora implantadas)</p>	<p>Proceso de Gerencia y Dirección Científica</p>
<p>Informe desglosado por ítems con conclusiones de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de los clientes. (Especial hincapié en la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora implantadas) Solicitud de informe para resolución de queja o reclamación planteada. Solicitud de propuesta para acción correctiva o preventiva.</p>	<p>Procesos Asistencial (Proceso de hospitalización)</p>



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES, RESPONSABLES Y SUS REGISTROS

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTROS
Revisión y aprobación de las encuestas a pacientes	Según el Proceso de encuestas de satisfacción de pacientes gestionado por la Jefe de enfermería y Representante de la calidad, con anterioridad a la realización de las encuestas a pacientes, los cuestionarios se someten a revisión. Los responsables de la clínica podrán modificar el tamaño de la muestra y añadir algunas cuestiones, que lo afectarán en particular.	Gerencia y Dirección científica	Cuestionario revisado
Evaluación del informe final de encuestas a pacientes	Anualmente la dirección de la clínica recibe de la representante de la calidad el informe final correspondiente a los resultados de la encuesta a pacientes. El comité de calidad analiza los resultados y obtiene conclusiones para: Implantar/modificar requisitos en los procesos Mejorar los procesos mediante propuesta de objetivos de calidad	Gerencia Comité de calidad	Informe de conclusiones para el Proceso de mejora continua



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __ de __

Información a los procesos operativos de la satisfacción de sus clientes	En aquellos procesos en los que su cliente directo sean los pacientes, el comité de calidad realizará un informe con los resultados particulares de dicho proceso para su evaluación en la reunión de revisión del sistema	Comité de calidad	Informe de resultados de clientes de procesos
Establecimiento de requisitos de clientes y objetivos de mejora en los procesos	Utilizando los datos proporcionados por el informe de evaluación de la encuesta a pacientes, y los obtenidos de la evaluación en el proceso mediante el subproceso de auditoría y mejora continua. Se procederán a implantar los requisitos demandados por los clientes y establecer objetivos de mejora cuando el proceso así lo requiera, a través de su plan de gestión.	Comité de calidad Proceso de Hospitalización	Planes de gestión de los procesos
Registro de una queja y/o reclamación de un paciente	Cualquier queja y/o reclamación por parte de los pacientes del centro, sea cual sea la vía de recepción será comunicada a la representante de la calidad para su registro.	Representante de la dirección	Registro de quejas y reclamaciones
Comunicación al proceso implicado	Tras el análisis de la queja y/o reclamación por parte del SIAU, se procederá a la comunicación de la misma al proceso de hospitalización para su	Representante de la dirección Proceso de Hospitalización	Registro de quejas y reclamaciones




**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

	estudio, evaluación y elaboración de la respuesta al paciente conjuntamente		
Establecimiento de medidas correctivas y/o preventivas	Si en el análisis de la reclamación se establece que se ha producido una no conformidad (o ésta hubiera sido probable), se procederá al análisis de las causas raíces y establecimiento de medidas correctivas y/o preventivas.	Proceso de Hospitalización	Registro de no conformidades
Evaluación de la eficacia de las medidas implantadas	Siguiendo el procedimiento de gestión de no conformidades, acciones correctivas y Preventivas, se comprobará la eficacia de las medidas implantadas	Proceso de Hospitalización	Registro de no conformidades
Informe a la Dirección	Siguiendo lo establecido en el proceso de mejora continua, la dirección será informada de los resultados de las quejas y reclamaciones de los pacientes, así como de las medidas tomadas con el fin de evaluar su eficacia.	Representante de la dirección Proceso de Hospitalización	Informe evaluado de quejas y reclamaciones

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

ANEXO 4.

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ESTANDARES DE ACREDITACION

Procedimiento para el control de documentos y registros del sistema integral de gestión de la calidad.

Esta es la versión en diseño del control de documentos y registros, en la cual se unifican las actividades de los procedimientos acerca del control que se ejercerá teniendo en cuenta apartes específicos de la resolución 1445 de 2006.


1. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para control de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad, para asegurar la adecuada identificación y disponibilidad para el uso de la información en la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda.

2. ALCANCE

Todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad se deben controlar como lo indica éste procedimiento. Este Procedimiento es de aplicación a los siguientes tipos de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad:


- ✓ Manual de Calidad
- ✓ Descripción de Procesos

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

- ✓ Procedimientos documentados
- ✓ Documentos específicos (instructivos, planes de calidad, normas, reglamentos).

A los siguientes documentos internos no Aplica la Norma Fundamental de elaboración de documentos pero sí el control de los mismos:

- Citaciones y actas.
- Acuerdos de Consejos, circulares, y resoluciones.
- Respuestas de carácter legal.
- Certificaciones, constancias.
- Convenios.
- Entre otros: Informes de gestión, estadístico trimestral y entes gubernamentales.
- Evaluaciones de proveedores, del desempeño, del plan de mejoramiento, plan de acción, plan indicativo, mapa de riesgos.
- Las investigaciones disciplinarias y las administrativo-laborales.
- Los documentos que tienen que ver con la gestión financiera como autorizaciones, cheques, comprobantes de egreso e ingreso, compromisos contractuales, conciliaciones bancarias, consignaciones, estados financieros, extractos bancarios, facturas, órdenes de pago, recibos de caja y vales.
- Planes: de acción, compras, mapa de riesgos, estratégico, indicativo, de desarrollo.
- proyectos de inversión.
- Respuestas a derechos de petición.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

3. DEFINICIONES


APROBACIÓN: Confirmación de que lo consignado en los documentos corresponde con los procesos de Gestión que se realizan dentro de la organización y que se encuentran en vigencia a partir de ese momento.

