

**PRINCIPALES CAMBIOS OCURRIDOS EN EL QUEHACER GERENCIAL DE LA
CLINICA LAS PEÑITAS DE SINCELEJO, ANTES Y DESPUÉS DE LA
CERTIFICACIÓN DEL SGC ISO 9001:2000**

Línea de Profundización

TEORIA ORGANIZACIONAL

JUDITH MARIA OLASCOAGA PEROZA

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SINCELEJO – SUCRE
2010**

**PRINCIPALES CAMBIOS OCURRIDOS EN EL QUEHACER GERENCIAL DE LA
CLINICA LAS PEÑITAS DE SINCELEJO, ANTES Y DESPUÉS DE LA
CERTIFICACIÓN DEL SGC ISO 9001:2000**

**Línea De Profundización
TEORIA ORGANIZACIONAL**

JUDITH MARIA OLASCOAGA PEROZA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título
Administrador De Empresas**

**Director
WILSON CADRAZCO PARRA**

**Codirector
ALVARO SANTAMARIA ESCOBAR**

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SINCELEJO – SUCRE
2010**

“Únicamente la autora es responsable de las ideas expuestas en el presente trabajo”.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Sincelejo, 24 de Mayo de 2010.

DEDICATORIA

*A mi Dios Todopoderoso, porque sus bendiciones y amor, guiaron cada
paso de esta etapa de mi vida.*

*A mi madre SARA EMILIA, tu amor, incansable dedicación y esfuerzos
diarios son ejemplo de la gran madre y mujer, que amo, admiro y respeto
todos los días y quien me ha hecho ser la persona que soy.*

*A mi padre LUIS FELIPE, tu lucha, amor, paciencia y comprensión son tan
solo un ejemplo de tu gran corazón y de tu amor por tus hijos.*

*A mi hermano WILLIAM ENRIQUE, tu fraternidad y apoyo siempre han sido
importantes en mi vida.*

*A mi amor ERICK ALBERTO, tu amor sincero y aliento incansable, son el
grandioso regalo que siempre me diste día tras día y a pesar de todo.*

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, fuente de mi vida, por concederme entendimiento y salud para llegar a esta etapa, por iluminarme y protegerme, por regalarme el privilegio de contar con las personas que amo y por regalarme fuerzas y esperanzas para luchar todos los días.

Gracias DIOS mío, Por todas tus bendiciones.

A mi mamá SARA y mi papá LUIS, por su infinito amor, dedicación y confianza, pues con ellos, me recuerdan cada día lo especial y lo importante que son en mi vida y lo grandemente que Dios me ha bendecido por qué me ha permitido contar con su presencia y compañía.

Gracias por existir y ser mis padres.

A ERICK y su familia, por su cariño, apoyo, por acompañarme en toda esta etapa de mi vida.

Gracias mi amor por engrandecer mi vida y estar a mi lado.

A mi Familia: Tíos y primos, por su cariño, ánimo y apoyo constante en el camino para ser mejor persona y profesional, por desear mi felicidad y mi bienestar.

A mis amigas, por su amistad, apoyo y cariño, por vivir a mi lado tantos momentos felices que no olvidaré.

Niñas....sin ustedes todo hubiese sido más difícil....Gracias

A la Universidad de Sucre, a todos sus docentes, en especial a los profesores Wilson Cadrazco y Álvaro Santamaría, quienes con su apoyo y conocimiento contribuyeron a ser realidad este proceso.

A la Clínica Las Peñitas, por colaborar en la información suministrada para realizar el presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN.....	14
1. MARCO TEORICO	16
1.1 PROCESO ADMINISTRATIVO	16
1.1.1 Planeación.....	17
1.1.2 Organización.....	19
1.1.3 Dirección.....	19
1.1.4 Control.....	21
1.1.5 Toma de decisiones.....	24
1.2 RELACION ENTRE CALIDAD Y QUEHACER GERENCIAL.....	25
1.2.1 Sistema de gestión de calidad.....	26
1.2.2 Normas ISO.....	27
2. METODOLOGIA.....	29
2.1 TIPO DE ESTUDIO	29
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
2.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
2.4 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	30
3. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.....	32
4. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN LA CLÍNICA LAS PEÑITAS	34
5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	35
6. SITUACIÓN ANTES Y DÉSPUES DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001:2000	36
6.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA.....	36
6.2 PROCESO DE CONSULTA EXTERNA MÉDICA.....	37
6.2.1 Situación después de la certificación.....	37
6.2.2 Situación antes de la certificación.....	43
6.3 PROCESO DE GESTION GERENCIAL	45
6.3.1 Situación después de la certificación.....	45
6.3.2 Situación antes de la certificación.....	51
6.4 PROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS.....	53
6.4.1 Situación después de la certificación.....	53
6.4.2 Situación antes de la certificación.....	59
6.5 PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	61
6.5.1 Situación después de la certificación.....	61
6.5.2 Situación antes de la certificación.....	66

6.6 PROCESO DE GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO.....	67
6.6.1 situación después de la certificación.....	67
6.6.2 Situación antes de la certificación.....	81
6.7 PROCESO DE GESTIÓN DEL AMBIENTE DE TRABAJO	83
6.7.1 Situación después de la certificación.	83
6.7.2 Situación antes de la certificación.....	89
7. RESULTADOS	91
8. CONCLUSIONES.....	94
9. RECOMENDACIONES.....	98
REFERENCIAS.....	100
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS.....	104

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Comparación de la planeación estratégica, antes y después de la certificación.....	37
Cuadro 2. Proceso de consulta externa medica.....	41
Cuadro 3. Indicadores del proceso Consulta Externa Medica.....	42
Cuadro4. Proceso de Gestión Gerencial.....	48
Cuadro 5. Indicadores de proceso de Gestión Gerencial.....	49
Cuadro 6. Mecanismos de control del proceso de Gestión Gerencial.....	50
Cuadro 7. Proceso de Gestión de Compra.....	55
Cuadro 8. Indicadores del proceso de Gestión de compra.....	57
Cuadro 9. Mecanismos de control del proceso de Gestión de compra.....	58
Cuadro 10. Proceso de Gestión de la Infraestructura.....	63
Cuadro 11. Indicadores del proceso de Gestión de la Infraestructura.....	65
Cuadro 12. Procedimientos de selección del personal.....	69
Cuadro 13. Proceso de gestión del Recurso Humano.....	78
Cuadro 14. Indicadores del proceso de Gestión del Recurso Humano.....	80
Cuadro 15. Mecanismos de control del proceso de gestión del Recurso Humano.....	80
Cuadro 16. Proceso de gestión del Ambiente de Trabajo.....	86
Cuadro 17. Indicadores del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo....	88
Cuadro 18. Mecanismos de control del proceso de Gestión del Ambiente de trabajo.....	88

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. El proceso administrativo.	16
Figura 2. Decisiones en las funciones administrativas.	24
Figura 3. Fases de la Investigación.....	31

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Mapa de procesos del SGC.....	104
Anexo B. Caracterización proceso de consulta externa médica.	105
Anexo C. Caracterización proceso gestión gerencial.	106
Anexo D. Caracterización proceso de gestión de compra.	107
Anexo E. Caracterización proceso de gestión de la infraestructura.....	108
Anexo F. Caracterización proceso de gestión del recurso humano.	109
Anexo G. Caracterización proceso de gestión del ambiente de trabajo.....	110

RESUMEN

La calidad es considerada una estrategia que puede cambiar por completo la estructura organizacional y la cultura de trabajo de una organización, la aplicación de un sistema de Gestión de Calidad constituye un mejoramiento continuo que abarca todos los niveles y áreas de responsabilidad. En este sentido, el presente estudio tiene como finalidad exponer los principales cambios ocurridos en el quehacer gerencial de la Clínica Las Peñitas, tras comparar la situación antes de la certificación del sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000 con la situación después de la certificación.

Para tal efecto, y bajo los criterios de una investigación descriptiva, aplicando una metodología de carácter inductivo, se aplicaron herramientas de recolección como entrevistas semiestructuradas realizadas a seis (6) Jefes de Áreas de los procesos seleccionados dentro del SGC, en las cuales con el fin adquirir información acerca del quehacer gerencial antes y después de la certificación de calidad, se indagaron las siguientes categorías: Planeación, Organización, Dirección, Control y Toma de Decisiones. Estas categorías fueron determinadas de manera precedente. No se presentaron nuevas categorías a partir de las entrevistas ni de la observación.

Los resultados de la investigación indican, que el quehacer gerencial en la Clínica Las Peñitas sustentado en las actividades de planeación, organización, dirección, control y toma de decisiones han sufrido cambios sustanciales, lo cual se ha podido evidenciar y constatar en la productividad, eficacia y eficiencia de la institución y el incremento en la satisfacción de los usuarios.

ABSTRACT

Quality is considered a strategy that can completely change the organizational structure and work culture of an organization, implementing a quality management system is a continuous improvement that involves all levels and areas of responsibility. In this regard, this study seeks to explain the main changes in the managerial task Clínica Las Peñitas, after comparing the situation before the certification of Quality Management System ISO 9001:2000 with the situation after certification.

