

CAMINO A LA EXCELENCIA*

MARTHA CECILIA JARAMILLO MEJÍA, MD.
ALEJANDRO ARTEAGA MONTERO, MD.
CARMENZA MACÍA MEJÍA, MD

Fecha de recepción: 7-6-2004

Fecha de aceptación: 25-10-2004

ABSTRACT

This paper describes how, after 5 years of operation and based on continuous improvement, a health service institution which was originally established to serve patients with highly complex medical conditions, decided to implement a Quality Management System under ISO 9000:2000. The institution intended to guarantee an excellent quality service on an ongoing basis and become more competitive on the market by meeting international standards, thus positioning itself as an alterna-

tive for the delivery of academically oriented health services.

Having achieved the ISO certification, this institution is faced with current legal regulations and new challenges.

KEY WORDS

Accreditation of a Health Service Institution, Continuous Improvement, Quality, Competitiveness, Health Indicators, ISO 9000 Certification, Processes, Implementation of a Quality Health Management System.

* Este caso fue preparado por Martha Cecilia Jaramillo Mejía, MD, Directora de Especializaciones en Gestión de la Salud y Auditoría en Salud, de la Universidad ICESI; Alejandro Arteaga Montero MD, Carmenza Macía Mejía MD. Es propiedad de la Universidad Icesi.

RESUMEN

Se trata de cómo una Institución Prestadora de Servicios de Salud, creada para dar atención a problemas médicos de alta complejidad, luego de cinco años de funcionamiento y con base en el mejoramiento continuo, decide implementar un Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9000:2000, para garantizar la permanencia de servicios de excelente calidad y lograr mayor competitividad en el mercado al cumplir estándares internacionales y así poder posicionarse nacional e internacionalmente como una alternativa en la

prestación de servicios de salud con orientación académica.

Una vez certificada bajo la norma la entidad se ve enfrentada a la normatividad legal vigente y a nuevos retos.

PALABRAS CLAVE

Acreditación en salud de una IPS, Mejoramiento continuo, Calidad, Competitividad, Indicadores de salud, Certificación ISO 9000, Procesos, Implementación de un sistema de gestión de calidad en salud.

Clasificación: A

En septiembre de 1999 fuimos citados por la Directora de Logística, los médicos patólogos de la Unidad de Laboratorio Clínico y Patología, para hacer una evaluación del desempeño de cada área, y pensé: “Otra vez un diagnóstico... Si lo hemos hecho tantas veces...”

La instrucción fue que se aplicara para cada área o servicio el análisis de la matriz DOFA¹ y así se hizo, pero a los pocos días recibimos un comunicado firmado por el Director General de la institución, donde nos informaba que de acuerdo con los lineamientos de la Clínica y su orientación hacia la excelencia en la prestación de servicios médicos, con el propósito de asegurar la calidad, se había decidido iniciar el proceso de estructuración y consolidación del Sistema de Aseguramiento de la Calidad bajo la norma ISO 9000.

Con esta directriz se había establecido un acuerdo con un grupo asesor externo, para realizar un diagnóstico de cómo se encontraba la Clínica, y con base en esto se elaboró un plan de acción, que diera inicio al proceso de implementación de la norma ISO 9000 dentro de la institución.

HISTORIA DE LA FCVL

En 1994, Cali es la tercera ciudad de Colombia con 1.843.506 habitantes² y el centro económico del suroccidente colombiano, con una población de 8.000.000 de habitantes. En esta región del país se desarrolla la actividad agroindustrial más importante de Colombia, con la producción de

azúcar, café y la explotación de ganadería y pesca; de igual manera posee una diversa y valiosa industria manufacturera, con el principal puerto marítimo nacional y un gran centro financiero.

El desarrollo de los servicios de salud para Cali y su área de influencia tuvo un crecimiento excepcional en las décadas de los años 50 y 60. El sueño y el esfuerzo de un grupo de médicos visionarios por construir en Cali una escuela de medicina basada en ofrecer educación médica de la más alta calidad y pionera de las nuevas tendencias de la educación para Latinoamérica, se vio satisfecho a finales de 1955 con la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle.

Esta Escuela desempeñaba labores clínicas asistenciales y programas de educación de pre y posgrado e investigación clínica en el Hospital Universitario Evaristo García, propiedad del Estado, el cual contaba con 600 camas, nivel III de atención médica, único centro de referencia para pacientes con problemas complejos que requerían de cuidado crítico, en el suroccidente colombiano.

La disminución de recursos internacionales y privados como soporte económico de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario no permitió mantener su desarrollo tecnológico y por ende los niveles de calidad en la asistencia de salud a los pacientes.

Conscientes de los avances médicos, especialmente en áreas de cuidado crítico, cirugía cardiovascular, trata-

1. Matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas.

2. Alcaldía de Santiago de Cali. Estadísticas poblacionales. 1990-1999. Disponible en: www.cali.gov.co/publico2/gobierno/calificifras2001.pdf

miento de cáncer, trasplantes, entre otros, un grupo de profesores de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ante la infructuosa solución con los recursos del Estado decidieron iniciar gestiones tendientes a conseguir recursos privados para un ambicioso proyecto que solucionara problemas críticos de salud, con alta tecnología, para los pobladores del suroccidente colombiano.

En los primeros meses de 1982 se pusieron en contacto con las directivas de la Fundación Santafé, de la ciudad de Bogotá, quienes en ese momento se encontraban terminando un ambicioso proyecto hospitalario que solucionaba de cierto modo una situación similar a la de Cali. Fue muy inspirador conocer la forma como se estaba realizando el proyecto con el respaldo del sector privado de Bogotá, a un costo aproximado de treinta millones de dólares, financiado en su totalidad por consorcios bancarios y corporaciones de ahorro y vivienda.

En ese momento se consideró factible replicar el modelo y el doctor Martín Wartenberg, profesor de la Universidad del Valle, presentó esta idea a distinguidos benefactores de la sociedad caleña quienes la acogieron con beneplácito dándole el apoyo requerido.

El día 25 de junio de 1982 se reunieron en el Club Colombia de Cali un selecto grupo de dirigentes, empresarios y médicos para escuchar del doctor Alfonso Esguerra -Director General de la Fundación Santafé- la historia del proyecto llevado a cabo en Bogotá. Fueron veintiséis en total los asistentes a esta primera reunión donde se insinuó la constitución de la Fundación, la cual fue aprobada por unanimidad, iniciando el proyecto Funda-

ción Valle de Lili, nombre dado por estar en ese sector el terreno donado para la ejecución de la obra.

A partir del 2 de agosto de 1982 se iniciaron las reuniones periódicas de la Junta Directiva y el 25 de noviembre se instauró oficialmente la Fundación, en un acto realizado en el Club Colombia, con la asistencia de 125 personas quienes firmaron el acta de constitución y conformaron la primera Junta Directiva, dándose a la tarea de realizar campaña para la consecución de donaciones.

Entre los años de 1982 y 1985 se contrataron estudios de prefactibilidad y diseño conceptual del proyecto, además se vinculó otra firma para precisar los niveles de demanda de los servicios, mientras por otro lado se concientizaba a la sociedad del proyecto mediante informes periódicos por diferentes medios de comunicación.

Hacia finales de 1985 comenzaron las obras de remodelación y adecuación de la primera sede en el barrio Centenario, las cuales fueron concluidas en abril de 1986, y a partir de entonces se inició el funcionamiento de la Clínica de Servicios Especializados con consulta de cardiología, pruebas de esfuerzo, electrocardiograma con monitoría, holter y laboratorio clínico. Posteriormente se desarrollaron las unidades de radiología e imágenes, hematología, oncología, reumatología, enfermedades respiratorias, fisioterapia, ortopedia y neurología.

A mediados de 1988 se retomaron los planes de construir el proyecto hospitalario y en enero de 1990 se dio inicio formal a los trabajos de construcción de la actual sede llamada Fundación Clínica Valle del Lili, con consulta ambulatoria hasta octubre de 1993 y

el 31 de enero de 1994 se realizó el proceso de admisión del primer paciente en el servicio de hospitalización, el cual fue abierto con 32 camas de cuidado general y 8 camas de cuidados intensivos. El 1o. de febrero de ese

mismo año fueron abiertas las Salas de Operaciones y Urgencias.

Desde su inicio, la Clínica contaba con especialidades médicas y quirúrgicas, y subespecialidades.

Cirugía

Cirugía General	Ortopedia	C. Cardiovascular
C. Tórax	Otorrinolaringología	Oftalmología
C. Plástica	Neurocirugía	Urología
C. Oncológica	Cirugía Pediátrica	Anestesiología

Pediatría

Pediatría General	Nefrología	Neurología
Infectología	Neumología	Endocrinología ³
Cuidado intensivo Pediátrico y Neonatal		

Medicina Interna

Cardiología	Endocrinología	Reumatología
Alergología	Neumología	Hepatología
Neurología	Fisiatría	Infectología
Nefrología	Inmunología	Cuidado Intensivo
Siquiatría	Gastroenterología	

Materno Infantil

Ginecoobstetricia	Alto Riesgo Obstétrico	Oncología
-------------------	------------------------	-----------

Apoyo Diagnóstico

Laboratorio Clínico	Banco de Sangre	Patología
Medicina Nuclear	Imágenes Diagnósticas	

Además de esto, se contaba con un ingeniero físico y biomédico, farmacólogo, nutricionistas, terapeutas físicos y respiratorios, y 300 enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería.

En 1995 estaban en funcionamiento 120 camas por hospitalización, 18 camas para cuidados intensivos adultos - pediátricos y 10 camas para cuidado intensivo neonatal, con todos los

3. Servicio que se presta hace cuatro años.

servicios de apoyo. En 1996 se habían realizado múltiples cirugías cardiovascular y cateterismos cardíacos. A principios de 1996 se efectuaron los primeros trasplantes de corazón e hígado, en forma exitosa.

La idea o razón de ser de la creación de la Clínica era que la ciudad de Cali y el suroccidente colombiano tuvieran acceso a servicios médicos de excelente calidad, ajustados a un plan de atención por niveles de complejidad que cubriera todas las especialidades pero haciendo énfasis en medicina de cuidado crítico, cirugía y medicina avanzada y por esto desde el inicio se contó con un equipo de 120 médicos especialistas, que necesariamente tenían subespecialidad, seleccionados directamente por la Dirección Médica, los cuales laboraban tiempo completo y con dedicación exclusiva para garantizar la disponibilidad permanente dentro de la institución y así

asegurar la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Como compensación se ofrecía un salario integral superior al promedio de los ingresos de los médicos con igual capacitación. Este modelo estaba a la vanguardia en el estilo de contratación médica en el país.

La Fundación Clínica Valle del Lili es una empresa privada sin ánimo de lucro, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Salud Pública, con una estructura económica basada en donaciones y cuyos dividendos se reinvierten, puesto que no tiene socios accionistas sino benefactores, por lo tanto es una institución de la comunidad que tiene un gran compromiso con ella (Ver Anexo 1).