ARCHIVO CENTRAL: unidad administrativa donde se aseguran los documentos transferidos o trasladados por los distintos archivos de gestión de la Clínica, y que una vez finalizado su trámite siguen siendo vigentes y objeto de consulta para las propias oficinas.

ARCHIVO DE OFICINA O GESTION. Aquel en el que se reúne la documentación en trámite en busca de solución a los asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa por las mismas oficinas u otras que las soliciten.

ARCHIVO TOTAL. Concepto que hace referencia al ciclo vital de los documentos. Proceso integral de la formación del archivo en su ciclo vital. Producción o recepción, distribución, consulta, retención, almacenamiento, preservación y disposición final.

CICLO VITAL DEL DOCUMENTO. Etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción en la oficina y su conservación temporal, hasta su eliminación o integración a un archivo permanente.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

COPIA CONTROLADA: Copia del documento original con registro de asignación a un proceso, por lo tanto, no se debe reproducir sin autorización, y siempre que cambia la versión debe ser actualizada.

COPIA NO CONTROLADA: Copia del documento original entregado con fines de información, motivo por el cual no se actualiza a la persona que lo posea por cambios de versión.


DIAGRAMA DE FLUJO: Es una representación gráfica de la secuencia de los pasos para describir cómo funciona un proceso para producir un fin “deseable”. Este fin deseable es el servicio.

DISPOSICIÓN: Acción por tomar cuando se ha cumplido el tiempo de archivo establecido para los registros de calidad; por ejemplo: destrucción, envío a archivo histórico, microfilmación, entre otros.

DOCUMENTO: Información y su medio de soporte (escrito, medios magnéticos, Videos, Fotografías, etc.)

DOCUMENTO ANULADO: Documento que sale de circulación sin ser remplazado.

DOCUMENTO EXTERNO: son aquellos que provienen desde fuera de la Universidad y son utilizados por los procesos. Como ejemplo: normas externas o reglamentación legal.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

DOCUMENTO EXTERNO: Información y su medio de soporte generada por cualquier función, entidad o persona ajena a la organización.

DOCUMENTO OBSOLETO: Información y su medio de soporte que se encuentra reemplazada por una versión actualizada.

FORMATO: Es un documento preestablecido impreso o digital, donde se registra información relacionada con una actividad o proceso y que facilita la recolección de información clave.


GESTIÓN DE DOCUMENTOS: Conjunto de actividades administrativas y técnicas, tendientes al eficiente, eficaz y efectivo manejo y organización de la documentación producida y recibida por una entidad desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su consulta, conservación y utilización.

GUÍA: Documento que establece recomendaciones o sugerencias.

IDENTIFICACIÓN: Acción que permite reconocer los registros de calidad y relacionarlos con el producto o la actividad involucrada o el procedimiento del sistema de gestión de calidad.

INFORMACIÓN: Datos que poseen significado.

INSTRUCTIVO: Documento que describe en detalle el qué y el cómo de una actividad o proceso específico. Por su extensión o referencia repetida en uno o varios documentos se debe definir en un documento separado.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Los instructivos pueden ser:

- De formatos: Describe cómo debe diligenciarse un formato y da pautas para el análisis.
- De trabajo: Describe la forma de realizar una tarea u operación de manera sencilla y clara.

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS: Es la relación ordenada de los documentos que forman parte del SGC. Sirve para conocer el inventario y la última versión aprobada de los documentos.

NORMALIZACIÓN: Someter una actividad u objeto a norma, o sea a un modelo, tipo, patrón o criterio dado.


PROCEDIMIENTO: es la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO: Procedimiento que se establece formalmente en un medio reproducible físico (papel) o magnético (CD).

PROCESO: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PROTECCIÓN: Condiciones que permiten asegurar el buen estado de los registros.

RECOLECCIÓN: Acción de recopilar los registros desde los sitios donde se originan, para su posterior clasificación y almacenamiento.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

REGISTROS: Son documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencia de actividades realizadas. Pueden ser formatos diligenciados, cartas, memorandos, actas, contratos, listas de chequeo diligenciadas y otros. Los registros obtenidos pueden conducir a determinar el nivel o status de los indicadores de procesos, planes y procedimientos. Los registros pueden utilizarse para proporcionar evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas. Como proporcionan evidencia no pueden ser modificados.

REVISIÓN: Actividad que consiste en verificar que el contenido de un documento corresponde a lo que se hace y a la vez asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión para alcanzar los objetivos establecidos.

SERIE DOCUMENTAL: conjunto de tipos documentales de estructura y contenidos homogéneos, emanados de una misma oficina como consecuencia del ejercicio de sus funciones específicas.


TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL: Es una herramienta que permite la organización de los documentos y la conformación de las series documentales.

VERSIÓN: Señala el número de veces que se han efectuado modificaciones al documento. La primera versión corresponde al número uno (1).

4. RESPONSABLES

Líderes de procesos

Coordinador (a) de calidad

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTC-ISO 9001:2008

Estándares de acreditación en salud

Ley 594 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos.

Norma Fundamental para la elaboración de documentos

Tabla de Retención Documental.

6. ACTIVIDADES


A continuación se presentan las actividades definidas para el control de los documentos y registros del Sistema de Integrado de Gestión de Calidad (Norma ISO 9001:2008 y Estándares de acreditación).

6.1. ACTIVIDADES DE CONTROL DE DOCUMENTOS

El proceso de controlar un documento, incluye actividades definidas para garantizar la elaboración, revisión, aprobación, actualización, legibilidad y prevención de obsolescencia en la documentación del SGC de la Clínica.