To that end, under the criteria of descriptive research, using a methodology of inductive character, collection tools were applied semi-structured interviews with six (6) heads of selected process areas within the GSC, in the development of Interviews were asking for the following categories: Planning, Organization, Address, Control and Decision Making, to acquire information about the management task before and after certification of quality. These categories were determined as above. No new categories from interviews or observation.

The research results indicate that the work of management at Clínica Las Peñitas sustained in the activities of planning, organization, direction, control and decision making have undergone substantial changes, which has been demonstrated and verified in productivity, efficiency and efficiency of the institution and the increase in user satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad se encuentra compuesta por organizaciones cada vez más competitivas, por tal motivo, todas ellas requieren adelantarse a los cambios actuales y ser líderes de estos, teniendo en cuenta que la aparición de nuevas tecnologías, la globalización y el nuevo orden empresarial conllevan a nuevas formas de proyectar la organización. Por tal motivo, la gerencia y las personas encargadas de la dirección de la empresa deben optar por alternativas de manejo eficiente y eficaz de los recursos, para asegurar la sobrevivencia y éxito empresarial.

El cambio empresarial y la calidad son sin duda dos instrumentos que unidos, permiten la mejora continua de las organizaciones y su evolución para dar mejores resultados a la sociedad. Es así, como la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, proporciona a la organización y sus dirigentes estos dos elementos de desarrollo.

La implementación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), se configura como una herramienta gerencial para el manejo organizacional, dotando a la empresa de numerosos beneficios y ventajas competitivas, trayendo consigo mejoras en la productividad y aumento en el grado de satisfacción de los clientes mediante el cumplimiento de sus necesidades y especificaciones, por medio de todos los procesos organizacionales, constituyéndose este en su propósito principal.

La certificación de calidad, desempeña un papel importante en el ámbito empresarial colombiano y en el ámbito empresarial sucreño, debido a que los

empresarios cada vez más perciben la importancia estratégica para la empresa de la implementación del sistema.

El objetivo del presente estudio, se fundamentó, en indagar los cambios presentados en el quehacer gerencial de la Clínica Las Penitas del municipio de Sincelejo, Departamento de Sucre, tras comparar la situación presentada en la Empresa antes y después de la certificación de calidad ISO 9001:2000. La finalidad de la investigación consistió en proponer recomendaciones y/o estrategias tendientes al mejoramiento del desempeño empresarial a partir de los hallazgos encontrados.

La anterior investigación permitió establecer que la Clínica Las Peñitas, logró tras la certificación, cambiar de manera substancial y profunda la forma como estaban planteados los procesos y la prestación del servicio de salud, contando con un sólido y eficaz sistema de gestión que le permite lograr una mayor productividad, un adecuado manejo de recursos y un mejoramiento representativo en la satisfacción de los usuarios.

Los principales resultados de la investigación describen los cambios encontradas en aspectos como: planeación y organización de los procesos, dirección control y toma de decisiones.

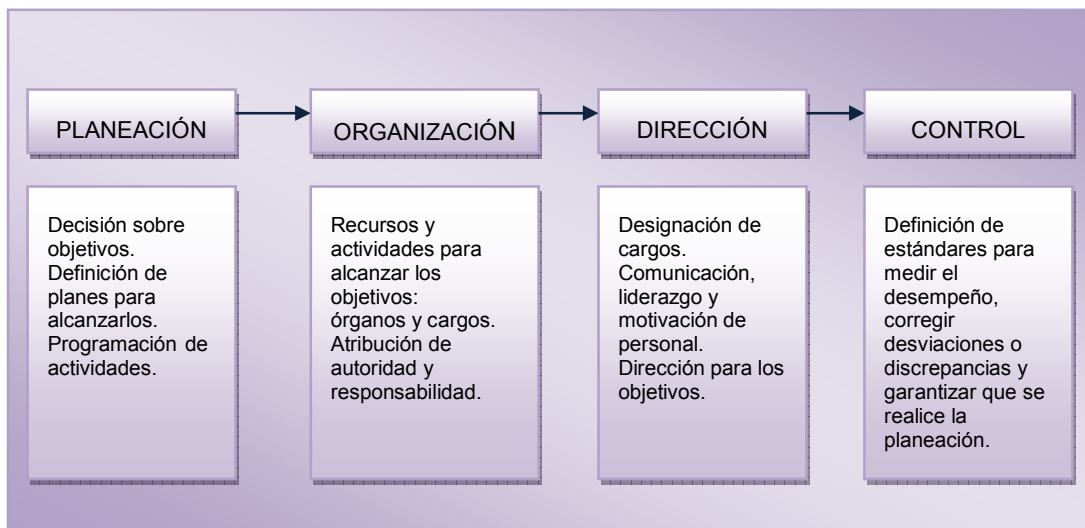
1. MARCO TEÓRICO

1.1 PROCESO ADMINISTRATIVO

Los gerentes en su quehacer desempeñan funciones que se constituyen en herramientas primordiales para el buen funcionamiento o desarrollo de su organización, estas funciones permitirán la toma de decisiones óptimas para la empresa y acorde con sus necesidades, capacidades y recursos.

Es así, como Chiavenato (1997) planteó que “básicamente, las funciones del administrador son: a) Planeación, b) Organización, c) Dirección y d) Control. El desempeño de estas cuatro funciones básicas consideradas como un todo, y no de manera aislada constituyen el llamado *proceso administrativo*” (p.246).

Figura 1. El proceso administrativo.



Fuente: CHIAVENATO. Introducción a la teoría general de la administración. México, McGraw Hill Interamericana, 1997. P. 246.

1.1.1 Planeación. Principal función del proceso administrativo, cuyo fin es el establecimiento de derroteros claros y objetivos alcanzables en el tiempo, refiriéndose a estos aspectos, Stoner y Wankel (s.f.), plantean: “para que los gerentes puedan organizar dirigir y controlar, antes deben elaborar planes que den dirección y propósito a la organización, que decidan *qué* debe hacerse, *cuándo* y *cómo* ha de hacerse y *quién* lo hará” (p.100).

Así mismo, Weihrich y Koontz (1994) consideran que “la planeación incluye seleccionar misiones y objetivos y las acciones para alcanzarla; requiere tomar decisiones: es decir, seleccionar entre diversos cursos de acción futuros. Así la planeación provee un enfoque racional para lograr objetivos preseleccionados” (p.118).

En la planeación intervienen una serie de aspectos a considerar para que esta se lleve a cabo de la manera más eficaz:

- ♦ **Propósitos o Misiones:** La misión de una organización proporciona el punto de partida y se constituye como su razón de ser; con el fin de orientar y optimizar la capacidad de respuesta que asuma ante las oportunidades del entorno.

De esta forma autores como Wheelen y Hunger (2007) razonan que una declaración de misión bien concebida define el propósito exclusivo y fundamental que distingue a una empresa de otras de su tipo e identifica el alcance de sus operaciones con respecto a los productos y servicios que ofrece y los mercados que sirve. (p.12).

- ♦ **Objetivos:** Se entiende por objetivos el fin hacia el cual se orientan las acciones de una organización. Estos deben estar expresados como verbos de acción y plantear lo que la empresa desea lograr en

determinado tiempo. El logro de los objetivos corporativos debe dar como resultado el cumplimiento de la misión de la organización (Wheelen y Hunger, 2007, p.14). Si es posible, los objetivos deben ser verificables al finalizar el período para determinar si se han alcanzado o no (Koontz y Weihrich, 1994, p.161)

- ♦ **Estrategias:** Se refiere a la determinación del propósito (o la misión) y los objetivos básicos a largo plazo de una empresa y a la adopción de cursos de acción, así como la asignación de los recursos necesarios para alcanzar estos propósitos (Koontz y Weihrich 1994, p.169). En consecuencia para estos autores, el propósito de la estrategia es determinar y transmitir, mediante un sistema de objetivos y políticas básicos, una imagen de la clase de empresa que se desea proyectar.
- ♦ **Políticas:** Las políticas son directrices que se trazan con el fin de guiar a los empleados a tomar decisiones consecuentes con la misión, los objetivos y la estrategia de la organización.

Koontz y Weihrich (1994) establecen que: Las políticas ayudan a decidir cuestiones antes de que se conviertan en problema, hacen innecesario analizar la misma situación cada vez que se presenta y verifican otros planes, con lo cual permite a los administradores delegar autoridad y a pesar de ello mantener el control sobre lo que hacen sus subordinados.(...) Normalmente existen políticas en todos los niveles de la organización, desde aquellas que son fundamentales tanto para la compañía como para los departamentos hasta políticas secundarias aplicables a los segmentos más pequeños de la organización.(...) Puesto que las políticas son guías para la toma de decisiones de ellos se desprende que necesitan tener cierta flexibilidad. De lo contrario serían reglas (p.124).

1.1.2 Organización. Otra función del proceso administrativo que llevan a cabo los gerentes, es la organización, la cual tiene como principal fin definir y asignar eficientemente las labores a los empleados de la organización, de modo que se logren las metas preestablecidas.

Robbins y Coulter (2005) definen organización como “función de la administración que consiste en determinar qué tareas hay que hacer, quién las hace, cómo se agrupan, quién rinde cuentas a quien y dónde se toman las decisiones” (p.9).