En la actualidad la Clínica cuenta con 110 consultorios, 137 médicos institucionales y 253 camas, distribuidos así:

Pisos	Número de camas	Tipo de pacientes
4 piso	50	Pacientes pediátricos y maternas
5 y 6 pisos	86	Adultos del POS
8 piso	31	Particulares y medicina prepagada
7 piso	4	Transplante de médula ósea
	20	UCI intermedia
	4	UCI adultos
	1	Braquiterapia
2 piso	20	UCI adultos
	20	UCI neonatal
	7	Sala de partos
	10	UCI Ped.

Durante estos años los servicios se han ido consolidando, puesto que existe una directriz clara de proveer

servicios médicos de alta complejidad, con el marco del aseguramiento de la calidad que ha sido una idea que de-

fine la razón de ser de la institución y es liderada personalmente por el Director Médico quien supervisa y participa de todas las iniciativas, acciones y decisiones de cada unidad asistencial, en las revistas diarias de todas las unidades, en todos los comités asesores de la Dirección Médica y en las reuniones semanales de Auditoría Médica. Desde el punto de vista administrativo se realiza una evaluación continua y sistemática del personal médico y administrativo, con seguimiento diario de las actividades en cada área, y además se propende a mantener relaciones responsables y transparentes con clientes y proveedores, basadas en reglas claras y en la ética.

Aunque desde 1990, con la Ley 10, se empezaba a hablar de normas de calidad y se enunciaban los principios básicos para cumplir con las finalidades del Estado en salud, sólo hasta 1991, con la Constitución Política de Colombia, en sus artículos 48 y 49, se hace referencia a la Seguridad Social como un derecho de todos los colombianos y se define que el Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a sus habitantes, conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En 1993 se sanciona la Ley 100, que cambia el rumbo de la salud en el país, al crear el Sistema de Seguridad Social Integral que incluye pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios basada en los principios de equidad, unidad y participación y define que las Instituciones de Salud deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia (art.185) y se enuncia por primera vez la palabra acreditación para las IPS (art.

186). Con esta Ley se clasifican los afiliados, se dan garantías y se definen los deberes.

El impacto de la Ley 100 empieza a ser real en 1996 sobre la economía del sector salud; y en 1999 las instituciones han tenido que realizar todos los ajustes necesarios para poder permanecer y ser competitivas en el mercado.

La Fundación Clínica Valle del Lili fue diseñada, desde el punto de vista arquitectónico, para atender pacientes de Medicina Prepagada y particulares; sin embargo, la proporción de pacientes particulares y del POS (Plan Obligatorio de Salud) se invirtió por efectos de la Ley 100. En 2001 dicha proporción del POS era del 20% y en la actualidad es del 67% y se tuvieron que hacer adecuaciones como dividir las habitaciones de los pisos 4º, 5º y 6º para duplicar la capacidad, puesto que en el modelo de capitación y atención a pacientes del POS, el volumen es un factor determinante en los ingresos. Otro ajuste fue la reestructuración de la planta de personal, disminuyendo el número de enfermeras profesionales y reasignando funciones.

A la fecha, se han hecho convenios con las principales EPS del país y desde noviembre de 2003, la Clínica tiene un convenio de capitación con la EPS con mayor número de afiliados en el país, que incluye 100.000 usuarios, convirtiéndose en la primera IPS en realizar este tipo de alianzas.

La razón por la que nos habían citado tenía su historia...

En abril de 1999, el Director General de la Clínica presentó ante el Comité Médico Ejecutivo, por intermedio de

la compañía asesora, la propuesta para la futura implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO (Ver Anexo 2).

En junio de 1999 el Director General se reunió con la Directora de Operaciones, el Director Médico, la Coordinadora de Mejoramiento y Estandarización y el grupo asesor, y realizaron un análisis de la Estructura Organizacional, revisaron el sistema a implementar y definieron las principales motivaciones para buscar esta certificación, que fueron:

- Cumplir estándares internacionales.
- Promover en los empleados de los diferentes niveles, un enfoque hacia la prestación de servicios que satisfagan las necesidades de todos los clientes.
- Garantizar la permanencia de servicios de salud de excelente calidad, con los más avanzados recursos médicos, frente a la legislación vigente.

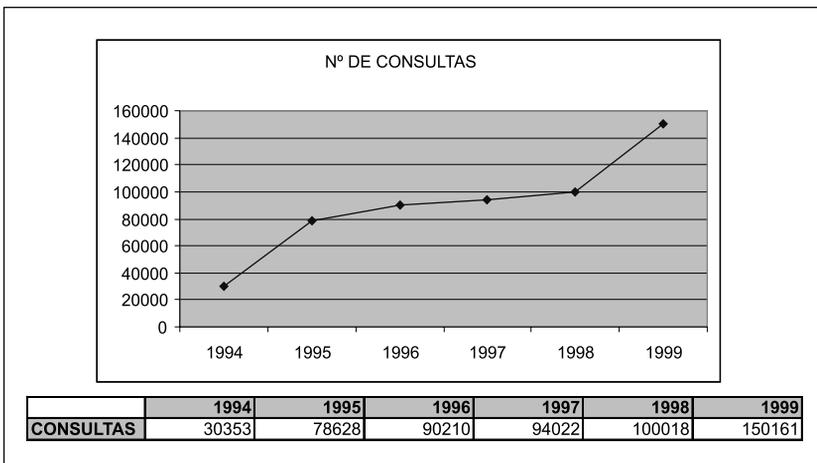
- Obtener tratamiento preferencial por parte de los clientes potenciales.
- Incrementar la participación en los mercados nacional e internacional.

Se discutieron las diferentes entradas de los pacientes a la institución y se estableció un plan piloto como primera etapa del proyecto, centrado en la unidad de Urgencias, con los servicios médicos básicos de apoyo que son Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas y Banco de Sangre y se planeó, en conjunto con los asesores, la agenda de reuniones con los jefes de cada servicio para hacer un diagnóstico.

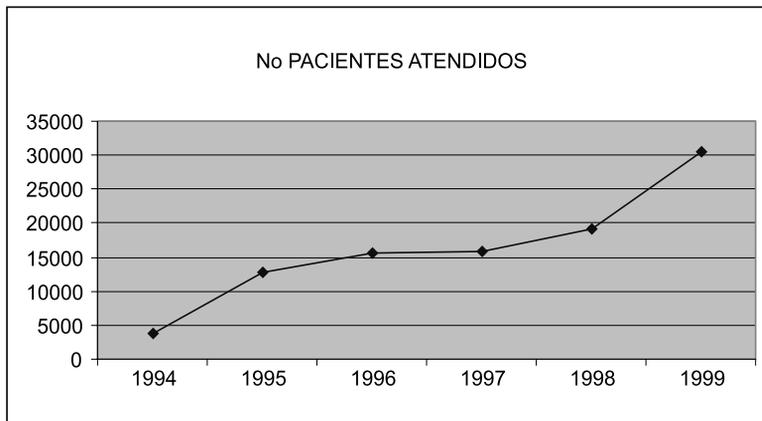
En octubre de dicho año, cada Unidad recibió capacitación por los asesores, acerca del modelo ISO con su enfoque general, y posteriormente se realizó una visita a cada uno de los servicios del plan piloto, se hicieron entrevistas con los jefes, se revisó la matriz DOFA previamente elaborada en cada área y se analizó la información vigente (Ver Anexo 3).

Estas fueron las cifras evaluadas a la fecha:

CONSULTA EXTERNA

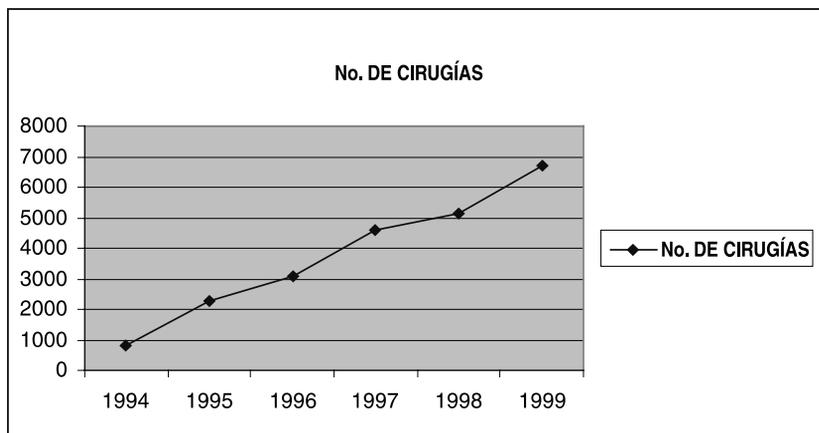


UNIDAD DE URGENCIAS



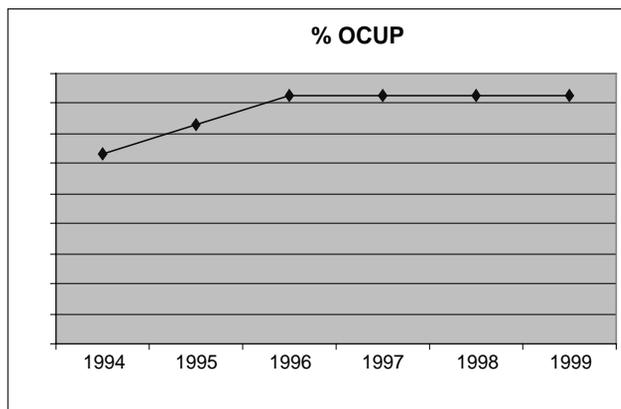
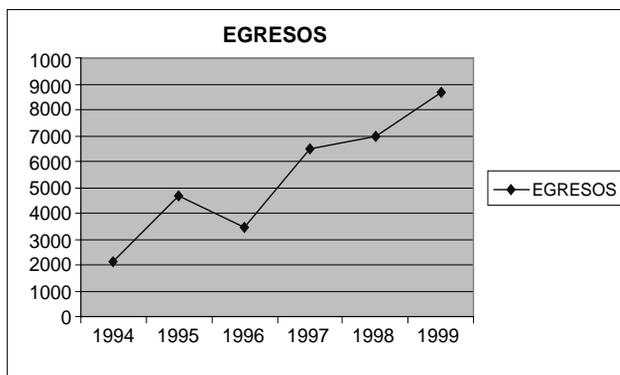
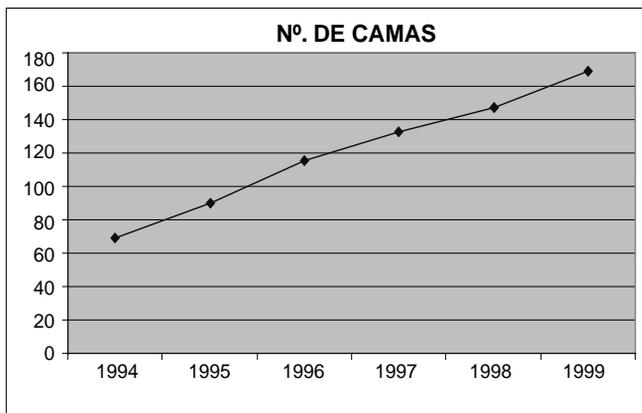
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No DE PACIENTES ATENDIDOS	3839	12813	15494	15818	19209	30487