6.1.1 Elaboración de documentos

Todos los documentos correspondientes al Sistema de Integración mencionado, son identificados y elaborados por los responsables de procesos (lideres) describiendo acciones y actividades reales.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

6.1.2 Aprobación de documentos


Todo documento correspondiente al Sistema Integrado, debe ser revisado y posteriormente aprobado por gerencia y dirección científica antes de su distribución. Una vez aprobado el documento debe ser incluido en la “Lista Maestra de Documentos.

6.1.3 Distribución de los documentos

Una vez aprobado el documento, se distribuye a todas las personas implicadas en el procedimiento para su implementación, manteniéndose una copia de todos los documentos del Sistema de Calidad, que se conservará en poder del Coordinador de Calidad. Dicha copia se encuentra archivada y a disposición de todo el personal de la organización que la requiera.

Los tipos de documentos tales como procedimientos e instructivos tienen condición de “Copia Controlada para uso interno”, mientras que el manual de calidad, plan de calidad y manual de funciones serán clasificados como “Copia No Controlada para uso interno”. No se deben tomar fotocopias ni duplicar los documentos del SGC sin la autorización del responsable del proceso.

Los documentos deben estar disponibles para la consulta, conocimiento y aplicación de las personas responsables del proceso y de procesos relacionados. No está permitida la distribución de documentación ni datos externamente sin autorización de la alta dirección.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

La distribución de un documento modificado se realiza a los responsables del proceso o procedimiento correspondiente, se recogen las copias de la versión anterior dejando una copia con el sello de documento obsoleto y destruyendo las demás copias.


6.1.4 Modificación de documentos

Cuando se requiera efectuar cambios en algún documento del SGC se aplican las siguientes consideraciones:

- ✓ Solicitud escrita por parte de la persona o personas que intervienen en el proceso exponiendo las razones por las cuales el documento debe ser modificado ante la Coordinación del SGC quien estima la conveniencia de la modificación.
- ✓ Si es conveniente la modificación, se procede a crear la nueva versión del documento sometiéndose al mismo proceso de elaboración, revisión y aprobación que el documento original.
- ✓ Se actualiza la Lista Maestra de Documentos indicando la nueva versión.
- ✓ Se realiza la divulgación de la modificación a los que intervienen en el proceso, luego se deja fuera de circulación el documento anterior (original y copias) y se reemplaza por el documento modificado.

6.1.5 Revisiones periódicas

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad son revisados periódicamente y actualizados cada vez que sea necesario con el fin de asegurar su conveniencia

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

según la Norma ISO 9001 y comprobar si los procedimientos continúan siendo aplicables o deberían ser modificados.

6.1.6 Documentos anulados

Cuando cese la necesidad que originó la elaboración de un documento, este podrá ser anulado del Sistema de Calidad pudiendo ser solicitado por cualquier persona. Estas solicitudes deben ser dirigidas al responsable del respectivo proceso. El manejo de los documentos “anulados” es igual al de los “obsoletos” tal como se describe.


6.1.7 Documentos obsoletos

El responsable de Calidad, en el momento de distribuir una nueva edición, se encargará de retirar y destruir las copias obsoletas identificándolas como tal para evitar posibles errores y prevenir su uso no intencionado. Así mismo, guardará a modo de historial el original del documento obsoleto identificándolo con el sello respectivo. Los documentos obsoletos son archivados por el responsable de Calidad con la identificación de “Copia Obsoleta”.

6.1.8 Documentación externa del SGC

Aquella documentación que no es emitida y/o recibida por la Clínica, tal como:

- Organismos no gubernamentales de competencia local, nacional o internacional
- Entidades del Gobierno

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

- Otros organismos del Estado
- Proveedores
- Otras personas naturales o jurídicas


En cada proceso se identifican los documentos externos que pueden incidir o afectar la calidad de los procesos y servicios de la institución. Igualmente, identifica el(los) responsable(s) del(los) proceso(s) que puede(n) verse afectado(s) y evalúa el impacto potencial del documento en la prestación de los servicios, comunicando su percepción, para que se tomen las acciones o medidas correspondientes. Del seguimiento de los documentos externos claves para el SGC se llevan registros en la Lista Maestra de Documentos Externos. De la recepción y distribución de la documentación externa también se llevan registros en el formato registro de correspondencia enviada.

6.1.9 Documentos de referencia

Los documentos de referencia son aquellos que sirven como base, soporte o que guardan relación directa con un proceso, procedimiento o documento del Sistema integrado de gestión de la Calidad. De los documentos de referencia se llevan registros.

6.2. ACTIVIDADES DE CONTROL DE REGISTROS

Las siguientes actividades se definen para garantizar la conservación de los registros del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la IPS.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

6.2.1. Elaboración e identificación de registros


Todos los registros correspondientes al Sistema de Integrado de Gestión de la Calidad, se Identifican, elaboran, aprueban, modifican y anulan de acuerdo con lo previsto por el procedimiento de control de documentos.

Cada formato de registro que haga parte del Sistema de Gestión de Calidad cuenta mínimamente con:

- ✓ Logotipo
- ✓ Título del Registro
- ✓ Fecha de diligenciamiento o registro del formato
- ✓ Revisión
- ✓ Versión
- ✓ Numeración de la página.

Los registros son emitidos por la persona que realiza la actividad objeto de registro, quien responde por la legibilidad y preservación, así como por mantenerla actualización de su información. Los registros han de ser perfectamente claros y estar siempre disponibles para su presentación cuando sea requerido.