Como los empleados de la organización llevan a cabo las iniciativas de mejoramiento de la calidad, es importante que los gerentes analicen la manera en que pueden organizarlas y dirigir las mejor. (...) Cómo lograr la calidad de los productos es algo en lo que deben participar todos los empleados, desde los que ocupan los niveles superiores hasta los inferiores, no es sorprendente que organizaciones orientadas hacia la calidad dependan de empleados bien capacitados, flexibles y facultados. (Robbins y Coulter, 2005, p.503).

1.1.3 Dirección. La dirección es uno de los pilares más importantes del proceso administrativo, cuyo fin principal es guiar o coordinar las personas de la empresa para la obtención de las metas organizacionales. Mediante esta función se logra poner en marcha todos los lineamientos establecidos durante la etapa de planeación.

La dirección consiste en influir sobre las personas para que contribuyan a la obtención de las metas de la organización y del grupo es comprensible que la dirección incluya motivación, liderazgo y comunicación. (Koontz y Weihrich, 1994, p.21).

- ♦ **Motivación:** La motivación que causa, canaliza y sostiene el comportamiento del ser humano, ha sido siempre un concepto importante que los gerentes entiendan. Los gerentes, por definición, trabajan con personas y se sirven de ellas, pero estas son complejas y algunas veces, irracionales en su comportamiento. Sus motivaciones no siempre son fáciles de descubrir (Stoner y Wankel, s.f., p.475).

Según Herzberg (1966, citado por Chiavenato, 2000) la motivación de las personas depende de dos factores:

- a. **Factores higiénicos.** Condiciones que rodean al individuo cuando trabaja (...). Comprende: condiciones de trabajo y comodidad, políticas de la empresa y la administración, relaciones con el supervisor, competencia técnica del supervisor, salarios, estabilidad en el cargo y relaciones con los colegas.
 - b. **Factores motivacionales.** Tienen que ver con el contenido del cargo, las tareas y los deberes relacionados con el cargo en sí (...). Incluyen: delegación de la responsabilidad, libertad de decidir cómo realizar el trabajo, ascensos, utilización plena de las habilidades personales, formulación de objetivos y evaluación relacionada con estas, simplificación del cargo (llevada a cabo por quien lo desempeña), amplificación o enriquecimiento del cargo (horizontal o vertical) (pp.76-77).
- **Liderazgo:** Arte o proceso de influir en las personas para que participen dispuestos y con entusiasmo hacia el logro de las metas del grupo. Apropiadamente, las personas deben ser alentadas a desarrollar, no solo con disposición a trabajar sino a hacerlo con celo y confianza.

Los líderes actúan para ayudar a un grupo a alcanzar los objetivos a partir de la aplicación máxima de sus capacidades. No se colocan detrás de un grupo para empujar e impulsar; se colocan ante el grupo para facilitar el progreso e inspirar el logro de las metas organizacionales. (Koontz, H. Weihrich, H. y Cannice, M., 2008, pp.440-441).

- ♦ **Comunicación:** La comunicación es esencial para el funcionamiento *interno* de las empresas porque integra las funciones gerenciales.

Especialmente, la comunicación es necesaria: 1) para establecer y diseminar las metas de una empresa; 2) desarrollar planes para su logro; 3) organizar los recursos humanos y otros de la manera más eficiente y efectiva; 4) seleccionar, desarrollar y evaluar a los miembros de la organización; 5) liderar, dirigir, motivar y crear un clima en el que las personas quieran contribuir, y 6) controlar el desempeño. (...). La comunicación no solo facilita las funciones gerenciales, sino además relaciona a una empresa con su ambiente *externo*. Es a través del intercambio de información que los gerentes se hacen conscientes de las necesidades de los clientes, la disponibilidad de proveedores, las reclamaciones de los accionistas, los reglamentos de los gobiernos y las preocupaciones de la comunidad. Es a partir de la comunicación que cualquier organización se vuelve un sistema abierto que interactúa con su ambiente (Koontz y otros, 2008, p.486).

1.1.4 Control. Una definición del *control gerencial* expuesta por Stoner y Wankel (s.f.) es: “proceso por el cual los gerentes se aseguran de que sus actividades reales correspondan a las planteadas”. En la planeación de las actividades de la organización, se establecen las metas y los objetivos fundamentales, lo mismo que los métodos para lograrlos. El proceso de control mide el avance en la obtención de las metas y permite a los gerentes

detectar a tiempo las desviaciones del plan para tomar medidas correctas antes de que sea demasiado tarde (p.656).

La definición dada por Robert J. Mockler (1972, citado por Stoner y Wankel s.f.) incluye los elementos esenciales del proceso de control: “El control administrativo es un esfuerzo sistemático para fijar niveles de desempeño con objetivos de planeación, para diseñar los sistemas de retroalimentación de la información, para comparar el desempeño real con esos niveles determinados de antemano, para determinar si hay desviaciones y medir su importancia y para tomar las medidas tendientes a garantizar que todos los recursos de la empresa se utilicen en la forma más eficaz y eficiente posible en la obtención de los objetivos organizacionales” (p.657).

Por lo tanto para que los gerentes puedan ejercer un buen control en las actividades de la empresa, deben implementar, por lo menos alguno de los tipos de control planteado por Robbins y Coulter (2005):

- ♦ **Control anticipado:** Evita los problemas previstos, ya que se lleva a cabo antes de la actividad real (...). La clave para el control anticipado es tomar medidas administrativas *antes* de que ocurra un problema. Los controles anticipados son deseables porque permiten a los gerentes impedir los problemas en vez de tener que corregirlos después de que el daño se haya hecho.
- ♦ **Control concurrente:** Como su nombre lo indica, ocurre mientras se lleva a cabo una actividad. Cuando el control se ejerce mientras se realiza el trabajo, la gerencia puede corregir los problemas antes de que se vuelvan demasiado costosos.

La forma más conocida de control concurrente es la supervisión directa. Cuando los gerentes usan la administración caminando, termino para describir a un gerente que se encuentra en el área de trabajo, que interactúa en forma directa con los empleados están usando el control concurrente. Cuando un gerente supervisa directamente las acciones de los empleados, puede corregir los problemas conforme ocurren. Aunque, por supuesto, existen ciertos retrasos entre la actividad y la respuesta correctiva del gerente, el retraso es mínimo. Los problemas se pueden solucionar antes de que ocurra un gran daño o desperdicio de recursos. (...) Además, muchos programas de calidad organizacional se basan en controles concurrentes para informar a los trabajadores si su producción laboral tiene la calidad suficiente para cumplir con los estándares.

- ♦ **Control de retroalimentación:** El control se lleva a cabo después de realizada una actividad. (...) La desventaja principal de este tipo de control es que cuando el gerente recibe la información, los problemas ya ocurrieron, lo que produce un desgaste o daño. Pero para muchas actividades, la retroalimentación es el único tipo de control disponible. (...) Los controles de retroalimentación sí tienen dos ventajas. En primer lugar, la retroalimentación proporciona a los gerentes información significativa sobre qué tan eficaces fueron sus esfuerzos de planeación. La retroalimentación que indica poca variación entre el estándar y el desempeño real es una evidencia de que la planeación se desarrolló según lo previsto. Si la desviación es importante, un gerente puede usar esa información al diseñar nuevos planes para que sean más eficaces. En segundo lugar, el control de retroalimentación puede mejorar la motivación de los empleados. Las personas desean información sobre qué tan bien se han desempeñado y el control de retroalimentación proporciona esa información (pp.468-469).

1.1.5 Toma de decisiones. Según Robbins y Coulter (2005): Todos los integrantes de una organización toman decisiones, pero la toma de decisiones es particularmente importante en el trabajo de un gerente. (...) La toma de decisiones es una parte de las cuatro funciones gerenciales. Por esta razón los gerentes (cuando planean, organizan, dirigen y controlan) se definen como *quienes toman las decisiones* (p.139).

Figura 2. Decisiones en las funciones administrativas.

Planear ♦ ¿Cuáles son los objetivos a largo plazo de la organización? ♦ ¿Con qué estrategias se alcanzarán mejor esos objetivos? ♦ ¿Cuáles deben ser los objetivos a corto plazo de la organización? ♦ ¿Qué dificultad deben tener las metas de los individuos?	Dirigir ♦ ¿Cómo manejo a los empleados poco motivados? ♦ ¿Cuál es el mejor estilo de liderazgo para determinada situación? ♦ ¿Qué efecto tendrá un cambio específico en la productividad de los trabajadores? ♦ ¿Cuál es el momento correcto para estimular conflictos?
Organizar ♦ ¿Cuántos subordinados deben rendirme cuentas? ♦ ¿Qué grado de centralización debe haber en la organización? ♦ ¿Cómo hay que diseñar los puestos? ♦ ¿Cuándo debe la organización establecer una estructura distinta?	Controlar ♦ ¿Qué actividades de la organización hay que controlar? ♦ ¿Cómo deben controlarse esas actividades? ♦ ¿Cuándo es significativa una desviación del desempeño? ♦ ¿Qué sistema de información administrativa debe tener la organización?

Fuente: ROBBINS, Stephen y COULTER, Mary. Administración, México, Pearson Educación, 2005. P. 139.