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS



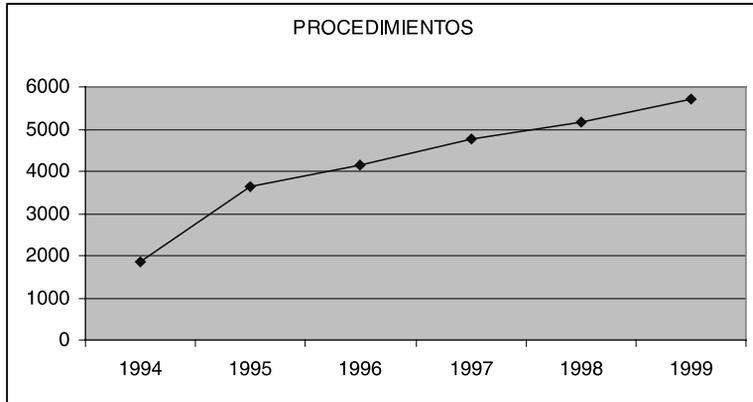
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. DE CIRUGÍAS	797	2260	3078	4584	5123	6702
% AMBULATORIO	51	64	62	47	50	55

HOSPITALIZACIÓN



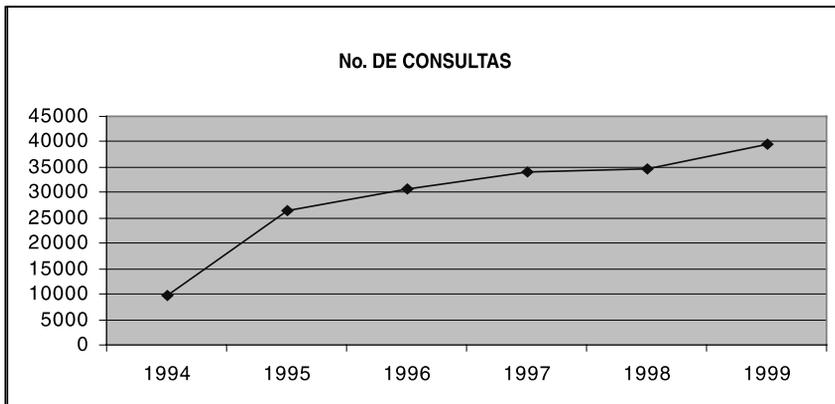
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
EGRESOS	2101	4672	3475	6458	6999	8663
No. DE CAMAS	69	90	115	133	147	169
PROM. EST	4,7	5,1	5,5	6	6	5
% OCUPACIÓN	63	73	83	83	83	83

UNIDAD DE ENDOSCOPIA



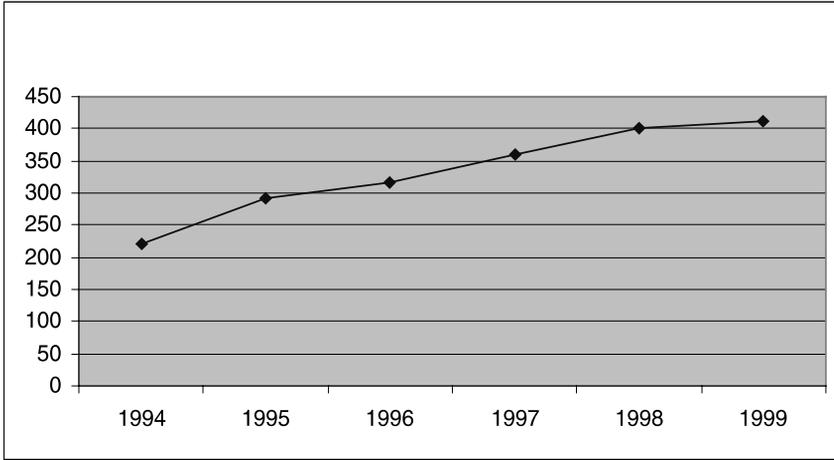
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PROCEDIMIENTOS	1856	3622	4138	4750	5177	5714

ESPECIALIDADES MÉDICAS



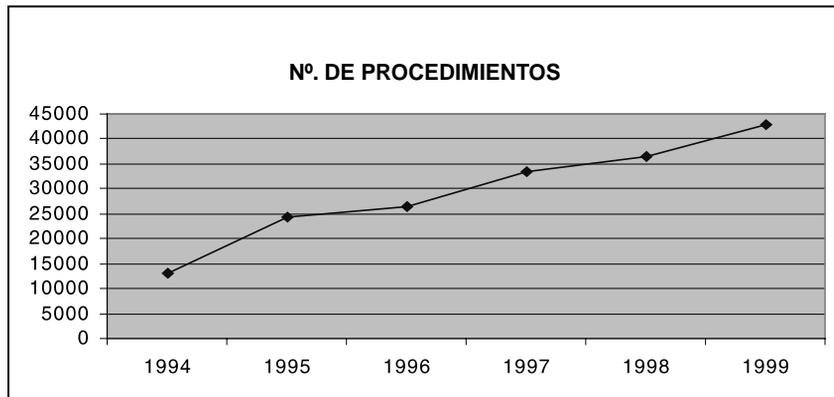
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. DE CONSULTAS	9824	26537	30841	33946	34558	39396

CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES EXTRACORPÓREAS



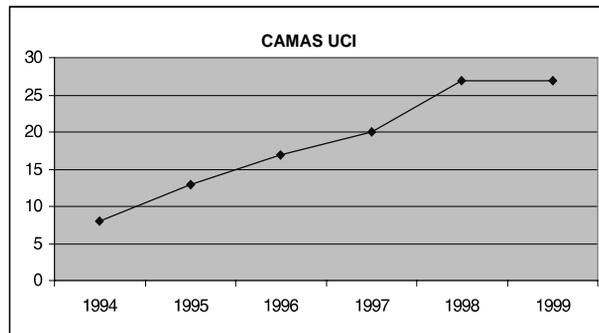
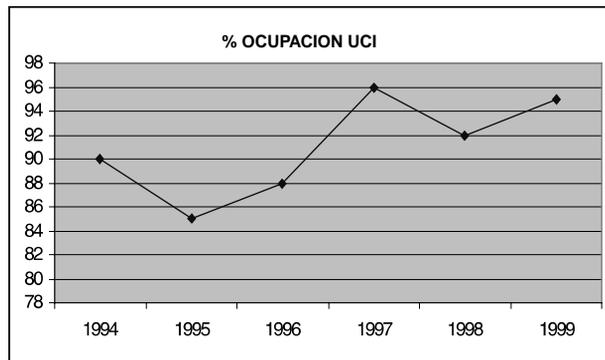
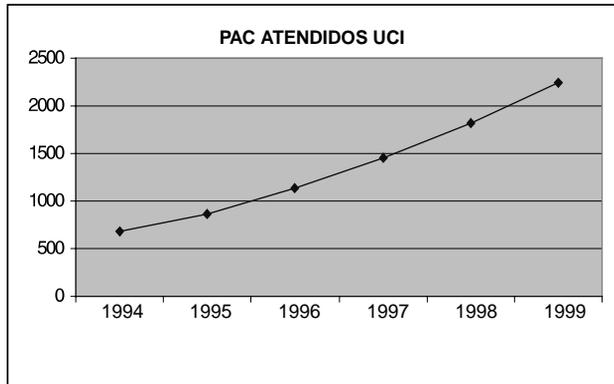
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CIRUGÍAS	220	292	317	360	402	413

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS



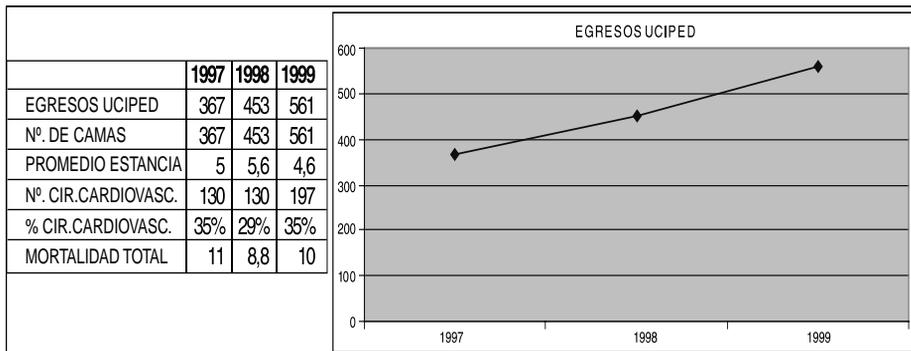
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. PROCEDIMIENTOS	12936	24452	26394	33382	36435	42839

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

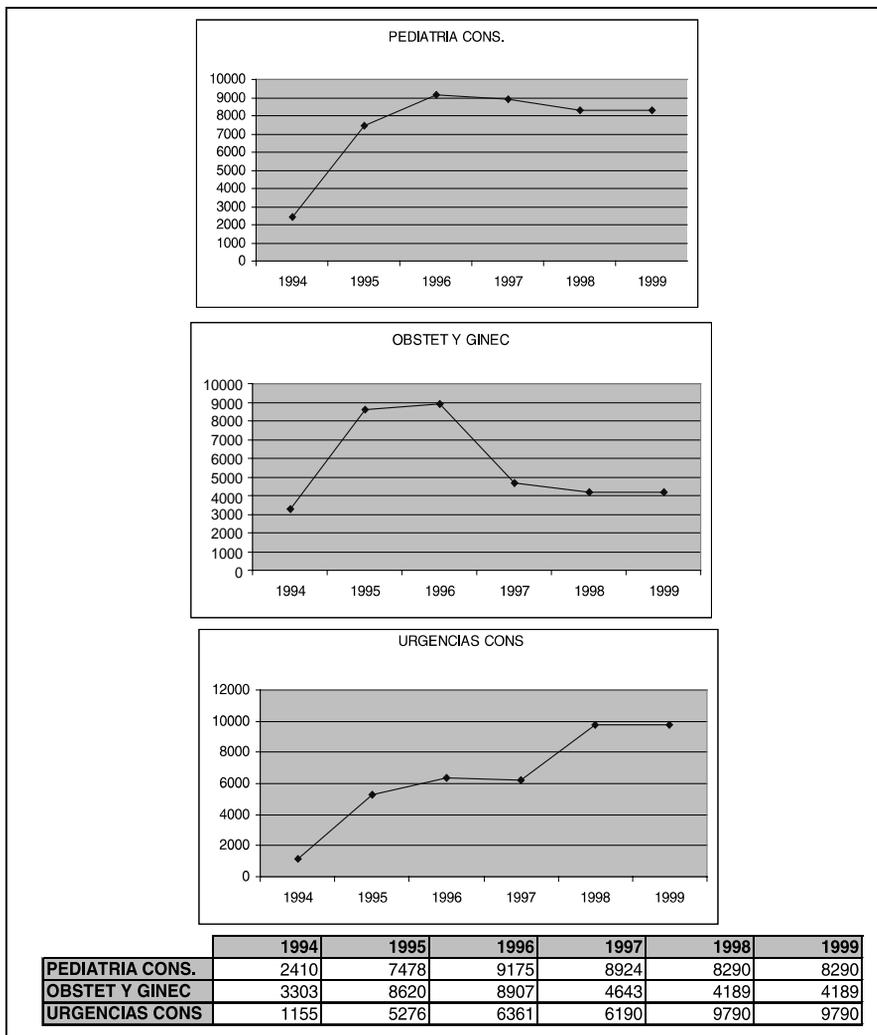


	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CAMAS	8	13	17	20	27	27
PAC. ATENDIDOS	679	863	1130	1462	1811	2244
% OCUPACIÓN	90	85	88	96	92	95