Todos los registros que hacen parte de los procesos del Sistema de Integrado Gestión de Calidad y más específicamente del proceso de Hospitalización se deberán relacionar en el Formato Lista Maestra de Registros. Puesto que los registros son un tipo de documento de características especiales dado que no se pueden modificar, se clasifican principalmente como:


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

- ✓ Correspondencia de entrada y de salida (incluye faxes y correos electrónicos)
- ✓ Notas Internas (incluye oficios)
- ✓ Actas de reunión
- ✓ Formatos diligenciados
- ✓ Formularios
- ✓ Informes
- ✓ Bases de Datos

De otra parte, cualquiera de los anteriores tipos de registros puede ser elaborado y presentado por los responsables de procesos mediante uno o la combinación de los dos siguientes medios, según se requiera:

Registros de medio magnético, que son elaborados y mantenidos en computador y cuya responsabilidad recae principalmente en las personas que los diligencian, pero también en los responsables del proceso de gestión tecnológica e informática, por ser éste su principal medio de archivo.

Registros físicos, editados en cualquier medio como papel, fotografías u otro, y cuya responsabilidad recae en las personas que los diligencian y archivan los registros impresos que requieran de un formulario o formato están bajo la responsabilidad de los dueños de procesos correspondientes tanto en la elaboración del formato como en la recolección de la información. Independientemente de cuál sea la clasificación o la presentación de los registros, su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final aplica por igual y se deben seguir los criterios que aquí se estipulan.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

6.2.2. Archivo de registros


Los distintos registros resultantes de las actividades son mantenidos en archivo por los responsables designados, de acuerdo con lo indicado en el Formato de Control de Registros.

La responsabilidad de archivar los registros conlleva la del mantenimiento y cuidado de los archivos, por lo tanto, cada proceso tiene registros asociados los cuales son almacenados en un folder asignado para ello, debidamente marcado. Solo debe estar dentro de cada folder, lo registros del año cursante y del año anterior para evitar la saturación de los mismos.

El responsable de archivar cada tipo de registro establece las condiciones que minimicen el riesgo de pérdida o deterioro por accidentes, condiciones ambientales, entre otros, por lo tanto se cuenta con archivadores o estantes apropiados para garantizar la integridad física y la conservación de la información consignada en los registros.

Cualquier archivo, ya sea en papel o magnético, lleva externamente una indicación relativa al tipo de registro que contiene. Los colaboradores tienen acceso a los archivos de registros para su consulta, previa autorización del dueño del proceso, pero la retirada temporal de un registro concreto de su archivo correspondiente debe ser autorizada de forma escrita por el dueño del proceso o en su defecto por el responsable del archivo de los documentos del proceso.

Existen dos tipos de archivo:


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

a) Archivo Activo. Cada dependencia maneja un archivo activo en el cual mantiene los registros y otros documentos que se requieren para adelantar las labores cotidianas. El tiempo de retención de los registros y otros documentos que se mantienen en estos archivos es lo que se lleve corrido del año que transcurra más la vigencia del año inmediatamente anterior.

Los registros físicos deben ser almacenados en carpetas, fólderes o A-Z, debidamente identificados, al interior de ellas éstos deben seguir un orden cronológico por fecha y adicionalmente deben ser foliados en forma consecutiva. Si por cualquier motivo, los registros no pueden ser almacenados en estricto orden cronológico, primará la foliación de los mismos. Los registros de medio magnético deben ser almacenados en CD, debidamente identificados, al interior de ellos los registros deben seguir también un orden cronológico.

b) Archivo Central. Una vez los tiempos de retención de los archivos activos van expirando, las personas encargadas de los mismos deben remitir los registros al archivo central. Esta entrega de información se realiza mediante nota interna a la secretaría general en donde se relaciona la totalidad de los registros que se transfieren con el registro de Tabla de Retención Documental.

La organización de los registros físicos y de medio magnético en el Archivo Central, en esencia, es la misma que se maneja en los archivos activos, lo cual facilita la consecución de registros según se requiera.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

6.2.3. Almacenamiento de registros


Las carpetas, fólderes, A-Z, CD, o cualquier otro medio de almacenamiento de los registros físicos o magnéticos se identifican mediante el nombre de la dependencia, su código, el año al que pertenecen y los grandes temas en que se pueden agrupar los registros. La correspondencia que entra y sale de la Clínica, se debe radicar obligatoriamente.

De todos los registros magnéticos debe existir copia de respaldo o backup, cuya responsabilidad es de las personas que trabajen en la Universidad y que utilizan cada computador, o del grupo de soporte informático cuando se trata de los servidores.

6.2.4. Tiempo de conservación

Los registros se conservan en el archivo central durante al menos tres años a partir de la fecha de recepción, salvo que un acuerdo contractual o los requisitos legales exijan un periodo mayor.

Una vez transcurrido el período de conservación, de acuerdo con lo registrado en la Tabla de Retención Documental, los registros recibirán el tratamiento que allí se establezca.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

ANEXO 5.

Procedimiento para la gestión de no conformidades mediante acciones correctivas y acciones preventivas del sistema integrado de gestión de la calidad basado en norme ISO 9001:2008 y estándares de calidad para acreditación

1 OBJETIVO

Describir la metodología a seguir para el establecimiento de acciones correctivas y preventivas originadas en no conformidades.


2 ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la Clínica Psiquiátrica de la Costa Ltda., sin embargo para efectos del presente trabajo integrador se focaliza en el proceso de hospitalización.

3 DEFINICIONES

A continuación se incluyen algunas definiciones y abreviaturas relacionadas con las acciones correctivas y acciones preventivas:

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. En una acción correctiva, el problema existe pero la solución se implanta para que dicho problema no vuelva a presentarse. Implica investigación de las causas.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable. En una acción preventiva el problema no se ha presentado aún ya que se toma para prevenir que algo suceda.

Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada, puede ser realizada junto con una acción correctiva.

Defecto: incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado, es importante diferenciar la expresión defecto de no conformidad por sus connotaciones legales, particularmente aquellas asociadas a la responsabilidad legal de los productos, consecuentemente el término “defecto” debe usarse con extrema precaución.

No conformidad: no cumplimiento de un requisito especificado, detectado durante una revisión o verificación de los procesos o de sus productos. El requisito puede ser pacientes familiares, médicos, enfermeras o cualquier miembro que participe del proceso de hospitalización.

No conformidad potencial: Probable incumplimiento de un requisito, detectado durante las actividades de planificación o re-planificación de los procesos, al presentarse cambios, o mediante el análisis de los datos arrojados por los procesos, en cuanto a tendencias y comportamientos; también puede surgir una NO conformidad potencial, de la comparación de un proceso con experiencias de procesos similares. La no conformidad potencial es un incumplimiento de los requisitos planificados.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Registro de los resultados de las acciones tomadas: Son los datos, cifras o hechos que dan evidencia de los resultados obtenidos por la implementación de las acciones tomadas. Los resultados de las acciones tomadas se deben reflejaren el mejoramiento de los indicadores de cada proceso.

REVISIÓN: actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y la eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar los objetivos establecidos.

SERVICIO NO CONFORME: aquel al que se le detecta el incumplimiento de un requisito (previamente definido por cada proceso) antes, durante o después de la prestación del mismo. La identificación de un servicio no conforme puede ocurrir por la medición de indicadores, las auditorias o las quejas y reclamos.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad


TRATAMIENTO DE UNA NO CONFORMIDAD (CORRECCIÓN):

Es la acción tomada para eliminar una NO CONFORMIDAD en forma inmediata y puntual. Puede entenderse también como un correctivo provisional que se aplica frente a situaciones coyunturales. Puede realizarse antes de una ACCIÓN CORRECTIVA que se aplica a situaciones estructurales o repetitivas.

VERIFICACIÓN: confirmación mediante la aportación de evidencia de que se ha cumplido los requisitos especificados.

4 RESPONSABLES

- ✓ Auditores internos

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

- ✓ Líderes de procesos
- ✓ Coordinador de calidad

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA


- ✓ NTC-ISO 9001:2008
- ✓ Directrices para la documentación del SGC.
- ✓ Norma Fundamental para la elaboración de documentos
- ✓ Procedimiento Control de Documentos y Control de registros.
- ✓ Anexo técnico No. 1 (Resolución 1445 de 2006)
- ✓ Procedimiento de tratamiento de servicios no conformes.
- ✓ Procedimiento de auditorías internas de calidad.
- ✓ Lista maestra de registros
- ✓ Procesos documentados del mapa de procesos de la Seccional.
- ✓ Manual de calidad

6. ACTIVIDADES

Para implementar acciones correctivas y preventivas se requieren las siguientes actividades:

6.1 IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR O DE TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS

La necesidad se detecta si las auditorías o la respuesta al tratamiento del servicio no conforme ameritan una acción correctiva o preventiva. La acción correctiva se

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

genera de acuerdo con los criterios definidos: repetitividad no conforme que afecta la imagen de la Clínica, incumplimiento legal y auditorías.

Para el registro de la identificación de acciones preventivas y/o acciones correctivas se diligencia de formato: Acciones correctivas y acciones preventivas.

6.1.1. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS


Una acción correctiva se puede generar a raíz de:

- ✓ No conformidad en los servicios o bienes que suministra un proceso
- ✓ Quejas, reclamos o insatisfacción de los pacientes, padres o familiares, detectada por encuestas, quejas y reclamos.
- ✓ Resultados de auditoría de calidad tanto internas como externas.
- ✓ Incumplimiento de objetivos.
- ✓ Incumplimiento de los indicadores de los procesos

6.1.2. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS

Una acción preventiva se origina mediante:

- ✓ Resultados de la planificación de la calidad.
- ✓ Análisis e identificación de riesgos potenciales.
- ✓ Revisión de las necesidades y expectativas de los pacientes, padres o familiares y personal que trabaja en la institución.
- ✓ Autoevaluación.
- ✓ Análisis de tendencias de servicios y de procesos.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

6.1.3. CRITERIOS PARA INICIAR UNA ACCIÓN CORRECTIVA Y/O PREVENTIVA

Se deben considerar los siguientes criterios para determinar si se inicia o no una acción correctiva o preventiva, luego de presentada una no conformidad:

- ✓ El efecto sobre el no cumplimiento de los requisitos de los pacientes, padres o familiares y personal que trabaja en la institución.
- ✓ El efecto sobre el incumplimiento de los objetivos de calidad o de los procesos.
- ✓ La frecuencia con que se presentan las no conformidades.
- ✓ El efecto sobre la eficacia de los procesos.
- ✓ Resultado de auditorías.


La aplicación de estos criterios para cada situación en particular es responsabilidad del líder de cada proceso.

Una vez decidida la toma de una acción correctiva o de una acción preventiva, se debe aplicar el procedimiento.

La acción puede estar relacionada con el paciente o familiar del mismo, el servicio de hospitalización, resultados de auditorías para verificar el nivel de calidad de los servicios prestados durante el proceso de hospitalización.

6.2 REVISIÓN DE LA NO CONFORMIDAD (PROBLEMA REAL O POTENCIAL)

Si se requiere, conformar un grupo de trabajo, buscar información pertinente para delimitar y cuantificar el problema real o potencial.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

6.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS

Se identifican las causas que pueden estar ocasionando la no conformidad. Se utiliza la técnica 5W-2H.