Los gerentes deben modificar su método de tomar decisiones, según cada situación particular. Para ello Stoner y Wankel (s.f.), distinguen dos tipos de decisiones (p.165).

Las *decisiones programadas* son aquellas tomadas de acuerdo con algún hábito, regla o procedimiento. Toda organización posee políticas escritas o

no escritas que simplifican la toma de decisiones en situaciones recurrentes al limitar o excluir opciones. (...). Hay procedimientos sistemáticos para resolver problemas comunes.

En cambio, las *decisiones no programadas* son aquellas que se ocupan de problemas no habituales o excepcionales. Si un problema no se ha presentado con suficiente frecuencia para ser incluido en una política o es tan importante que merece un tratamiento especial, habrá que manejarlo con una decisión no programada.

El proceso administrativo queda explicado cómo se concebirá dentro de la investigación.

1.2 RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y QUEHACER GERENCIAL

Lefcovich, (2005)., expone que la búsqueda de la calidad es para los gerentes una tarea que se debe asumir responsablemente, para ello deben estar totalmente concientizados de la importancia estratégica y operativa de la calidad, para lo cual deberá comprometerse plenamente tanto en los aspectos de liderazgo y planificación, como en los vinculados con la capacitación, mejora continua de los procesos y, los sistemas de prevención y evaluación que permitan el mayor nivel de calidad y satisfacción. Ello implica destinar todos los recursos que sean necesarios para hacer factible la calidad, se trate tanto de recursos financieros como de tiempos de dedicación.

La calidad es considerada una estrategia para el mejoramiento continuo que abarca todos los niveles y áreas de responsabilidad. Combina técnicas fundamentales de administración, esfuerzos existentes de mejoramiento y herramientas técnicas especializadas. Es un proceso de mejora continua que

está dirigido a satisfacer conceptos amplios, tales como metas de costos, calidad, entrega y el incremento de la satisfacción del cliente, esto último como objetivo primordial.

Es esencial que la calidad sea uno de los elementos centrales de la planeación estratégica. Sólo cuando la calidad forma parte de la misión, visión y objetivos, de las estrategias y políticas de la empresa, será factible lograr un compromiso absoluto de toda la organización, sus proveedores y, distribuidores con la calidad.

Los principios filosóficos de la calidad indican la forma de cómo se hace el trabajo en las empresas; Crosby (1979, citado por Evans y Lindsay, 2000) al igual que Deming considera los principios de la productividad y de la competitividad, y dice “los productos y servicios deben de hacerse bien desde la primera vez” y con “cero defectos” lo que significa concentrarse en evitar defectos, y en prevenirlos, más que en localizarlos y corregirlos, para lo cual se necesita la evaluación y la medición de los defectos (p.99).

Juran (1986, citado por Evans y Lindsay, 2000) agrega tres aspectos principales, que son conocidos como la trilogía de la calidad: 1) Planeación de la calidad; que considera al proceso de preparación de un plan de calidad, para cumplir con las metas establecidas de calidad. 2) Control de la calidad; que indica las actividades que se deben de hacer para buscar el cumplimiento las metas de calidad en el proceso de productivo. 3) Mejora de la calidad; que se refiere a los niveles de rendimiento y de superación de los estándares actuales de calidad de los procesos productivos. (p.97).

1.2.1 Sistema de gestión de calidad. La forma más efectiva para administrar la calidad en una organización, es mediante un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), el cual permite interrelacionar el conjunto de

normas de la empresa, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes; para el establecimiento de un SGC es requerido el apoyo de la gerencia, porque en su quehacer facilita los recursos necesarios para la implementación de este sistema, y además a través de su liderazgo influencia a sus colaboradores y al resto de la organización para que asuman un compromiso con la certificación.

1.2.2 Normas ISO. De igual forma, la empresa debe cumplir con estándares de calidad preestablecidos por un organismo normalizador como la ISO, este término se deriva de sus iniciales en inglés de la Organización Internacional de Estandarización (International Standard Organization).

La familia de normas ISO 9000/2000 son un conjunto de normas de SGC que apoyan a las organizaciones en la implementación y operación de estos sistemas, con el propósito de mejorar continuamente su desempeño. En la versión del año 2000 la familia ISO 9000, queda definida en: ISO 9000 fundamentos y terminología de los sistemas de gestión, 9001 especificación de los requisitos (única norma certificable de la familia), 9004 directrices para la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de la calidad y 19011 orientación relativa a las auditorías de los sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

El aseguramiento de la gestión de la calidad, debería ser una decisión estratégica de las empresas, para proporcionar a sus clientes la confianza de que se les hará entrega de un producto de acuerdo a sus especificaciones, así como para lograr una mayor productividad y competitividad en el mercado. La norma ISO 9001:2000 bajo la cual fue certificada la CLINICA LAS PEÑITAS, especifica los requisitos para los SGC aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios

que les sean de aplicación, cuyo objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

Los entes que expiden la certificación (certificadoras), deben estar acreditados por un organismo asignado para tal fin. En Colombia, la institución encargada de acreditar las certificadoras es la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), la cual ha autorizado a empresas como BVQI (Bureau Veritas Quality Internacional), SGS e ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas), para que realicen esta actividad dentro del país.

“El anterior marco teórico es compartido con María Alejandra Pinedo Payares, por lo tanto es igual”.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de carácter descriptivo, donde se identificaron cambios en los componentes específicos del quehacer gerencial en seis procesos de la Clínica las Peñitas y se elaboró un análisis comparativo de la situación existente antes de la certificación, con la situación encontrada después de la certificación. Es decir, “esta investigación buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno analizado” (Hernández; Fernández y Baptista, 2003, p.119).

La metodología que se utilizó es carácter inductivo ya que a partir de la observación de los fenómenos o hechos específicos de la realidad de la Clínica Las Peñitas, se llegó a describirla en su totalidad.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La investigación se desarrolló en una empresa, dedicada a la prestación de servicios de salud en todos los niveles de atención, cuya razón social es CLÍNICA LAS PEÑITAS S.A.S. Para tal propósito se tomaron como base de la investigación, seis (6) procesos:

- ◆ Consulta Externa Médica.
- ◆ Gestión de Compra.
- ◆ Gestión de la Infraestructura.
- ◆ Gestión Gerencial.
- ◆ Gestión del ambiente de trabajo.
- ◆ Gestión del Recurso Humano.

2.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

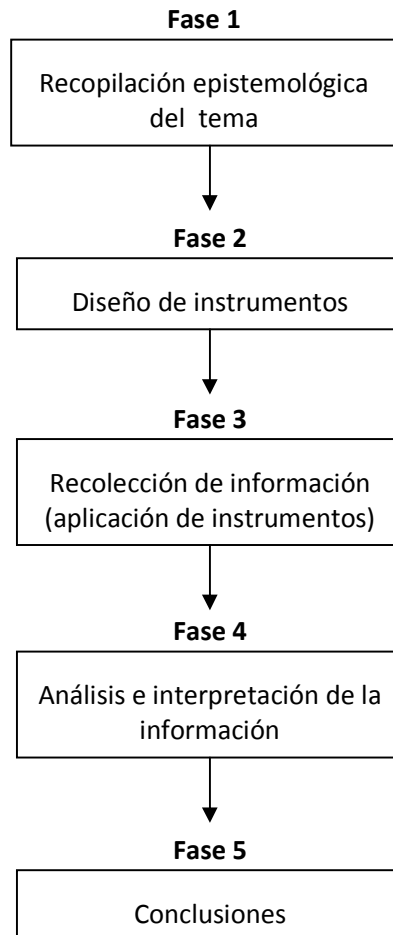
Durante el desarrollo de la investigación se hizo uso de fuentes primarias como entrevistas semiestructuradas realizadas a los Jefes de Área de cada proceso seleccionado y se utilizó una grabadora para registrar la información acerca del quehacer gerencial antes y después de la certificación de calidad. En cuanto a la información secundaria se hizo uso de fuentes de internet y revisión documental de los archivos (caracterización de procesos) ^{Ver Anexos} de la Empresa.

2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los resultados obtenidos a partir de la revisión de la información se tuvo en cuenta el concepto de cruce de categorías. Por cuanto se estableció un cruce comparativo que indicó la situación antes y después de la certificación de calidad, con un estudio cronológico lineal.

En esta fase, se identificaron categorías básicas, las cuales sirvieron para describir en profundidad elementos concluyentes identificados en los resultados del estudio.

Figura 3. Fases de la Investigación.



Fuente: Diagramada por la autora del presente proyecto.

3. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La Clínica Las Peñitas fue fundada el 5 de Diciembre de 1971 por el Doctor Ricardo Domínguez Cárdenas y su esposa María Isabel Guerrero de Domínguez. La clínica fue creada como respuesta a la necesidad de una institución de maternidad en la ciudad de Sincelejo e inició como una consulta prenatal nocturna dirigida a personas de bajos recursos económicos.

En el año de 1991 al fallecer el Doctor Ricardo Domínguez Cárdenas, asume la dirección de la clínica su hijo el Doctor Ricardo Domínguez Guerrero.