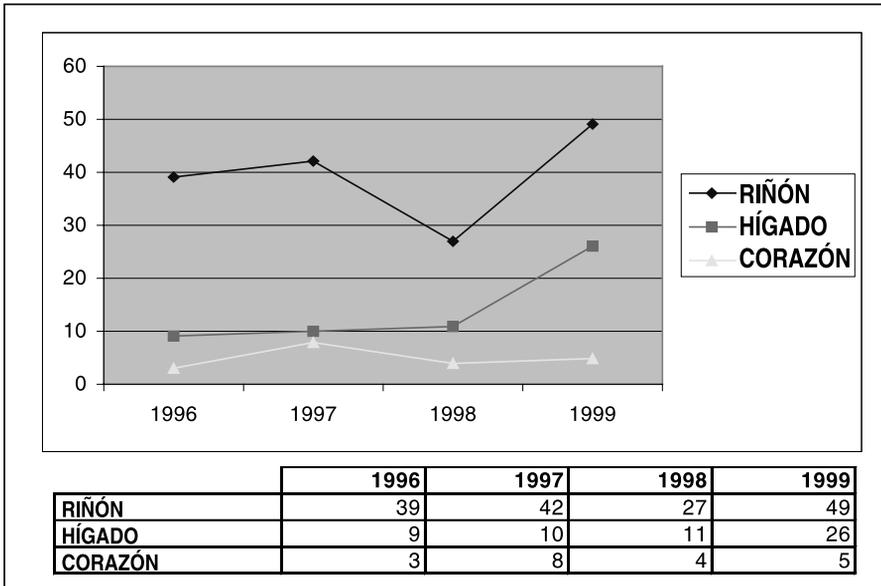
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICA



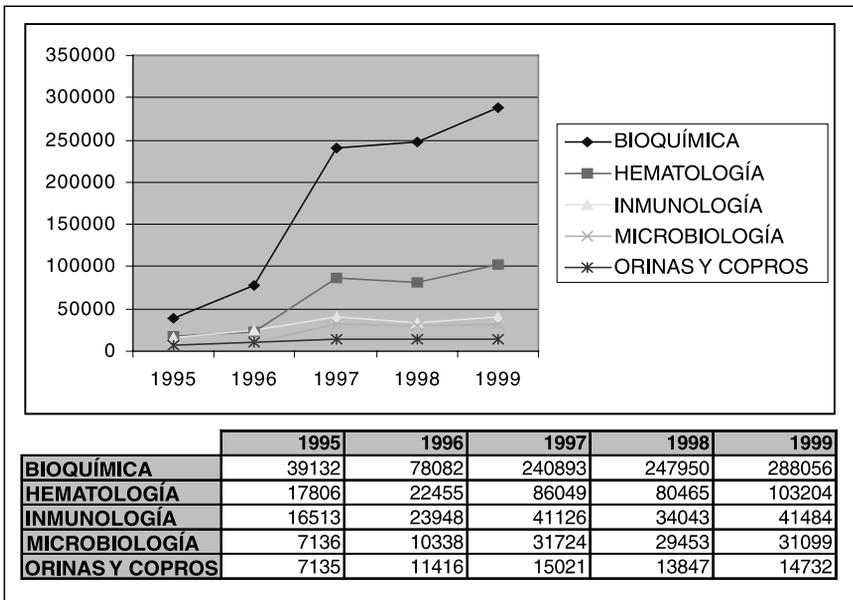
UNIDAD MATERNO INFANTIL



TRANSPLANTES REALIZADOS⁴

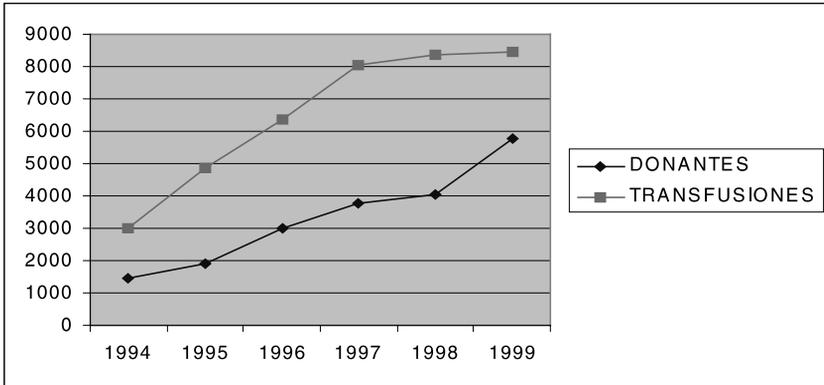


LABORATORIO CLÍNICO - PROCEDIMIENTOS REALIZADOS



4. En 1998 se suspendió el convenio con la EPS que remitía el mayor número de pacientes para estos procedimientos.

BANCO DE SANGRE



	1994	1995	1996	1997	1998	1999
DONANTES	1456	1888	3011	3765	4067	5765
TRANSFUSIONES	2992	4852	6377	8045	8358	8451

Los asesores encontraron algunas fortalezas que permitirían llevar a cabo el proyecto propuesto:

- El compromiso de la dirección hacia el logro de la calidad en los servicios ofrecidos.
- Desarrollo de proyectos de mejoramiento basados en la gestión de los diferentes comités institucionales.
- Proceso de cambio en el cuerpo médico, hacia el desarrollo de una medicina integral, centrada en principios humanos.
- Reacción oportuna a las quejas presentadas por los clientes.
- Esfuerzo por generar indicadores para medir la gestión dentro de la organización.
- Trabajo interactivo y en equipo.
- Alto desempeño tecnológico,

dentro de un clima que promueve la investigación y la academia.

Con la información de las cifras, entrevistas y la observación obtenida por los asesores, se tuvo una visión general o diagnóstico de los servicios, que incluía los recursos humanos, administrativos y financieros, los procesos realizados en cada área, la documentación con la que se contaba, y con esto se elaboró un listado de los recursos necesarios para desarrollar el proyecto y se propuso la contratación de cuatro estudiantes en práctica de Ingeniería Industrial, asignando uno a cada área, para desarrollar las actividades de documentación.

También se sugirió asignar recursos para generar bases de datos de control de documentos y de registros, para la ejecución del programa de salud ocupacional y para la construcción de una bodega en el área del al-

macén que cumpliera con todos los requisitos y para la calibración y verificación metrológica de los equipos utilizados en los diferentes servicios.

Se realizó el cronograma de implementación de actividades y se asignaron responsables de acuerdo con una guía de acciones por requisito ISO 9001:2000 la cual se divulgó en reunión conjunta con los jefes de las Unidades y Servicios, a la que asistieron además de los asesores y los jefes, personas líderes o claves de cada área. A esta reunión de divulgación se citó el personal de Admisiones, Compras, Farmacia, Mantenimiento, Administración de Personal, etc., para darles toda la información pertinente, revisar el plan propuesto, aclarar las dudas, hacer ajustes al plan de acción y aprobarlo en conjunto y definitivamente, puesto que se consideraron áreas de soporte para la prestación del servicio y por lo tanto deberían estar involucradas en el proceso.

El cronograma de implementación, una vez aprobado por la Dirección, se programó a quince meses y se realizó

de acuerdo con los requisitos ISO 9001:2000 desde el numeral 5 hasta el numeral 8.

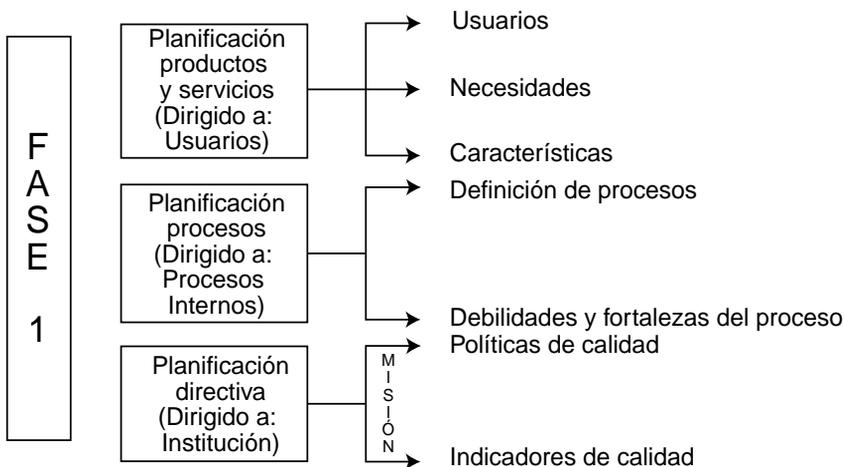
Las acciones por requisito ISO fueron asignadas por cargo/área de la Clínica, los cuales habían sido definidos previamente (Ver Anexo 4).

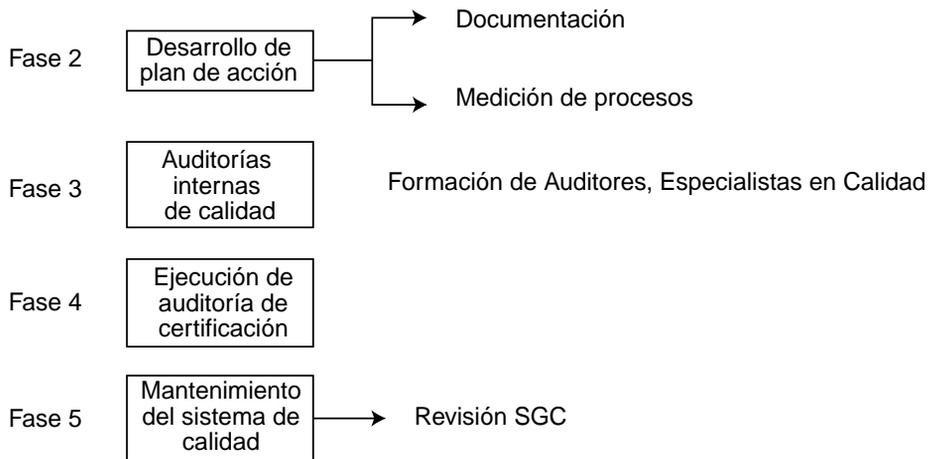
Implementación del sistema de gestión de calidad en el proceso de atención al usuario

Para la estructuración del sistema de gestión de calidad se estableció un marco de referencia que constituye las entradas y está basado en:

- La **Legislación** vigente.
- La **Misión** Institucional.
- **Valores** Institucionales (Ver Anexo 5).
- Lineamientos o **directrices** Institucionales.
- Conocimiento de la operación por parte del grupo de colaboradores que se relacionan con los usuarios.