6.4 PROPOSICIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS

Identificadas las causas fundamentales se proponen las acciones correctivas o preventivas para eliminar la recurrencia de la no conformidad. Se utiliza la técnica de la tormenta de ideas, definiendo claramente el objeto de mejoramiento.


6.5 IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DEFINIDAS

Se implementan o ejecutan las acciones preventivas o correctivas propuestas haciendo énfasis en el seguimiento permanente que se ejerce sobre las acciones realizadas para verificar la eficacia de las mismas; en caso de que no se evidencie mejora alguna o no significativa se evalúa nuevamente la no conformidad y plantean nuevas acciones correctivas y/o preventivas dependiendo del caso.


Es muy importante destacar que en la medida que se planteen y ejecuten acciones de mejora, se elaboran registros del resultado final de las acciones tomadas que condujeron a la eliminación de la no conformidad.

6.6 CIERRE DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS

Al verificar los resultados se tomará la decisión de hacer declaración formal de cierre de de las acciones correctivas y/o preventivas, dado el caso en que se

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

determine que la causa de no conformidad ha sido eliminada; procurando que se normalice o estandarice la nueva condición de realización de actividades asegurando el entrenamiento o entendimiento requerido para que la causa raíz no vuelva presentarse.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

ANEXO 6.

Procedimiento para la realización de auditorías internas del sistema de gestión de la calidad y de los estándares de acreditación

PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
1 Objetivo
<p>El objeto de este procedimiento es describir de manera sistemática el procedimiento general para la realización de auditorías internas del sistema de gestión de calidad y de los estándares de acreditación, que se seguirán en la clínica para la realización de las auditorías internas del Sistema de la Calidad y de los estándares de acreditación implementados en el proceso de hospitalización sometidos a la norma ISO 9001:2008 y a los estándares de acreditación.</p>
2 Desarrollo
2.1 Planificación de las auditorías
<p>Las auditorías internas de la calidad se llevarán a cabo a intervalos anuales, de acuerdo con un plan elaborado por el comité de calidad del centro y aprobado por la Dirección del mismo.</p> <p>El Plan de auditorías abarcará el proceso de hospitalización y aquellas actividades de los procesos de apoyo que estén identificadas como críticas para su desarrollo en el Manual de los procesos.</p> <p>En casos específicos, y cuando se de alguna o varias de las siguientes circunstancias, se procederá a realizar auditorías no contempladas en el correspondiente Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando se haya variado de manera significativa los parámetros o circunstancias del proceso de hospitalización. ✓ Cuando se hayan observado problemas o tendencias negativas en la evolución del proceso de hospitalización
2.2 Equipo auditor
El comité de calidad del centro designará, para cada auditoría interna, el equipo



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

auditor, el cual constará de tantas personas como se considere oportuno en función del alcance y complejidad del proceso que se vaya a auditar.

En el caso de que se designe más de una persona se especificará quién actuará como coordinador dirigiendo al resto del equipo.

2.3 Realización de la auditoría

1.3.1 Preparación de la auditoría:

a) agenda de auditoría: El coordinador del equipo auditor elaborará una agenda de auditoría en la cual se detallará la fecha de la auditoría, los nombres de las personas que constituyen el equipo auditor, el proceso que se auditará, las personas a entrevistar, el horario y el alcance de la auditoría.

Dicha agenda se hará llegar con la suficiente antelación al responsable del proceso objeto de la auditoría.

b) Revisión de la documentación relativa al proceso a auditar: El equipo auditor comprobará que la documentación del sistema de gestión de la calidad y acreditación esté completa e incluye todos los requisitos de la norma.

c) Preparación de las listas de comprobación: Cada equipo auditor establecerá las listas de comprobación adecuadas. Su utilidad es la de evitar que se olviden puntos importantes a tratar durante la auditoría.

Las listas de comprobación se diseñarán de manera que no restrinjan las actividades e investigaciones adicionales que pudieran ser necesarias como resultado de la información obtenida durante la auditoría.

1.3.2 Ejecución de la auditoría

a) Reunión inicial. Antes de comenzar la auditoría el coordinador del equipo auditor realizará una pequeña introducción acerca del alcance y propósito de la auditoría a los representantes del proceso objeto de la misma.



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

b) Realización de la auditoría: La auditoría se llevará a cabo mediante entrevistas con el responsable del proceso y con las personas que de alguna manera participan en el mismo.

Durante las conversaciones, consultando los documentos de referencia, los registros disponibles y, cuando proceda, la realización de tareas específicas así como mediante la búsqueda de evidencias objetivas, el equipo auditor tratará de llegar a conclusiones sobre el grado de implementación del sistema de gestión de la calidad y de los estándares de acreditación y adecuación a la misión del proceso de hospitalización. Es decir, se comprobará que los requisitos recogidos en la documentación del sistema de gestión de la calidad y de acreditación se cumplen.

c) Reunión final y cierre de la auditoría: Una vez concluida la auditoría el equipo auditor se reunirá con los responsables del proceso objeto de la auditoría para la presentación del resultado.

La presentación la realizará el coordinador del equipo auditor e incluirá como mínimo los siguientes aspectos:

Desviaciones observadas sobre los requisitos aplicables:

Observaciones y no-conformidades.

Aspectos más positivos identificados

Aspectos más negativos

Valoración general, en el momento de la auditoría, de la eficacia del proceso.

1.3.3 Elaboración del informe de auditoría

Una vez finalizada la auditoría el coordinador del equipo auditor elaborará el informe de auditoría correspondiente donde se reflejarán formalmente los aspectos transmitidos de una manera informal en la reunión final de auditoría.