En el año de 1992 cambia la razón al pasar de “Clínica de Maternidad Las Peñitas” a “Clínica Las Peñitas” e incluye en su portafolio de servicios todas las especialidades básicas de nivel II de complejidad.

En el año de 1994 se inician los Programas Especiales de salud integral, y en Marzo de ese mismo año, se abrió la sede ambulatoria para la atención de consulta médica general y especializada de I y II nivel de complejidad, odontología general y especializada, laboratorio clínico y farmacia. A partir de esta fecha se coordinan todos los servicios de primer nivel en cada municipio del departamento de Sucre, siendo su creador y primer director, la Doctora María Clara García Tuñón.

En 1995 en asocio con un grupo de especialistas se pone en funcionamiento la primera Unidad de Cuidados Intensivos y Coronarios para adultos y neonatos de la ciudad de Sincelejo.

En el año de 1998 se inicia una tercera sede ambulatoria dependiente de Programas Especiales de salud integral, la Unidad de Promoción y Prevención en Salud (UPPS). Actualmente la Clínica Las Peñitas cuenta con 3 sedes propias.

La Clínica Las Peñitas dentro de su estructura cuenta con 17 procesos, los cuales están divididos en tres categorías: procesos asistenciales, procesos gerenciales y procesos de apoyo.

Dentro de los procesos asistenciales se encuentran: consulta externa medica, consulta externa odontológica, servicio farmacéutico, laboratorio clínico, promoción y prevención, hospitalización y cirugía.

Los procesos de apoyo están formados por los procesos de gestión del recurso humano, gestión de compra, gestión de la infraestructura, gestión del ambiente de trabajo, gestión informática y admisión y facturación.

Los procesos gerenciales por su parte están conformados por satisfacción del cliente, análisis y mejora continua y gestión gerencial.

La organización actualmente cuenta con 7 procesos certificados bajo la norma NTC ISO 9001:2000:

- ♦ Consulta Externa Médica.
- ♦ Consulta Externa Odontológica.
- ♦ Servicio Farmacéutico.
- ♦ Laboratorio Clínico.
- ♦ Promoción y Prevención.
- ♦ Hospitalización.
- ♦ Cirugía.

4. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000 EN LA CLÍNICA LAS PEÑITAS

El proceso de implementación del sistema de Gestión de Calidad en la Clínica Las Peñitas, inicia en el año 2001, cuando los directivos de la clínica empiezan a percibir la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de Calidad, dado que en ese momento se estaba vislumbrando la obligatoriedad de la implementación en las instituciones de salud, así mismo los contratantes consideraban esta condición para calificar las propuestas de servicios. Es así, como llegaron a la conclusión que la implementación del SGC, daba una garantía a la organización de prestar mejor el servicio de salud.

El proceso de certificación tomo 4 años y es en el mes de septiembre de 2004 que la casa certificadora ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) otorga a la Clínica Las Peñitas la certificación de calidad ISO 9001:2000.

5. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Para efectos de la investigación se tomaron seis procesos de la institución entre los que se encuentran cuatro procesos de apoyo, un proceso asistencial y un proceso gerencial.

Los procesos sometidos a la investigación son los siguientes:

- ◆ Gestión del Recurso Humano. (Proceso de Apoyo)
- ◆ Gestión de la Infraestructura. (Proceso de Apoyo)
- ◆ Gestión del Ambiente de Trabajo. (Proceso de Apoyo)
- ◆ Gestión de Compra. (Proceso de Apoyo)
- ◆ Consulta Externa Médica. (Proceso Asistencial)
- ◆ Gestión Gerencial. (Proceso Gerencial)

6. SITUACIÓN ANTES Y DÉSPUES DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001:2000

6.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA

Cuadro 1. Comparación de la planeación estratégica, antes y después de la certificación.

ACTIVIDAD	SITUACIÓN ANTES DE LA CERTIFICACION	SITUACIÓN DESPUES DE LA CERTIFICACION
Misión	No existe memoria documental acerca de la antigua misión. Sin embargo se puede indicar que si existía una misión.	Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud modelo desde el punto de vista organizacional, con una cultura basada en la capacitación y desarrollo de recurso humano que, orientada por los principios filosóficos de su fundador Ricardo Domínguez Cárdenas y con unos recursos tecnológicos adecuados, presta atención cálida y humanizada, lo que permite marcar diferencia en las preferencias de las Aseguradoras y de los usuarios de servicios de salud de nuestro departamento, favoreciendo el crecimiento de nuestros clientes.
Visión	No existe memoria documental acerca de la antigua visión. Sin embargo se puede indicar que si existía una visión.	En el 2010 queremos ser conocidos como una IPS modelo en atención cálida y humanizada que con una cultura de la calidad basada en la capacidad y el desarrollo de su recurso humano permita acrecentar cada día la preferencia de sus usuarios.
Principios	No existían principios.	♦ La lealtad. ♦ La equidad y justicia. ♦ La calidad de los servicios. ♦ La importancia de los usuarios como personas plenas de derechos. ♦ El continuo desarrollo humano y técnico de sus empleados. ♦ Reconocimiento basado en el desempeño. ♦ El trabajo en equipo. ♦ El compromiso ♦ La responsabilidad social de su función. ♦ El autocontrol y la autonomía. ♦ La eficiencia en el manejo de los recursos. ♦ La efectividad de sus acciones. ♦ La credibilidad y buena imagen.

Política de Calidad Institucional	No existía política de calidad institucional.	“Nuestro compromiso con la calidad está orientado hacia el logro de la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios, mediante el mejoramiento continuo de nuestros recurso humano y de los procesos en los servicios de salud, en un ambiente con calidez humana.”
Objetivos	No existían objetivos generales.	♦ Lograr un alto nivel de satisfacción del usuario en la prestación de los servicios médicos asistencial. ♦ Brindar atención amable, cálida y humanizada a nuestros usuarios. ♦ Cumplir los estándares de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud. ♦ Mantener un recurso humano competente y satisfecho para el cumplimiento de los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios vigentes. ♦ Implementar una dinámica de mejoramiento continuo en el sistema de prestación de servicios.

Fuente: Autora del presente proyecto con base a información de la Clínica las Peñitas.

La creación de la planeación estratégica de la organización estuvo a cargo de un comité de calidad, donde participaron personas representantes de todos los niveles jerárquicos de la empresa. Después de concluida y terminada la planeación estratégica, se socializó con todos los integrantes de la organización.

6.2 PROCESO DE CONSULTA EXTERNA MÉDICA

6.2.1 Situación después de la certificación.

6.2.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Consulta Externa Médica, identificado con el código SSSSPR003, están planeadas para la atención del usuario y tienen como objetivo “Garantizar a los usuarios la atención médica en consulta externa en un ambiente cálido, amable, cortés y humanizado”.

Dentro de la planeación del proceso existen unos elementos de entrada que son todas las necesidades, solicitudes, órdenes, novedades, información, listados, resultados, tanto de áreas o procesos de la empresa como de personal externo; referente a la consulta externa.

El proceso Consulta Externa Medica se apoya en nueve subprocesos que son la guía para el manejo de este:

1. *Solicitud y asignación de citas*: consiste en la asignación de citas de primer, segundo, tercero y cuarto nivel a los usuarios que las requieran. Las citas son asignadas a los usuarios de manera personal y por medio de fax (provenientes de los municipios donde la clínica tiene usuarios). Para las citas personales, el usuario debe presentar ante las secretarías asistenciales de coordinación médica y las secretarías de referencia y contra referencia su derecho de certificación o carnet o el documento de identidad.
2. *Consulta médica de acceso directo*: consiste en la atención por parte del médico de consulta general al usuario. Este proceso inicia cuando el paciente llega a cumplir la cita al consultorio donde le fue asignado por lo general en la sede de Programas Especiales (Edificio Montaña), allí, una enfermera debe verificar por medio de una lista la hora en que le corresponde la consulta. Esta consulta debe durar 20 minutos. Al salir de la consulta si es necesario realizar exámenes o requiere droga, el paciente se dirigirá a la zona de autorizaciones para que se las otorguen.
3. *Referencias de pacientes*: consiste en la remisión de una paciente de consulta general a una consulta con especialista. Este subproceso requiere que el paciente después de salir de la consulta general, se

dirija hacia el área de referencia y contrareferencia para que las auxiliares de coordinación, se encarguen de darle la cita según la orden. Estas citas tienen un plazo de 3 a 5 días.