El proceso se planeó de la siguiente manera:





DESARROLLO DEL PROCESO EN EL BANCO DE SANGRE

En cada servicio se inició el proceso y lo que ocurría en un área particular, el Banco de Sangre, estaba sucediendo de manera similar en las otras áreas a certificar y en las de apoyo administrativo.

El banco de sangre de la FCVL, un servicio que pertenece a la Unidad de Patología y Laboratorio Clínico, contaba en ese momento con tres bacteriólogas, dos auxiliares de laboratorio, dos enfermeras profesionales y era dirigido por una médica patóloga clínica.

Su Misión es “Satisfacer la demanda de productos sanguíneos de los servicios médico-quirúrgicos de la institución, brindando un servicio oportuno de la más alta calidad”.

Así se inició el proceso:

Fase 1

1A. *Planificación del servicio (Enfoque hacia el usuario)*

Inicialmente se realizó una reunión entre el jefe del servicio, con algunos empleados, para identificar y definir los siguiente puntos:

- ¿Quiénes eran los clientes o usuarios, es decir, las personas o entidades interesadas en acceder a nuestros servicios? Estos eran los **usuarios**.
- ¿Qué esperaban los usuarios del servicio? Estas son las **necesidades**.
- ¿Qué ofrecíamos a los usuarios? Estas son las **características** del servicio que en su mayoría eran o son iguales a las necesidades.

Cliente-Usuarios ⁵		
Servicios	Donantes	Entidades de salud
Pacientes	Cuerpo médico	Convenios
Estudios clínicos e investigación	Entes reguladores	Universidades

5. Ver Anexo 6. Definición de los clientes.

Necesidades ⁶	Características
Comodidad	Comodidad
Calidez humana	Calidez
Información adecuada	Información adecuada
Oportunidad	Oportunidad
Adherencia a normas	Bioseguridad
Adherencia a contratos	Cumplimiento de convenios
Tarifas razonables	Tarifas razonables
Disponibilidad	Disponibilidad
Integralidad en cobertura de servicios	Integralidad en cobertura de servicios
Agilidad en la validación de derechos	Flexibilidad
Facturación adecuada	Respeto
Idoneidad	Agilidad
Confiabilidad	Confiabilidad
Seguridad del producto	Producto seguro
	Idoneidad

Entretanto, era necesario documentar los procesos que se realizaban en el área de forma rutinaria y que estaban escritos de manera general, en el Manual de Procedimientos.

Como base se tomaron los servicios que se ofrecían en ese momento:

- Donación homóloga.
- Donación autóloga.
- Programa de hemaféresis (plaquetaféresis, plasmaféresis, leucoféresis).
- Flebotomía terapéutica.
- Laboratorio de inmunohematología para apoyo del servicio.

Para la prestación de estos servicios en el Banco de Sangre, se realizan los siguientes procesos:

Recepción y selección del donante

Que incluye estas actividades:

- Revisión y validación de documentos.
- Entrega del instructivo para donantes y lectura del mismo.
- Medición del hematocrito y realización del examen físico.
- Aplicación del formulario de interrogatorio.
- Categorización del donante como apto/diferido/rechazado.
- Firma por parte del donante del consentimiento de la donación.
- Aplicación del formulario de autoexclusión.

6. Ver Anexo 7. Definición de las necesidades.

Obtención de la unidad de sangre

- Numeración de bolsa de recolección, bolsa satélite y tubos pilotos.
- Flebotomía (extracción de la sangre).
- Reposo.

Procesamiento del producto obtenido

- Reposo de la unidad de sangre extraída.
- Verificación de las condiciones de la sangre.
- Centrifugación de la unidad de sangre.
- Hemoclasificación directa y separación de componentes (según necesidades de la institución).
- Rastreo de anticuerpos, hemoclasificación inversa y realización de pruebas infecciosas.
- Aplicación de sello de calidad.

Almacenamiento

- Almacenamiento de las unidades con sello de calidad en condiciones técnicas establecidas.

Distribución

- Recepción y verificación del formato Reserva / Solicitud y de las muestras remitidas por los servicios.
- Realización de hemoclasificación de la muestra remitida.
- Realización de pruebas cruzadas, rastreo de anticuerpos al producto sanguíneo a despachar.
- Diligenciamiento de la tarjeta de despacho.

- Envío del producto al servicio solicitante.
- Diligenciamiento de la hoja de cargos (producto).
- Facturación y cobro.

En este momento, luego de tener claras las actividades de cada proceso, se inició la verdadera planificación utilizando como herramienta la tabla **AMEF**, Análisis de Modo y Efecto de Falla, para poder hacer un diagnóstico priorizado de la situación del Banco (Ver Anexos 8 y 9).

Se plantearon, con cada una de las actividades de cada proceso y de acuerdo con cada **característica** las posibles o reales no conformidades, enunciando sus causas y sus soluciones. A cada situación se le asignó un puntaje que se obtuvo como resultado de multiplicar los valores asignados a la **frecuencia, gravedad y detección** de cada situación y con esto se pudo conocer cuál característica y en cuál actividad estaba siendo más afectada de forma real o potencial. Con estos resultados se hizo un diagnóstico priorizado de las debilidades y se propusieron acciones que podrían corresponder a C: Control, A. Aseguramiento y /o M: Mejoramiento.

Aparte de esto, como el Banco de Sangre es una industria donde se recibe una materia prima que es la sangre que se procesa y de la cual se obtienen cuatro posibles productos (glóbulos rojos, plasma, crioprecipitado, plaquetas), se definieron las características del producto (Ver Anexo 10).

Se llegó a un **diagnóstico** de los principales **problemas reales o No Conformidades**, se priorizaron y se

programaron las **Acciones Correctivas** para eliminar la causa de la No conformidad y se asignaron responsables.

Se identificaron, además, los **problemas potenciales** y se hizo un plan para tomar **Acciones Preventivas**, encaminadas a eliminar las causas de las no Conformidades Potenciales.

Se encontraron las **fortalezas** y también se hicieron planes para **mantenerlas**.

Los principales problemas encontrados fueron:

- Dificil acceso de los usuarios al Banco de Sangre, por falta de señalización y por la ubicación, en un área de difícil acceso, dentro de la Unidad de Laboratorio Clínico y Banco, lo que afectaba la comodidad de los usuarios.
- Falta de calidez en la atención a los donantes, cuya causa era el exceso de trabajo en algunas horas específicas, para lo cual se programaron talleres de atención al usuario y se reasignaron funciones del personal dentro de la Unidad.
- Se encontró una falla en la oportunidad del despacho de los componentes sanguíneos, cuya causa más importante era el daño en los equipos de procesamiento de pruebas infecciosas y de este análisis se ratificó la necesidad de contar con equipos de apoyo, para la realización de estos procedimientos, lo cual a partir de la fecha sería un requisito exigido a todos los proveedores que quisieran acceder a prestar el servicio en esta área.

Esta información fue fundamental y en las acciones propuestas los verbos más utilizados fueron: “**implementar**”, “**capacitar**”, “**establecer**”, “**generar**”.

La información se consolidó y se entregó a la Dirección General, Médica, Financiera y de Logística, para activar, en conjunto, las acciones a seguir.

El área más involucrada fue Mantenimiento, que debía realizar una remodelación física del Banco. Incluía materiales y diseños especiales y señalización precisa, además del mantenimiento de temperaturas bajas en el área de procesamiento de pruebas infecciosas y almacenamiento de componentes.

Gestión Humana dio soporte con los planes de capacitación del personal en el área y se encargó de liderar el proceso institucional, de documentar los roles o definiciones de cada cargo dentro de la Clínica, que incluye: misión del cargo, responsabilidades, tareas, requisitos para acceder al cargo, formación académica, habilidades funcionales y sociales, relaciones o ubicación dentro del organigrama de su unidad funcional, relaciones con los clientes internos y externos, perfiles específicos, planes de entrenamiento, etc.

Aparte de esto, para cumplir con el requerimiento de certificar la competencia de cada uno de los trabajadores de la Clínica, se aplicó un instructivo de Valoración por Competencias que incluye el conocimiento de la normatividad dentro de la institución, el sentido de pertenencia, el trabajo en equipo, conocimiento técnico de las funciones a desarrollar, conociemien-

to de la institución, relaciones con los superiores, capacidades funcionales, experiencia, capacitación, etc.

Este instructivo era diligenciado por cada trabajador, por su jefe inmediato y por un par. Esta información se consolidó y luego se hizo una retroalimentación con una persona de Gestión Humana, el jefe de la Unidad de Laboratorio, la directora del Banco de Sangre y el trabajador; se analizaron las diferentes calificaciones, se hicieron aportes de todos los actores y posteriormente el trabajador realizó un plan de acción para mejorar las fallencias encontradas.

Este ejercicio fue de gran ayuda para aclarar e interiorizar los valores de la institución, con una cultura organizacional muy fuerte en ese momento y un gran sentido de pertenencia. Cada actividad realizada tenía un porqué y un para qué en ese proceso de certificación.

1B. Planificación directiva (dirigido a la institución)

Se definió y divulgó la **política de calidad** la cual está constituida por el eslogan: **Excelencia en Salud al Servicio de la Comunidad** y la directriz de cada uno de los macroprocesos que se definieron así:

Macroproceso	Directriz de Calidad
• Direccionamiento estratégico y control de gestión	Garantía de permanencia y desarrollo de la institución, prestando servicios de salud de excelente calidad, contribuyendo con investigación y docencia, acorde con el entorno nacional.
• Administración de convenios	La mejor alternativa de contratación en Servicios de Salud en la región.
• Gestión humana	Los mejores talentos al servicio de los usuarios.
• Cadena de abastecimiento	Garantía de continuidad de la cadena de abastecimiento.
• Administración de la información	Cultura institucional, con enfoque sistémico y mejoramiento continuo de los procesos.
• Admisión, facturación y cobro	Veracidad y oportunidad de la operación administrativa de la institución, con orientación al servicio.
• Servicios de soporte	Disponibilidad permanente al servicio de los usuarios.
• Administración financiera	Estabilidad financiera como resultado de un servicio con calidad.
• Atención médico-asistencial	Atención integral en salud, con oportunidad, eficiencia y calidad.
• Educación médica	Educación continua del recurso humano en salud.
• Investigación	Desarrollo de la investigación científica en la clínica.