El informe será entregado al responsable del proceso auditado con copia al



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

Director de la clínica y en su defecto a la representante de la dirección ante el sistema de gestión.

1.3.4 Acciones correctivas

En el caso en que se detecten No conformidades, éstas se tratarán siguiendo lo descrito en el Proceso de auditoría en Gestión de no conformidades, medidas correctivas y medidas preventivas del sistema de gestión.

El responsable del proceso auditado, tras el análisis de las causas, definirá e implantará las acciones correctivas pertinentes dentro de unos plazos razonables.

Una vez implementadas las acciones correctivas, y tras haber valorado, cuando proceda, su eficacia, el responsable del proceso que corresponda notificará tales circunstancias al comité de Calidad de la clínica. Este encargará a alguna persona, que puede ser un miembro del equipo auditor o cualquier otro que considere oportuno, la realización del seguimiento de dichas acciones con el objeto de cerrar, si el resultado es satisfactorio, las no conformidades reportadas durante la auditoría.

3 Requisitos de los auditores

3.1 Requisitos:

La persona o personas designadas para realizar las auditorías deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Ser independientes del proceso a auditar.
- ✓ Haber recibido formación, práctica o mediante cursos, sobre la norma ISO 9001:2008.
- ✓ Haber recibido formación, práctica o mediante cursos, en Auditorías de la calidad.
- ✓ Haber recibido formación, práctica o mediante cursos, en Auditorías en acreditación.
- ✓ Tener conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y en estándares de acreditación establecido en la clínica.
- ✓ Estar familiarizado con las tareas y actividades que se desarrollan en el proceso objeto de la auditoría.



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1

Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

4 Responsabilidades

4.1 Del Comité de Calidad:

- ✓ Elaboración del plan de auditorías
- ✓ Establecimiento de la necesidad de auditorías extraordinarias
- ✓ Designación del equipo auditor encargado de llevar a cabo las auditorías
- ✓ Designación del coordinador del equipo auditor
- ✓ Comprobación del cierre de las no conformidades abiertas en las auditorías, así como de comprobar la eficacia de las medidas correctivas implementadas.

4.2 Del equipo auditor:

- ✓ Preparar y planificar la auditoría.
- ✓ Respetar los requisitos aplicables a la auditoría y otras directrices apropiadas.
- ✓ Limitarse al alcance marcado en la agenda para la auditoría.
- ✓ Actuar con objetividad y de forma ética.
- ✓ Revisar la documentación existente relativa a las actividades del Sistema de Gestión de la calidad y de los estándares de acreditación para determinar su adecuación.
- ✓ Recoger y analizar las evidencias pertinentes y suficientes para permitir obtener las conclusiones relativas al sistema de la calidad auditado.
- ✓ Estar atentos a cualquier indicación de evidencia que pudiera influir en los resultados de la auditoría, y que en su caso, hiciera necesario ampliar la auditoría.
- ✓ Comunicar inmediatamente a los auditados las no conformidades críticas.
- ✓ Informar a la Dirección de cualquier obstáculo importante encontrado durante la auditoría.
- ✓ Informar claramente sobre los resultados de la auditoría de manera concreta, definitiva y sin retrasos mediante un informe escrito en el que se consignen todas las observaciones realizadas.

4.3 Del responsable del proceso:

- ✓ Facilitar el trabajo del equipo auditor
- ✓ Analizar las causas de las no-conformidades detectadas, establecer las medidas correctivas adecuadas así como los recursos necesarios y los plazos de su implementación.
- ✓ Comunicar al Comité de calidad el estado de las no-conformidades.



**MANUAL DE CALIDAD DE LA
CLINICA PSIQUIATRICA DE LA
COSTA LTDA**

Revisión: 1


Fecha: DD/MM/AA

Página __de __

5 Registros:

Los registros que se utilizarán en las auditorías serán los siguientes:

- ✓ Plan de auditorías de la clínica.
- ✓ Acta de la reunión del comité de calidad en la que se designa el auditor o
- ✓ Auditores que compondrán el equipo auditor, especificando quién actuará como Coordinador del mismo.
- ✓ Agenda de la auditoría.
- ✓ Notas, evidencias y cualquier otro material que se utilice durante el curso de la auditoría y sea empleado para la elaboración del informe final.
- ✓ Informe de auditoría incluyendo una copia de las no conformidades detectadas.
- ✓ Los registros de las auditorías serán custodiados por el coordinador del equipo auditor hasta la finalización de la misma, momento en que se entregará al Coordinador de la Gestión del Sistema de la Calidad de la Clínica.
- ✓ Los registros de las auditorías se almacenarán como mínimo hasta la reunión de revisión del sistema por parte de la Dirección del centro, excepto en aquellos casos en los que queden no-conformidades pendientes de cerrar, en los que se mantendrán los registros hasta el cierre de todas ellas.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

ANEXO 7.

MANUAL DE CONVIVENCIA DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA.

Horarios y Actividades

El paciente y la familia deben cumplir con los horarios establecidos en la clínica para las diferentes actividades, intervenciones y reuniones que se planean.

Ropa e implementos de aseo.


El paciente o su familia deben traer los implementos de aseo necesarios, ropa limpia, en buen estado y marcada.

Seguridad.

El paciente o sus familiares deberán proporcionar un candado pequeño con dos llaves para asegurar el locker asignado donde guardará sus pertenencias, que inicialmente pasa a enfermería para efectos de inventario, cuyo reporte es debidamente firmado por el paciente o su acudiente y por enfermería.