4. *Consulta especializada:* consiste en la atención por parte del médico de consulta especializada al paciente.
5. *Contrareferencia:* consiste en la remisión del paciente por parte del médico especialista al médico general remitir. En este subproceso interviene un médico familiar, el cual es interconsultado por el especialista antes de remitir al paciente nuevamente al médico general. La atención por parte del médico especialista depende de la patología y según esta puede atenderlo cuatro veces, a partir de la quinta se genera un informe donde debe justificar la razón de esta.
6. *Autorizaciones:* consiste en la asignación de citas en primero, segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad.
7. *Análisis de la información asistencial:* consiste en la revisión de la documentación solicitada al paciente para su atención dentro de la Clínica.
8. *Manejo de pacientes crónicos diferentes a promoción y prevención:* consiste en el manejo de las drogas de controles y de pacientes crónicos. En este proceso se encargan también de enviar estas drogas a los diferentes municipios del departamento.
9. *Gestión de historias clínicas:* esta actividad consiste en el ingreso al sistema de todas las historias clínicas provenientes de los diferentes centros atención diferente a la sede de Programas Especiales.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de manera estándar para realizar las actividades concernientes a la planeación del proceso y la atención al usuario en todos los niveles. Todo el proceso está orientado para contribuir al desarrollo de las actividades de consulta externa medica de manera ordenada y de acuerdo a los requisitos del cliente, la forma de desarrollar estas actividades, si bien, no garantiza la ejecución de las actividades de acuerdo a los requisitos y a la planeación, si dota a la clínica de herramientas que minimicen la ocurrencia de errores y el impacto de estos en la institución y en la salud e integridad del usuario.

6.2.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otros aspectos.

El proceso de Gestión Consulta Externa Médica tiene como principal responsable al coordinador médico.

Específicamente, las responsables y las principales tareas realizadas están enmarcadas así:

Cuadro 2. Proceso de Consulta Externa Médica.

Responsables	Principales tareas
Coordinador Médico	Autorizar órdenes de 1, 2 y 3 Nivel.
Autoridad Inmediata: Director Salud	Evaluar al personal asistencial de consulta interna. Aprobar o desaprobando cambios y novedades referentes a consulta interna.
Evaluación por parte de Auditoría Médica.	Ordenar hospitalizaciones y remisiones a Unidad de Cuidados Intensivos. Aprobar y autorizar incapacidades. Confirmar órdenes de 3er y 4to nivel. Cumplir Requisitos de Minprotección.

Fuente: Creada por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

6.2.1.3 Dirección.

Comunicación: la comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como, Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos y círculos o concejos primarios.

Motivación: la motivación empleada en la empresa y en el proceso, está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo El liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos en la institución se basa en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia y de acuerdo a un procedimiento establecido.

6.2.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las peñitas, con respecto al proceso de consulta externa médica, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño del proceso e igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia, seguimientos y auditorías internas a las actividades realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que es responsable de presentar el indicador, sin embargo todas las personas o áreas que intervienen en el proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades.

En el caso puntual del proceso de Consulta Externa Médica, la manera de realizar un control al proceso está trazada de la siguiente forma:

Cuadro 3. Indicadores del proceso Consulta Externa Médica.

Indicador	Forma de calculo	Meta	Periodicidad	Responsable
Adherencia a las guías de manejo.	Porcentaje obtenido en el cumplimiento del seguimiento de protocolos y correcto diligenciamiento de la historia clínica.	70%	Trimestral	Auditor Médico
Cumplimiento en la solicitud de citas de medicina general y pediatría.	No de citas asignadas x 100/(No. De citas asignadas + demanda insatisfecha).	80%	Mensual	Coordinador Médico
Suficiencia de la capacidad instalada en consulta médica de acceso directo.	Capacidad instalada x 100 / capacidad requerida para la población.	80%	Trimestral	Auditor Médico
Porcentaje de historias físicas remitidas recuperadas oportunamente.	# de historias recibidas de prestadores externos X100/ # de historias remitidas a prestadores externos.	98	Mensual	Jefe de archivo Clínico
Satisfacción del usuario en la atención de la Consulta externa Médica.	Porcentaje de satisfacción obtenido en las encuestas realizadas en el servicio de consulta externa médica.	85%	Semestral	Defensor del Usuario
Satisfacción del	Porcentaje de satisfacción en la			

usuario con la atención humanizada en Consulta externa médica.	atención humanizada en el servicio de medicina externa.	85%	Semestral	Defensor del Usuario
Indicador de mejora.	Sumatoria de los porcentajes de los aspectos evaluados del SGC.	60%	Trimestral	Asistente de auditoria

Fuente: Caracterización del proceso de Consulta Externa Médica-Clínica las Peñitas.

6.2.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones es centralizada y limitada de acuerdo a las funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Consulta Externa Médica, la responsable de este, está en la capacidad de tomar decisiones con respecto al proceso, basado en la ley, sus responsabilidades, las necesidades y prioridades de la institución. Por tanto, esta persona es la encargada y responsable de coordinar todas las actividades referentes a consulta externa médica. Tiene la facultad de aprobar o desaprobar actividades y procedimientos.

6.2.2 Situación antes de la certificación.

6.2.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas el proceso de planeación de las funciones y responsabilidades correspondientes a las actividades de Consulta Externa Médica, estaban dadas de la misma manera como se desarrollan actualmente, sin embargo, anteriormente, en la ejecución de las actividades contaban con implementos informáticos diferentes y menos avanzados, como el software asistencial. De igual manera, existían formatos y documentos diferentes que soportaban y apoyaban las actividades. Sin embargo no existía esta planeación de manera escrita y formal.

6.2.2.2 Organización. Anteriormente la organización en esta área o departamento estaba a cargo de la misma persona con el mismo cargo, el cual se regía de acuerdo a un manual de responsabilidades que no estaba completo. No existían procedimientos escritos completos y claros que guiaran el quehacer de un cargo. Sin embargo, existían unos requisitos de ley (Ministerio de Protección) que el encargado de esta actividad debía seguir y cumplir con respecto a esta área.

6.2.2.3 Dirección.

Comunicación: anteriormente, la forma de comunicación que predominaba en este proceso era de manera formal, debido a que por ley estos asuntos deben tener un soporte técnico y escrito. Por tal razón en este proceso en particular se manejaban formatos, reportes, solicitudes y cartas al igual que medios como el teléfono, memorandos y reuniones.

Motivación: la motivación empleada anteriormente en la empresa y en esta área, estaban fundamentados en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: el liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de la Institución, se basaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción y de acuerdo a un procedimiento establecido.

6.2.2.4 Control. El control ejercido anteriormente era un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las actividades. Este control se ejercía en caso de que se presentara algún error en las actividades, no existía un

seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.2.2.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en esta área de la empresa siempre ha sido limitada de acuerdo a la ley, funciones y responsabilidades del cargo. En este caso específicamente las decisiones siempre han estado a cargo del Coordinador Médico.

6.3 PROCESO DE GESTIÓN GERENCIAL

6.3.1 Situación después de la certificación.

6.3.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Gestión Gerencial identificado con el código SSSSPR007, constituyen la planeación estratégica y del sistema y tiene como objetivos: 1) Planificar y asegurar el establecimiento de la política y objetivos de calidad en la organización, su comunicación al interior de esta, la disponibilidad de los recursos y la revisión periódica del Sistema. 2) Determinar los requisitos especificados por el cliente, los no establecidos pero necesarios y los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto. 3) Controlar y mantener disponible la documentación y registros actualizados requeridos por el SGC.

Dentro de la planeación del proceso existen unos elementos de entrada que son todos los procesos del sistema de gestión de calidad, la Junta Directiva, las aseguradoras, los contratantes, entes reguladores, autoridades locales y nacionales y clientes, quienes suministran información al proceso de acuerdo a sus necesidades y funciones.

El proceso de Gestión Gerencial se apoya en nueve subprocesos que son la guía para el manejo de este proceso:

1. *Planificación del sistema:* consiste en la definición de los derroteros que seguirá la institución a corto, mediano y largo plazo. Se define la planificación del sistema y la planificación estratégica. Igualmente se definen modificaciones y actualizaciones tanto del sistema de gestión de calidad como de los procesos de la institución.
2. *Comunicaciones internas:* se define como se realizarán las comunicaciones dentro de la empresa.
3. *Provisión de recursos:* consiste en el estudio de las necesidades y la provisión de estas, que todos los procesos cuenten con los recursos suficientes y necesarios para la realización de sus funciones.
4. *Revisión por la Dirección:* consiste en la revisión por parte de la Junta Directiva de todos los asuntos de la Empresa; se revisan informes, conformidades y no conformidades, satisfacción del usuario entre otros asuntos que requiera la revisión por parte de esta autoridad.
5. *Revisión de requisitos del cliente:* consiste en la revisión de la contratación de los clientes de la institución; se determinan cuáles son los requisitos que necesita la empresa para contratar con sus clientes, se revisan requisitos de ley.
6. *Divulgación a los procesos involucrados de los requisitos aplicables:* consiste en la comunicación a los procesos de los requisitos que se deben cumplir para prestar el servicio.

7. *Establecimiento de modelos de atención:* consiste en la definición de la prestación del servicio cuando exista la necesidad. Se establece con cuantas personas se va a prestar éste y que horario se requiere para la prestación del mismo.
8. *Control de los documentos y de los registros de calidad:* consiste en el control de los registros y la documentación que se maneja dentro del sistema.
9. *Consolidación de información para los contratantes:* consiste en recaudar toda la información que se genera en la prestación del servicio, consolidarla y enviarla a los contratantes de acuerdo a sus solicitudes.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de forma estándar para efectuar las actividades referentes a la planeación de la empresa. Todo el proceso está orientado para ayudar al desarrollo de las actividades de manera ordenada y de acuerdo a los requisitos del cliente, la forma de llevar a cabo estas actividades, si bien, no garantiza la ejecución de las actividades de acuerdo a los requisitos y a la planeación, si dota a la clínica de herramientas que minimicen la ocurrencia de errores y el impacto de estos en la institución.