Aparte de esto, cada servicio diseñó sus indicadores, los cuales se empezaron a medir cuatro meses antes de la visita del Icontec.

En el Banco de Sangre se diseñaron los siguientes.

Disponibilidad: $\frac{\text{Número de cirugías canceladas por falta de sangre}}{\text{Número de cirugías programadas con necesidad de sangre}}$

Oportunidad: $\frac{\text{Número de componentes entregados en el tiempo acordado}}{\text{Número de componentes despachados}}$

Seguridad: $\frac{\text{Número de reacciones transfusionales mayores}}{\text{Número de componentes despachados}}$

Errores: $\frac{\text{Número de errores en los despachos}}{\text{Número de componentes despachados}}$

Control de Calidad Externo: % Correlación Secretaría Departamental de Salud

FASE 2

Desarrollo de la **documentación** de la operación de cada una de las Unidades/servicios.

Este proceso lo lideró el área de Mejoramiento y Estandarización, quienes definieron los lineamientos para la realización de la documentación dentro de cada área.

La documentación en el Banco de Sangre incluía:

- **Procedimientos** de acuerdo con las actividades de cada servicio, son las actividades en las que están involucradas diferentes áreas o unidades y en los cuales se definía cada acción con los responsables, las normas y políticas (por ejemplo, médico- enfermera- patinador- bacterióloga- auxiliar, secretaria).
- **Procedimientos Técnicos**, los que son llamados **POE** o Procedimientos Operativos Estándar y

que se desarrollan en un área específica, por ejemplo el montaje de una prueba diagnóstica para HIV.

- **Instructivos:** Datos específicos para apoyar un procedimiento, el cual no debe quedar en él, pues no es la razón de ser del mismo.
- **Anexos:** Información puntual para un procedimiento o un instructivo, por ejemplo, cómo se marca una bolsa de sangre.

Aparte de la documentación del área, se recibieron otro tipo de documentos de otras unidades que incluían:

- Procedimientos administrativos
- Guías médicas
- Protocolos
- Procedimientos y estándares de enfermería
- Fichas técnicas

La documentación se desarrolló en cada área siguiendo unos lineamientos predeterminados:

- Desarrollo y divulgación de documentos.
- Medición y seguimiento del proceso de atención.
- Medición de la satisfacción del usuario (Encuestas, quejas sugerencias y agradecimientos).

Esta documentación se realizó casi simultáneamente con la tabla AMEF durante trece meses de trabajo continuo, sistemático y permanente, en los cuales se realizaban reuniones en horario laboral y dos reuniones en horarios nocturnos, en la casa de la directora del Banco de Sangre. Estas reuniones eran muy agradables, pues incluían una deliciosa comida y un

trago de vino tinto que ayudaba a relajar los ánimos del personal y a crear un buen ambiente de trabajo, pues al día siguiente se hacían comentarios acerca de lo que había sucedido la noche anterior.

Para realizar los procedimientos se utilizó un formato estándar que incluía

1. Propósito
2. Definiciones
3. Alcance
4. Políticas
5. Desarrollo del procedimiento

RESPONSABLE	SECUENCIA	ACCIÓN-ACTIVIDAD
-------------	-----------	------------------

6. Datos del o los responsables del procedimiento

Elaborado por	
Aprobado por	
Divulgado por	
Mejoramiento y estandarización	
Vigente desde	
Número de emisión	
Fecha de emisión	
Fecha de creación	

Cada documento tenía además una ficha de divulgación y una de revisión y se clasificaba en Mejoramiento y Estandarización, con un sello según su clasificación:

Controlado: Documento que ha sido distribuido y autorizado oficialmente a las áreas involucradas y que no

puede ser reproducido sin autorización previa (Color verde).

No Controlado: Cualquier documento que ha sido o no autorizado y que puede ser reproducido / fotocopiado institucionalmente para efectos de consulta y/o comunicación (Color negro).

Obsoleto: Documento cuyo contenido ha sido modificado y por lo tanto ya no es usado en las áreas involucradas. Este documento se conserva como registro histórico de la información (Color rojo).

Aparte de esto se registraron todos los **Documentos de Origen Externo** que son aquellos no generados en la Fundación Clínica Valle del Lili, pero sí se utilizan como soporte de los procesos de las áreas. Estos son enviados por entidades externas de la Clínica (proveedores, empresas, instituciones) para soportar la operación institucional. En el Banco de Sangre estos documentos son los insertos de las pruebas infecciosas generados por las casas comerciales y la legislación propia para Bancos de Sangre.

Otro punto importante dentro de la documentación, y que en el Banco de Sangre es fundamental, por ser un requisito de Ley, es el control de **Registros** que son los documentos o datos que sirven para demostrar que se está cumpliendo con una exigencia o requisito en el desarrollo de los procesos y/o legislación que les aplica. Ejemplos: historia clínica de urgencias, hoja de vida de empleado, orden de compra, factura, libro de control de ingreso de personal, entrega de resultados, registro de solicitud de componentes sanguíneos, etc. La identificación, recolección, protección, almacenamiento, recuperación, tiempo de conservación y disposición final fueron establecidos por las áreas responsables de los mismos.

Ya se acercaba la fecha de la certificación y todos sentían mucha presión pues el hecho de ser un plan piloto en la Clínica era un gran compromiso, aunque se hizo mucho énfasis en

que el trabajo era en equipo, cada cual se sentía responsable de lo que iba a suceder. En Colombia no se había certificado ningún Banco de Sangre bajo la Norma ISO y este era un gran reto.

Después de realizar estos pasos ya teníamos más claros los procesos dentro de la unidad y las relaciones con nuestros clientes internos y externos, y por esto se aplicó la primera entrevista a donantes donde se consultaba acerca de:

- Acceso al banco
- Señalización
- Comodidad
- Información
- Amabilidad
- Calidez
- Oportunidad en la atención

También se aplicaron encuestas a médicos, enfermeras y auxiliares donde se evaluaron:

- Horario de atención
- Oportunidad
- Disponibilidad de productos
- Información
- Seguridad del producto

Además de esto, se instalaron buzones de Quejas y Sugerencias que comenzaron a contabilizarse por servicios y se hizo un registro de ellas. Empezábamos a saber lo que pensaban de nosotros.

Aparte de esto, definimos por cada acción de cada proceso lo que se podría constituir en incidente y que debería ser reportado y cuantificado mensualmente. Estos incidentes podrían ser recibidos por nosotros, por

ejemplo el despachar un componente sanguíneo inadecuadamente marcado, o podrían ser reportados por nosotros, si había una desviación en el procedimiento de reserva o solicitud de componentes sanguíneos, o si se hacía una devolución de un componente previamente despachado sin una justificación. También se definieron los incidentes internos que tenían que ver con el procesamiento del producto dentro del servicio.

Incidente

- No cumplimiento de un requisito.
- Situación que afecta la satisfacción del usuario.
- Incumplimiento de normas.

Estos incidentes se reportarían mensualmente y se llevaría estadística con planes de acción.

Los incidentes que afecten o arriesguen la integridad del paciente se reportan inmediatamente a la Dirección respectiva, con el diligenciamiento del "Reporte de Incidente Institucional".

Los asesores iniciaron además, un programa de entrenamiento para capacitar auditores internos que serían los que harían las primeras auditorías, para que todos nos enteráramos de lo que podría suceder en la auditoría definitiva de certificación. Esta auditoría es un procedimiento sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios acordados, y desde esa fecha se realizan auditorías internas periódicas en todos los servicios.

La Auditoría de Calidad evalúa:

- Estructuración del sistema de calidad, con base en requisitos de calidad de la FCVL.
- Aplicabilidad de documentos con respecto a disposiciones institucionales y modelo referencial.
- Eficacia del sistema de calidad (Logros vs. Objetivos).

Entretanto, se contrató una firma externa para hacer el control metrológico de todas las variables más importantes de los equipos utilizados en el área, que miden condiciones fundamentales en el procesamiento del producto, como son la temperatura en los termómetros, las revoluciones por minuto en las centrifugas, etc.

En noviembre nos hicieron la primera Auditoría Interna y tuvimos no conformidades menores, con respecto a registros que no estaban diligenciados completamente y la falta de seguimiento a algunos incidentes.

Se revisaron los documentos, pusimos al día la documentación legal, revisamos que todos los documentos estuvieran firmados y adecuadamente divulgados y llegó el día...

La visita a la Clínica se realizó los días, 18 19 y 20 de diciembre de 2001, y en el Banco permanecieron por tres horas, revisaron los requisitos legales, registros, procesos, formatos, etc. y al final los auditores nos expresaron su sorpresa por la infinidad de registros que se debían llenar.

Al día siguiente fue la reunión de cierre con el concepto favorable y en enero de 2002 se recibió el certificado que dice:

La Fundación Valle del Lili

Ha sido evaluada y aprobada con respecto a la norma internacional
ISO 9001-2000

Esta certificación es aplicable a las siguientes actividades:
prestación de servicios de salud en urgencias, imágenes
diagnósticas, laboratorio clínico y banco de sangre.

Este era el comienzo... una vez iniciado el proceso había que mantenerlo y ese era el reto...

Desde el momento de la certificación en el Banco se efectúan reuniones de revisión del Sistema de Gestión de Calidad Fase I entre la jefe de Mejoramiento y Estandarización, la Subdirección Asistencial y el responsable de cada servicio, donde se consolida la información referente a los siguientes resultados:

- Auditorías Internas, que se realizan anualmente.
- Acciones correctivas, preventivas, incidentes, que incluye incidentes generados, incidentes recibidos.
- Planes de acción frente a los incidentes y a las auditorías.
- Indicadores de calidad, los cuales se deben reportar obligatoriamente los primeros diez días de cada mes.
- Satisfacción del usuario: Resumen de quejas, sugerencias y encuestas.
- Revisión de la planificación de la calidad, la cual se realiza cada año y allí se evalúa el progreso real de cada área.

Estos datos se consolidan y se revisan en reunión del grupo directivo, para hacer un diagnóstico general de

la institución, priorizar las acciones y tomar decisiones estratégicas.