Dentro del hospital no se permite el porte de dinero, celulares, equipos electrónicos ni objetos de valor tales como cadenas, relojes, anillos, etc. Del mismo modo no se permite portar implementos de manicure, correas ni objetos corto punzantes.

Los pacientes del programa que puedan utilizar radio o aparatos electrónicos siempre y cuando el médico psiquiatra tratante lo autorice y en unos horarios establecidos.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

No está permitido el intercambio ni obsequios de ropa o artículos personales entre pacientes, empleados y pacientes o familiares de otros pacientes.

Los pacientes deberán participar del lavado y organización de su ropa incluyendo la habitación, para ello se tiene en cuenta el horario establecido o asignado en terapia ocupacional. Es importante resaltar que lo anterior solo será posible cuando el paciente se encuentre en condiciones de llevar a cabo las actividades y sobre todo se debe contar con la autorización del médico tratante.


El vestuario de la clínica que se ofrece a los pacientes no debe llevarse fuera de las instalaciones del hospital ni usarla para hacer intercambio.

Visitas y obsequios

Las visitas a pacientes se realizarán mínimo una vez por semana según los horarios establecidos por la IPS y para ello se contará con salón o área previamente preparada a la cual solo ingresarán los pacientes con sus respectivos familiares.

Sólo se permite el ingreso de dos visitantes por paciente y deben ser acudientes o familiares cercanos (padres, hermanos mayores de edad, hijos mayores de doce años y conyugues). Los niños menores de edad a los que se les autorice la visita, estarán al cuidado expreso del adulto con el cual ingrese.

Antes de ingresar los visitantes deben identificarse con cédula de ciudadanía en portería, de lo contrario, no se permite el ingreso.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Todo paquete que entre o salga de la institución será revisado y registrado por el portero.

Las visitas podrán suspenderse según el criterio médico.

Todo visitante que incumpla recomendaciones o suministre datos falsos, será informado y podrá suspenderse la entrada.


Durante la hospitalización a los pacientes sólo se les puede ingresar implementos de aseo personal, vestuario recomendado, alimentos que no requieran refrigeración en porciones medidas contenidos en recipientes plásticos. En caso de que el visitante deje algunos obsequios se tiene como límite máximo tres unidades; los cuales no deben contener salsas o licor.

A los pacientes que tengan dietas especiales sólo se les pueden ingresar los alimentos autorizados por el médico o nutricionista.

No se permite el ingreso de materiales para manualidades sin previa autorización de terapia ocupacional.

Movilidad de los pacientes

Para que un paciente pueda salir de la institución, el funcionario encargado debe informar a enfermería.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

Llamadas y comunicación

Todos los pacientes pueden recibir llamadas siempre y cuando no estén restringidas por el psiquiatra tratante o médico general.


El horario para recibir llamadas es de 12:00 m a 01:00 p.m. y de 05:00 p.m. a 08:00 p.m. con tiempo máximo de tres minutos por llamada.

Los pacientes pueden recibir llamadas por fuera del horario establecido, sólo si son llamadas internacional eso en casos justificados por el médico.

Enfermería llamará a la familiar o acudiente cuando considere necesario para solicitar implementos de aseo.

No se permite el consumo de cigarrillos, alcohol o sustancias psicoactivas dentro de la institución.

Las normas que se contemplan en este manual serán entregadas al ingreso del paciente, deben ser explicadas, conocidas y tenidas en cuenta durante la hospitalización.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

ANEXO 8. MANUAL DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

Aplicación

Se crea con el fin de evitar y prevenir la discriminación por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

Definiciones


Defensor: Representante legal u otro representante calificado.

Autoridad independiente: se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la ley.

Atención de la salud mental: Es el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, tratamiento, cuidado y medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta.

Consentimiento informado. Es el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

a) El diagnóstico y su evaluación

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto

c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles

d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.


Discriminación: Es cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad.

Institución psiquiátrica: Todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental.

Profesional de salud mental: Es todo médico, psicólogo clínico, profesional de enfermería, trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental.

Paciente: Es la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución.

Representante personal: La persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Órgano de revisión: Es la parte establecida de conformidad, para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.


Cláusula general de limitación

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna


	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trate no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la ley. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Principio 2

Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

Principio 3


La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 5


Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique mediante un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 6

Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Principio 7


Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 8

Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluidos la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

	<p align="center">MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA</p>	<p align="right">Revisión: 1</p>
		<p align="right">Fecha: DD/MM/AA</p>
		<p align="right">Página __de __</p>

Principio 9


Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10

Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

como castigo o para conveniencia de terceros. Los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado.

2. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.


3. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo. Se deben explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

4. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

5. Podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:

a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario.

b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presentes la seguridad

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento.

c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.


6. Se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

7. Podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

8. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

9. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

10. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __


Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

11. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

12. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

13. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

14. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

16. El paciente o su representante, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

Principio 12


Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.
2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.
3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

Principio 13

Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:
 - a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;
 - b) Vida privada;

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;


b) Instalaciones educativas;

c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;

d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14


Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:
 - a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;
 - b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;
 - c) Atención profesional adecuada;
 - d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.
2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficientes para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

Principio 15

Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho.

Principio 16


Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. En el caso a que se refiere el apartado b del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

Principio 17


El órgano de revisión

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.

2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.

3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.

4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

5. En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

6. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.


Principio 18

Garantías procesales

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __


4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __ de __

justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

Principio 19


Acceso a la información

1. El paciente tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.
2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

Principio 20

Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuadas en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

Principio 21


Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la ley.

Principio 22

Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

	MANUAL DE CALIDAD DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA LTDA	Revisión: 1
		Fecha: DD/MM/AA
		Página __de __

Principio 23

Aplicación

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.
2. Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

Principio 24

Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25

Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.