6.3.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otras particularidades.

El proceso de Gestión Gerencial tiene como principal responsable a la Directora Salud.

Específicamente, las responsables y las principales tareas realizadas están enmarcadas así:

Cuadro 4. Proceso de gestión gerencial.

Responsables	Principales tareas
Director salud Autoridad Inmediata: Junta directiva	Revisión de la documentación e informes referentes a los servicios de salud prestados. Participar en la toma de decisiones con respecto a la planeación del sistema, provisión de recursos, revisión de requisitos. Revisar si la planeación establecida se está cumpliendo dentro de la organización. (De acuerdo a los resultados). Plantear estrategias de mejora de acuerdo a las fallas presentadas.

Fuente: creado por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

6.3.1.3 Dirección.

Comunicación: la comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como, Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos y círculos o concejos primarios.

Motivación: la motivación empleada en la empresa y en el proceso, está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un

salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo: el liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos de la institución se basa en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia.

6.3.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las peñitas con respecto al proceso de Gestión Gerencial, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño de cada proceso e igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia, seguimientos y auditorías internas a las actividades realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que es responsable de presentar el indicador, sin embargo todas las personas o áreas que intervienen en el proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades.

En el caso puntual del proceso de Gestión Gerencial, la manera de realizar un control al proceso está trazada de la siguiente forma:

Cuadro 5. Indicadores del proceso Gestión Gerencial.

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Seguimiento a las mejoras establecidas	No de mejoras requeridas en la revisión por la dirección abiertas con seguimientos completos X100 /No de mejoras abiertas requeridas en la revisión por la dirección.	90%	Semestral	Asistente de Auditoria

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión Gerencial-Clinica las Peñitas.

Cuadro 6. Mecanismos de control del proceso Gestión Gerencial.

MECANISMO DE CONTROL	DESCRIPCION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Seguimiento del cumplimiento de las revisiones por la Dirección	Verificación de la realización de las reuniones de la Revisión por la Dirección dentro del mes siguiente a lo establecido.	Semestral	Asistente de Auditoria
Seguimiento de la medición de los indicadores de los objetivos generales de calidad	Verificación de consolidación de indicadores de procesos en indicadores de los objetivos de calidad	Semestral	Asistente de Auditoria
Seguimiento al control de documentos y registros del SGC.	Verificar la actualización y revisión de los documentos y registros de los procesos	Semestral	Asistente de Auditoria
Verificación de revisión de requisitos de los clientes con los cuales existe convenio.	Verificación de evidencia de revisión de los requisitos de los contratos establecidos.	Semestral	Asistente de Dirección Salud
Despliegue de los requisitos de los contratos.	Verificación del despliegue de los requisitos de los contratos a los responsables de las actividades requeridas para su desarrollo.	Semestral	Asistente de Dirección Salud
Seguimiento del cumplimiento de la oportunidad y adecuación en la recepción de información asistencial proveniente de prestadores y jefes de procesos de realización	Verificar el cumplimiento de la fecha de recepción de la información asistencial proveniente de los jefes de procesos	Mensual	Auditor Médico
Seguimiento al envío de información solicitada por contratantes	Verificación del envío de información completa y oportuna a los diferentes contratantes	Acorde con lo establecido con el contratante	Director salud

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión Gerencial-Clínica las Peñitas.

6.3.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en lo referente a este proceso es centralizada y limitada de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Gestión Gerencial, el responsable del proceso está en la capacidad de tomar decisiones con respecto al proceso, basado en la ley, sus responsabilidades, en las necesidades y prioridades de la institución.

El Director Salud, si bien es cierto que es el responsable de la toma de decisiones del proceso, no lo puede hacer de manera aislada y sin la intervención o consultoría del Gerente y el Director Administrativo, puesto que estos tres cargos son los que conforman el Comité Directivo y son los encargados de tomar las decisiones y asegurar el buen funcionamiento de los objetivos y políticas trazados en la empresa y en el proceso en particular.

6.3.2 Situación antes de la certificación

6.3.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas el proceso de planeación de las funciones y responsabilidades correspondientes a las actividades de Gestión Gerencial, estaban planeadas de forma tal que muchos de los subprocesos no se efectuaban o no estaban contemplados realizarlos, no existían muchas de las actividades que se desarrollan actualmente; tales como la revisión por la dirección, además de no encontrarse documentación debida de los modelos de atención.

6.3.2.2 Organización. Anteriormente la organización en esta área o departamento estaba a cargo de la misma persona con el mismo cargo, estando este trabajo a cargo de una sola persona la cual se regía de acuerdo a un manual de responsabilidades incompleto. No existían procedimientos escritos exactos y claros que guiaran el quehacer del cargo.

6.3.2.3 Dirección.

Comunicación: Anteriormente, la forma de comunicación que predominaba en este proceso era de manera informal, debido a que la mayoría de los asuntos se trataban verbalmente, no se empleaban formatos, solicitudes escritas, informes, reportes y cartas. Sin embargo utilizaban medios como teléfonos, memorandos y reuniones.

Motivación: La motivación empleada anteriormente en la empresa y en el proceso en particular estaba fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basaba principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: El liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se fundamentaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción.

6.3.2.4 Control. El control ejercido anteriormente en las actividades correspondientes a la Gestión Gerencial, era un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las acciones realizadas. Este control se ejercía en caso de que se presentara algún error en las actividades, no existía un seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.3.2.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en esta área de la empresa siempre ha sido limitada de acuerdo a las funciones y responsabilidades del cargo. En este caso específico las decisiones siempre han estado bajo la responsabilidad del Director Salud, anteriormente al momento de la toma de decisiones no intervenía el Gerente, ni el Director Administrativo. La toma de decisiones se daba en menor proporción, debido a que la persona encargada tenía menos actividades asignadas.

6.4 PROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS

6.4.1 Situación después de la certificación.

6.4.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Gestión Compras identificado con el código SSSSPR010, están planeadas para asegurar la óptima consecución de productos y servicios, y tiene como objetivo “Garantizar que los productos y servicios adquiridos satisfagan los requisitos de compra especificados, para asegurar el cumplimiento de los atributos de calidad en el servicio de salud”

Dentro de la planeación existen unos elementos de entrada que se constituyen en las solicitudes de las necesidades de insumos por parte de los diferentes procesos de la organización.

El proceso de Gestión de Compra se apoya en siete subprocesos que son la guía para el manejo de este proceso:

1. *Determinación de requisitos de compra de insumos o servicios:* consiste en determinar y definir cuáles son los requisitos y exigencias que debe tener el servicio que se va a adquirir y el proveedor quien lo va a suministrar.
2. *Selección de proveedores:* consiste en evaluar, observar e inspeccionar a los proveedores con los cuales se va a contratar y comprobar que cumplan con los requisitos establecidos por la institución para poder prestar el servicio.
3. *Adquisición de medicamentos:* consiste en recibir, revisar y comprar las solicitudes de las necesidades de medicamento que el proceso de

Gestión Farmacéutica envía. De igual manera seleccionar el proveedor que más se ajuste a la solicitud.

4. *Gestión de insumos odontológicos y laboratorio clínico:* consiste en recibir, revisar y comprar las solicitudes de las necesidades de insumos odontológicos y insumos de laboratorio que envía el laboratorio y el servicio de odontología. De igual manera seleccionar el proveedor que más se ajuste a la solicitud.
5. *Gestión de Otros Insumos:* consiste en recibir, revisar y comprar las solicitudes de las necesidades de insumos de equipos o servicios administrativos que envía el proceso de Gestión de la Infraestructura. De igual manera seleccionar el proveedor que más se ajuste a la solicitud.
6. *Recepción e inspección de Insumos:* se fundamenta en la revisión y verificación por parte del proceso o área que recibe el insumo o servicio, de que este cumpla con las especificaciones y exigencias solicitadas.
7. *Evaluación del desempeño de proveedores:* esta actividad se realiza simultáneamente con la recepción y verificación, debido a que en el momento que se reciben los insumos o servicios se va evaluando el cumplimiento de los requerimientos y exigencias del Insumo o servicio.

La realización de estas actividades da como resultado unos elementos de salida que se constituyen en bienes y servicios, comunicación de retroalimentación al proveedor evaluado y plan de mejora cuando aplique, así mismos facturas de compras o cuentas por suministros de servicio.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de manera estándar para realizar las actividades concernientes a la adquisición de insumos y servicios. Todo el proceso está orientado a asegurar que los procesos involucrados cuenten con los productos y servicios de acuerdo a unos requisito y de la mejor calidad. La forma de desarrollar estos procedimientos proporciona a la clínica los instrumentos necesarios para seleccionar y adquirir los mejores insumos, servicios y proveedores.

6.4.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otros aspectos.

El proceso de Gestión Compra tiene como principales responsables al Comité Directivo.

Específicamente, las responsables y las principales tareas realizadas están enmarcadas así:

Cuadro 7. Proceso de Gestión de Compra.