Servicios certificados en el 2002

Rehabilitación Física
Terapia Respiratoria
Cardiología No Invasiva
Patología

Servicios certificados en el 2003

Hemodinamia
Endoscopia
Unidad de Cáncer
Oncología Clínica
Trasplante Médula Ósea
Medicina Nuclear
Consulta Externa

Servicios certificados en el 2004

Hospitalización
Unidades de Cuidado Intensivo/Intermedio Adultos, Pediátrico y Neonatal
Cirugía
Sala de Partos
Programa de Trasplante de órganos
Programa de Cirugía cardiovascular
Radioterapia

RESULTADOS

- Mejoramiento de la satisfacción de los clientes: Cada vez las en-

- cuestas tienen mayor número de respuestas entre Bueno y Excelente.
- Incremento de participación en el mercado (nacional - internacional).
 - Tratamiento preferencial de parte de los clientes potenciales.
 - Identificación y claridad en ejecución de tareas con base en resultados esperados.
 - Documentación estructurada del conocimiento de la empresa, como base para el entrenamiento y el mejoramiento sistemático del desempeño.
 - Regulación y demostración permanente de la calidad de los productos y servicios, basados en operaciones bajo control.
 - Claridad y transparencia en obligaciones y responsabilidades.
 - Mejora en comunicación, estado de ánimo, autoestima.
 - Implementación y mantenimiento de la cultura organizacional de la calidad.
 - Mejora en relaciones con los proveedores.
 - Redefinición de los procesos de la clínica, con la aparición de Educación Médica e Investigación que en este momento hacen parte de la Visión Institucional (Ver Anexo 11).
 - Obtención de los más altos estándares de calidad.
 - Control de la gestión, que permite garantizar el mejoramiento continuo.
 - Soporte para asignación de recursos.
 - Certificación escalonada de otros servicios de la institución para lograr la certificación integral.

ANEXOS

Anexo 1. Misión de la Fundación Clínica Valle del Lili

Nuestro compromiso es satisfacer las necesidades de salud de alta complejidad de nuestros usuarios, mediante la utilización de los más avanzados recursos médicos, en una institución hospitalaria con orientación académica.

El servicio se fundamenta en la competitividad, la labor en equipo, la excelencia, la humanización y dignificación de la persona; para lo

cual nos orientamos hacia el mejoramiento continuo de nuestra organización, de su gente y de sus recursos tecnológicos.

Nuestra labor se enmarca dentro de los más altos estándares de ética y redunda en beneficio de la comunidad, de nuestros colaboradores y del crecimiento y desarrollo de la Fundación Clínica Valle del Lili.

Anexo 2. Informe de la Dirección General, proyecto ISO 9000

Fecha: abril 19 de 1999

Hora: 8:00 a.m.

Lugar: Sala de reuniones Dirección General Fundación Valle del Lili.

ASISTENTES:

Dr. Vicente Borrero R.	Director General FCVL
Dr. Martín B. Wartenberg	Director Médico FCVL
Dr. Juan José Arango	Jefe Unidad Cardiovascular
Dra. Marcela Granados	Jefe Unidad de Cuidados Intensivos
Dr. Orlando Gómez	Jefe Unidad de Imágenes Diagnósticas
Dr. Pedro A. Reyes	Jefe Unidad de Oncología
Dr. Hernán Cruz	Jefe Unidad Materno Infantil
Dr. Gonzalo Aristizábal	Jefe Unidad de Urgencias
Dr. Fernando Velázquez	Jefe Unidad Especialidades Quirúrgicas
Dra. María Carolina Gutiérrez	Jefe Unidad de Laboratorio y Patología
Dr. Hernán Rincón	Jefe Educación e Investigación
Dr. Álvaro Quintero	Director Financiero
Dra. María Victoria Pérez	Asistente Dirección General
Dra. Juanita Cajiao	Directora Gestión Humana
Lic. Betty Gómez R.	Directora de Enfermería

AUSENTE:

Dr. Jorge Rueda	Jefe Unidad de Especialidades Médicas
-----------------	---------------------------------------

ORDEN DEL DÍA

1. Llamado a lista y verificación de quórum
2. Lectura y aprobación del Acta 008-99
3. Informe de la Dirección Médica
4. Varios

DESARROLLO

1. *Llamado a lista y verificación de quórum*

Se llamó a lista verificándose el quórum.

2. *Lectura y aprobación del acta No. 008-99*

Se da lectura al acta 008-99 y se aprueba sin modificaciones.

3. *Informe de la Dirección General*

El doctor Camilo Bernal hace la presentación de las normas ISO 9000, con miras a preparar a la Institución para optar a esta certificación de calidad.

Anexo 3. Citación a los jefes de unidad con el programa

Fundación Clínica Valle del Lili

Cali, septiembre 10 de 1999

Para: Lista adjunta

Como organización orientada hacia la excelencia en la prestación de servicios médicos, uno de nuestros propósitos es el aseguramiento de la calidad. Bajo esta directriz, se estableció un acuerdo con la firma Ascal para realizar un diagnóstico que permitirá la elaboración de un plan de acción orientado a estruc-

turar y consolidar el Sistema de Aseguramiento de la Calidad en la Institución.

Lo invito para que usted como parte de esta Institución, sea integrante activo de este proceso.

Adjunto encontrará información detallada del proceso que iniciamos.

Agradeciendo su colaboración y la del personal a su cargo para el desarrollo de la etapa de diagnóstico.

Vicente Borrero R.

Director General

Anexo 4. Acciones por requisito ISO 9001:2000

Requisito ISO 5, Responsabilidad de la Dirección.

5.1 Requisitos generales

Cronograma-mes

No. 1	Acción	Cargos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	La Junta Directiva, el Director General y todos los directores de las diferentes Unidades Funcionales de la FCVL mostrarán actitudes y desarrollarán actividades para hacer evidente su compromiso en relación con el cumplimiento de los siguientes requisitos generales: 1. Definir política y objetivos de la calidad y establecer un plan estratégico para su implementación	DGR DMD DFI DOP DEF DGH JUR JLC JID															

Siglas

DEF	Dirección de Enfermería
DFI	Director Financiero
DGH	Director de Gestión Humana
DGR	Dirección General
DMD	Dirección Médica
DOP	Dirección de Operaciones
JDI	Jefe Imágenes Diagnósticas
JLC	Jefe Laboratorio Clínico
JBS	Jefe Banco de Sangre
JUR	Jefe de Urgencias

Anexo 5. Valores institucionales

Con nuestros clientes

La calidad en todos nuestros procesos y servicios.

El servicio, servimos a los demás como quisiéramos ser servidos.

La innovación, estamos abiertos al cambio y mejoramos continuamente nuestros procesos.

Mantenemos la tecnología adecuada, para ser la mejor opción en la prestación de servicios de salud.

Con nuestra gente

El respeto, valoramos y tratamos con dignidad a todas las personas.

El aprendizaje permanente, promovemos nuestro desarrollo y aprendemos de nuestras experiencias.

La calidad de vida, buscamos el bienestar de todos y el mejoramiento del ambiente de trabajo.

El conocimiento, buscamos la excelencia profesional, basada en el estudio, la docencia y la investigación.

Con nuestra organización

El trabajo en equipo, realizamos en conjunto el mayor esfuerzo para el logro de objetivos comunes.

La comunicación, escuchamos con atención y compartimos información de manera efectiva.

La confianza, creemos en nuestra gente y creamos relaciones de confianza con nuestros clientes y la comunidad.

El compromiso, sentimos amor y orgullo de pertenecer a la Fundación y estamos comprometidos con ella.

Con la comunidad

La responsabilidad social, realizamos en conjunto el mayor esfuerzo para el logro de objetivos comunes.

La ética, mantenemos la integridad y la honestidad en nuestro trabajo y en nuestra vida.

La rentabilidad social, es nuestro compromiso y agradecimiento permanente con todos sus benefactores.

Anexo 6. Definición de los clientes

Cliente	Nombre / Grupo	Definición	ICL
C1	Servicios	Conformado por los clientes internos de la F.C.V.L tales como cirugía, unidades de cuidados intensivos, hospitalización, oncología, unidad renal, cateterismo, trasplantes y urgencias que requieren del Banco de Sangre producto sanguíneo para la atención de los pacientes.	3
C2	Donantes	Persona que, previo cumplimiento de los requisitos y de las condiciones necesarias, da sin retribución económica y a título gratuito y para fines preventivos, terapéuticos, de diagnóstico o de investigación, una unidad de su sangre en forma voluntaria, libre y consciente.	3
C3	Paciente para procedimientos terapéuticos	Usuarios que ingresan al servicio de Urgencias y/u Hospitalización con el objetivo de realizarles procedimientos con fines terapéuticos (recambio plásmatico y flebotomía)	3
C4	Cuerpo médico	Personal médico que requiere información oportuna por parte de la unidad para definir una conducta con el paciente y/o informar a entidades reguladoras.	3
C5	Entidades de salud (I.P.S.)	Entidades públicas y privadas a las cuales se les presta y/o venden unidades de producto sanguíneo.	3
C6	Convenios	Entidades con las cuales la Fundación establece negociaciones.	3
C7	Entidades reguladoras	Entidades públicas que se encargan de reglamentar y controlar las actividades y el funcionamiento de los bancos de sangre.	3
C8	Estudios clínicos e investigación	Personas y/o entidades con las cuales se establecen relaciones para los estudios clínicos e investigación en el laboratorio.	3
C9	Universidades	Entidades educativas que refieren estudiantes para entrenamiento y rotaciones.	3

ICL Importancia del Cliente

1: Poco importante

2: Importante

3: Muy importante

Anexo 7. Definición de las necesidades

NECESIDADES	DEFINICIÓN
Comodidad	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones básicas que brinden un servicio accesible, confortable y ergonómico.
Calidez Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración, amabilidad y afectividad hacia el usuario.
Información Adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Información precisa, oportuna, veraz y completa.
Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de las actividades necesarias y en el momento preciso para la prestación del servicio y entrega de los productos sanguíneos.
Adherencia a normas	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de aquello que está normatizado por entidades reguladoras de salud.
Adherencia a contratos	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de aquello que se ha convenido con las E.P.S. contratantes.
Tarifa razonable	<ul style="list-style-type: none"> • Valor que el cliente finalmente paga por el producto y el servicio que se le ha prestado, considerando la calidad del producto ofrecido y la competitividad en el mercado.
Disponibilidad (en tiempo y stock de productos)	<ul style="list-style-type: none"> • Referido a la accesibilidad de los productos sanguíneos y servicios en el momento en que se requieren. Continuidad del servicio y disponibilidad de los productos sanguíneos de manera permanente (24 horas).
Integralidad en Cobertura de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar una amplia gama de servicios para atención de los usuarios.
Agilidad en la Validación de Derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Rapidez,
	<ul style="list-style-type: none"> • Prontitud en la validación de derechos del paciente.
Facturación adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Generar la cuenta del paciente en forma precisa, oportuna y veraz.
Idoneidad	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia de personas y calificación de procesos y equipos para la prestación del servicio y garantizar en el producto final las condiciones de seguridad y de efectividad requeridas para su utilización.
Confiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de que se den todas las características del servicio y de los productos. La confiabilidad debe ser medida objetivamente y percibida subjetivamente.
Seguridad del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de que los procesos de selección de donantes, obtención, procesamiento, almacenamiento y distribución, así como suministro de los productos sanguíneos estén acordes con la normatividad establecida.

Anexo 8. Definición de las características del producto

Características	Definición
Volumen	<ul style="list-style-type: none">• Cantidad de componente que se encuentra dentro de los estándares establecidos.
Grupo sanguíneo	<ul style="list-style-type: none">• Identificación dentro del sistema ABO y del factor Rh del donante.
Contenido	<ul style="list-style-type: none">• Componentes celulares y no celulares que se encuentran en la sangre, los cuales se separan de acuerdo con estándares internacionales.
Vida útil	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo en el cual las células y otros componentes son viables para ser transfundidos con su máxima efectividad y exponiendo al mínimo riesgo al receptor.
Seguridad del producto	<ul style="list-style-type: none">• Garantía de que la selección de donante, obtención, procesamiento, almacenamiento y distribución, así como suministro de los productos sanguíneos están acordes con la normatividad establecida.

Anexo 9. Tabla AMEF. Análisis de modo y efecto de falla

Análisis de modo y efecto de falla - Criterios para la asignación de puntajes						
Aspectos Valor	Gravedad (G)		Frecuencia (F)		Detección D)	
2	No grave	Sin consecuencia	Improbable	1/ año	Antes del inicio	Mat. Prima / Insumo / Entrada
4	Poco grave	Molestias (Inadecuado, aceptable)	Raro	1/ semestre	Autocontrol	Producto / Servicio en proceso
6	Grave	Insatisfacción (Inadecuado, no aceptable)	Factible	1/ mes	Inspección/ verificación final	Producto / Servicio final
8	Muy grave	Muy insatisfactorio (Inadecuado, inaceptable y muy grave)	Moderada	1/ semana	Quejas/ reclamos	Cliente Interno
10	Fatal	Riesgo en la integridad del usuario	Muy probable	1/ día	Quejas/ reclamos	Cliente Externo

Anexo 10. Ejemplo de tabla AMEF diligenciada

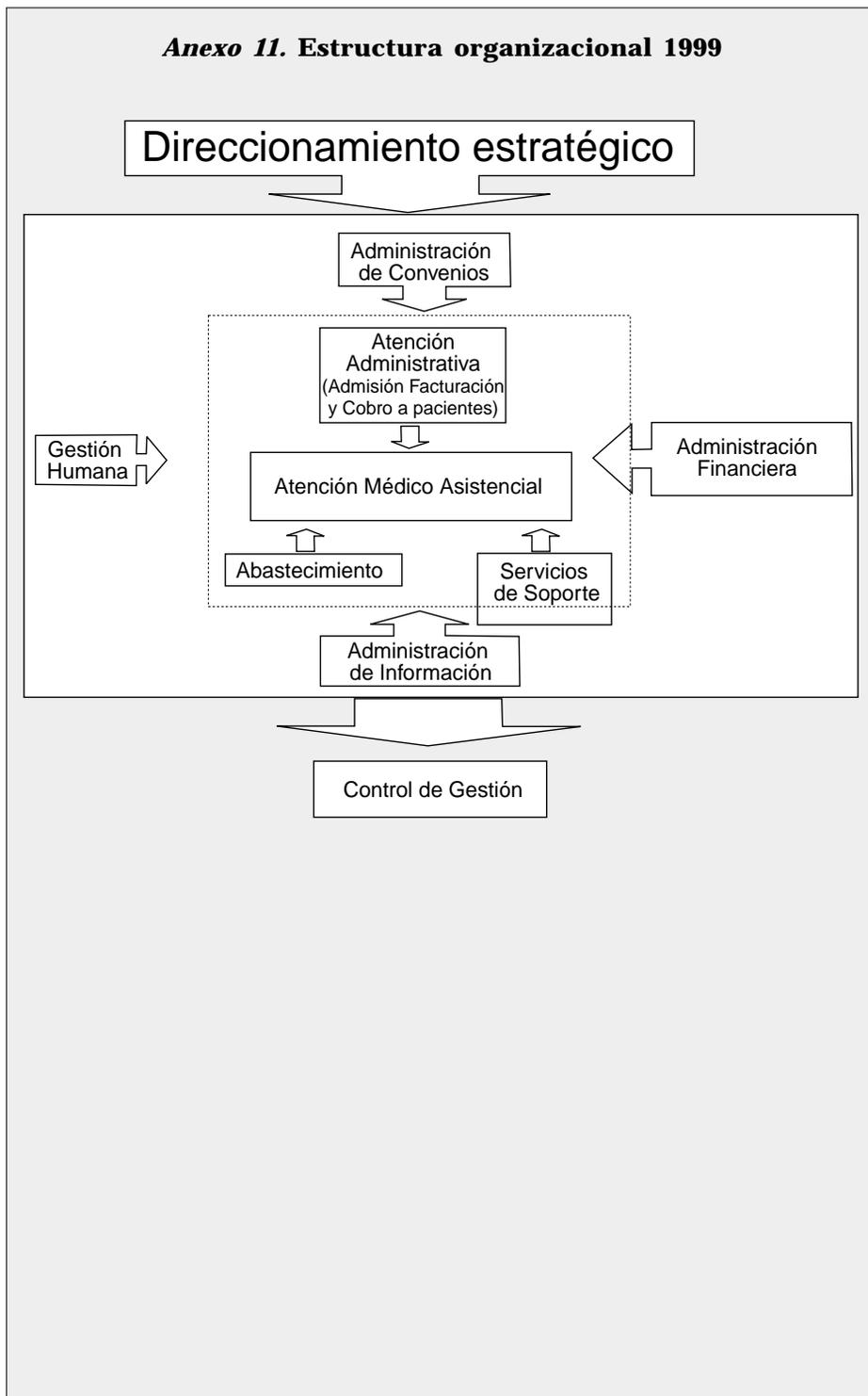
Este es un ejemplo de cómo se aplicó esta tabla. El objetivo era hacer un diagnóstico de las No Conformidades más importantes de cada actividad dentro del proceso.

Característica: 1. Respeto (1/2)

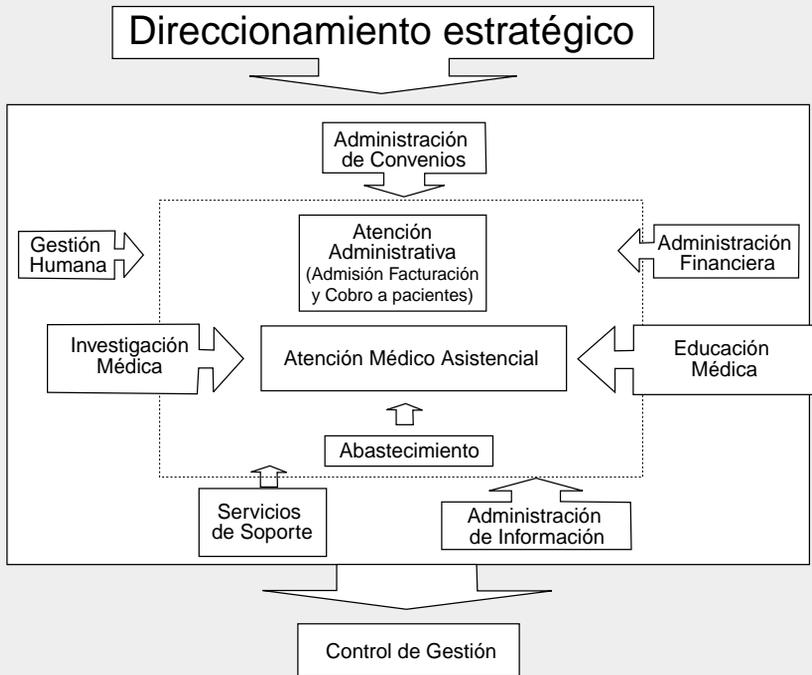
Proceso: Recepción y selección del donante

No.	No Conformidad	G	F	D	NR	Causas	Acciones	C	A	M
1	Falta de respeto por los usuarios	8	1	4	32	Deficiencia en el proceso de selección de personal	Establecer planes de capacitación y motivación para las personas.		x	x
						Falta de educación / Capacitación permanente				
						Carencia de valores	Interiorizar los valores propuestos por la organización.	x	x	
2	Preferencia por un tipo de usuario	6	8	9	432	Preferencia por tipo de donante voluntario entre donante voluntario y donante dirigido por su condición de donante voluntario.	Manejo prudential de los tipos de donantes.		x	x
							Establecer flujos de atención integrales para los distintos tipos de usuarios.			x
							Promover campañas de donación voluntaria.			x
3	Indiferencia y frialdad en la atención al usuario	8	8	9	576	Trato brusco e indiferente en la atención, por presión de tiempo de atención y alto volumen de donantes.	Conscientización de las personas acerca de la vigencia y apropiación de los valores institucionales y realizar una continua evaluación del perfil y actitud de las personas vs necesidades y características del servicio.		x	x

Anexo 11. Estructura organizacional 1999



Estructura Organizacional 2004



BIBLIOGRAFÍA

República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Sistema de Garantía de Calidad en Salud. Bogotá: Minsalud. 2002.

____ Resolución 1474 de 2002. Bogotá: Minsalud. 2002.

____ Decreto 2174 de 1996. Bogotá: Minsalud. 1996.

____ Ley 100 de 1993. Bogotá: Minsalud. 1993.

República de Colombia. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia. Bogotá: PRESREP 1991.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO9000:2000. Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Bogotá: Icontec. 2000.

____ Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. Bogotá: ICONTEC. 2000.

____ Guía Básica para la acreditación en salud. Bogotá: Icontec. 2002.

Páramo, José Ernesto. ISO 9001:2000. Guía de interpretación y aplicación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS. Bogotá: 2002. 236 p.

Fundación Clínica Valle del Lili. Reseña Histórica (En línea). FCVL. © 2004. Disponible en: http://www.clinicalili.org/docs/rh_es.pdf

COMENTARIOS AL CASO

La sistematización de un proceso de mejoramiento en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad, resulta de gran im-

portancia para estimular a otras entidades que han querido adherirse a los procesos de garantía de la calidad, pero que aún no han tomado la decisión.

Desde el punto de vista académico, nos muestra la importancia de la alta gerencia en la toma de decisiones, el trabajo en equipo como eje fundamental de la gerencia de procesos, la creación de una cultura de la calidad. Muestra además que los procesos de mejoramiento no son un momento en la organización, deben ser un proceso continuo de mejoramiento, permitiendo sostener los indicadores de calidad, situación que se logra a través de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud.

En este caso se observa un proceso de investigación a fondo, que incluye el análisis estadístico de los servicios de salud, entrevistas a personas de la organización que participaron en el proceso, relatos de experiencias vividas por uno de los autores y revisión documental de la Clínica.

Se publica sólo el caso, para motivar a otras organizaciones que quieran adherirse a procesos de excelencia organizacional y a los estudiantes para que les sirva de material de estudio en situaciones específicas de garantía de la calidad.

Por último, esperamos que el lector pueda aprovechar al máximo la experiencia adquirida en este caso para ser aplicada en otras organizaciones.

Marta Cecilia Jaramillo Mejía

Directora de especializaciones en Gestión de la Salud y Auditoría en Salud, Universidad ICESI 