Responsables	Principales tareas
Comité Directivo	Planifica necesidades de servicio de salud y servicios administrativos.
Conformación:	Evalúa requisitos de proveedores y servicios.
✓ Gerente	Selecciona los proveedores a los que se le va a realizar la compra.
✓ Director Salud	Realizar compra de insumos o servicios
✓ Director Administrativo	Evaluación del cumplimiento de metas y objetivos
✓	Tratar temas a solicitud de la junta directiva
Actividades:	(informes financieros, informes de recursos
Reuniones Mensuales	

Autoridad Inmediata: Junta Directiva	humanos, informes acerca del Sistema de Gestión de Calidad). Evaluar el cumplimiento de los objetivos de la organización.
---	--

Fuente: creado por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

6.4.1.3 Dirección.

Comunicación: la comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como, Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos.

Motivación: la motivación empleada en la empresa y en el proceso en particular está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo: el liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se fundamenta en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia.

6.4.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las peñitas y el proceso de Gestión de Compra, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño de cada proceso e igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia,

seguimientos y auditorías internas a las actividades realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que es responsable de presentar el indicador, sin embargo todas las personas o áreas que intervienen en el proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades especificadas en cada subproceso, siendo estas evaluadas de manera indirecta.

En el caso particular del proceso de Gestión de Compra, el proceso de control esta dado de la siguiente manera:

Cuadro 8. Indicadores del proceso Gestión de Compra.

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Cumplimiento de especificaciones de ingreso por parte de los proveedores aprobados	No. De proveedores aprobados que cumplieron con los requisitos de ingreso en el porcentaje establecido x 100/ No. De a proveedores aprobados.	80%	Semestral	Director Salud. Subdirector Administrativo
Cumplimiento en la adquisición de medicamentos	No. De medicamentos recibidos x 100/No. De medicamentos requeridos.	80%	Mensual	Subdirector Administrativo
Proveedores de servicios de salud que calificaron buenos o excelentes durante el periodo	No de proveedores de servicios de salud que calificaron buenos o excelentes en el periodo x 100/ No total de proveedores de servicios de salud evaluados en el periodo.	50%	Anual	Director Salud
Proveedores de servicios y productos (diferentes de S. Salud) que calificaron buenos o excelentes durante el periodo	No de proveedores de servicios y productos (diferentes de S. Salud) que calificaron buenos o excelentes en el periodo x 100/ No total de proveedores de servicios y productos (diferentes de S. Salud) evaluados en el periodo.	70%	Semestral	Subdirector Administrativo
Indicador de Mejora	Sumatoria de los porcentajes de los aspectos evaluados del SGC.	60%	Trimestral	Asistente de auditoria

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión de Compra-Clínica las Peñitas.

Cuadro 9. Mecanismos de control del proceso de Gestión de Compra.

MECANISMO DE CONTROL	DESCRIPCION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Seguimiento de los resultados de evaluación del desempeño por proveedores de servicios e insumos	Verificación del cumplimiento de los planes de mejora o compromisos suscritos con los proveedores	Mensual	Subdirector Administrativo Asistente de auditoría médica
Seguimiento en el suministro de servicios o insumos a usuarios internos que tengan en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y cantidad.	Verificación de las características de calidad en la entrega de servicios o insumos a clientes internos.	Mensual	Subdirector Administrativo
Seguimiento en el cumplimiento de la oportunidad en la entrega de insumos por parte de los proveedores	Verificación del cumplimiento por los proveedores de la oportunidad en la entrega de productos y servicios. (Acorde con lo establecido en la orden de compra).	Mensual	Subdirector Administrativo
Seguimiento en el vencimiento de contratos con prestadores de servicios de Salud	Verificación del vencimiento de los contratos con prestadores de servicios de salud.	Mensual	Asistente de Dirección Salud
Cumplimiento en la adquisición de insumos hospitalarios	Verificar que las cantidades recibidas sean las requeridas oportunamente	Mensual	Subdirector Administrativo
Seguimiento a la documentación pendiente de prestadores	Seguimiento a la entrega de los documentos que han quedado pendientes por parte de los prestadores	Mensual	Asistente de Dirección Salud
Seguimiento a contratos pendientes y definición de inclusión de prestadores	Seguimiento a los contratos que se encuentran pendientes de firma por las partes y prestadores que no se les ha definido su inclusión como prestadores aprobados	Mensual	Asistente de Dirección Salud
Actualización de Habilitación de prestadores	Seguimiento al vencimiento de la vigencia de la habilitación de prestadores establecida por la dirección departamental de salud	Mensual	Asistente de Dirección Salud
Notificación de novedades de ingreso y egreso de prestadores	Seguimiento a la notificación de las novedades de ingreso y egreso de prestadores en el período	Mensual	Asistente de Dirección Salud
Seguimiento al cumplimiento del cronograma de evaluación	Verificación de la realización de las evaluaciones de prestadores programadas	Mensual	Asistente de auditoría médica

de prestadores	para un periodo.		
Auditoría interna	Verificación del cumplimiento de las actividades establecidas en el proceso	Acorde con lo establecido en el programa de auditorías	Auditor Líder del SGC

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión de Compra-Clínica las Peñitas.

6.4.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones es centralizada y limitada de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Gestión de Compra, las decisiones las toma el Comité Directivo, conducido por el Gerente de la institución, el cual tiene la facultad de decidir acerca de los manejos de los recursos tanto de salud como administrativos, la toma de decisiones por parte del Gerente está limitada por la Cámara de Comercio, debido a que se están tratando asuntos de manejo de recursos.

6.4.2 Situación antes de la certificación.

6.4.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas las actividades correspondientes al área o departamento de compras no estaban planificadas, no existían criterios definidos para la adquisición de insumos y servicios, no existían estándares de requisitos de proveedores, no se realizaban evaluaciones a los proveedores, los requerimientos se hacían de manera subjetiva, no se manejaba ningún tipo de formato.

6.4.2.2 Organización. Anteriormente estas actividades estaban a cargo del Comité Directivo, conformado por el Gerente, el Director de Salud y el Director Administrativo. Encargados de identificar las necesidades del servicio de salud y administrativo y revisar informes de las otras áreas de la organización. Realizando reuniones mensuales y con autoridad inmediata de la Junta Directiva.

6.4.2.3 Dirección.

Comunicación: anteriormente, la forma de comunicación que predominaba en esta área, era de manera informal, debido a que la mayoría de los asuntos se trataban verbalmente, no se empleaban formatos, solicitudes escritas, informes, reportes y cartas. Sin embargo utilizaban medios como teléfonos, memorandos y reuniones.

Motivación: la motivación empleada anteriormente en la empresa y en el proceso, estaban fundamentados en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: el liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se fundamentaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción.

6.4.2.4 Control. El control ejecutado anteriormente en esta área, consistía en un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las actividades. Este control se ejercía en caso de que se presentara algún error en las actividades, no existía un seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.4.2.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en esta área de la empresa siempre ha sido limitada de acuerdo a las funciones y responsabilidades del cargo. En este caso específicamente las decisiones siempre han estado al mando del Comité Directivo, encargado de tomar decisiones en cuanto al manejo de recursos tanto de insumos como de

servicio. Y siempre ha estado limitado o supervisado por la Cámara de Comercio.

6.5 PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

6.5.1 Situación después de la certificación.

6.5.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Gestión de la Infraestructura identificado con el código SSSSPR014, están planeadas para garantizar que los empleados tengan de manera oportuna en buen estado todos los instrumentos y equipos para realizar sus labores, los objetivos del proceso están trazados de la siguiente forma: 1) Mantener en buenas condiciones los equipos e instalaciones con los cuales se desarrolla los procesos de la institución. 2) Garantizar la oportunidad en la reparación de las averías presentadas en los equipos e instalaciones de la institución. 3) Garantizar la entrega oportuna de los suministros requeridos para el normal desarrollo de los diferentes procesos.

Dentro de la planeación existen unos elementos de entrada que se constituyen en las solicitudes por parte de los departamentos o procesos para la reparación y mantenimiento de equipos e instalaciones de la institución e igualmente la necesidades de suministros.

El proceso de Gestión de la Infraestructura se apoya en cuatro subprocesos que son la guía para el manejo de este proceso:

1. *Mantenimiento preventivo:* consiste en la revisión y posible reparación de los equipos e instrumentos que la gente tiene para trabajar, verificar que los elementos de trabajo estén en buenas condiciones,

además que estén de acuerdo a unos requisitos de ley que debe tener cada área.

2. *Mantenimiento correctivo*: consiste en revisión y reparación, de equipos e instrumentos que presentan alguna avería o daño, para que estén aptos para la atención del paciente y para el uso que le dan los empleados.
3. *Calibración y verificación de equipos de medición*: consiste en realizar una programación (calibración y verificación) a cada uno de los equipos que lo requiera, esta se realiza dependiendo la frecuencia programada de cada equipo y su periodicidad de mantenimiento.
4. *Gestión de suministros*: consiste en la definición o determinación de las cantidades de suministros (equipos de oficina, equipos médicos, entre otros) que requiere la institución para la prestación del servicio y el envío de la solicitud de requerimientos de estos al proceso e gestión de compra para que los adquiera.

La realización de estas actividades da como resultado unos elementos de salida que se constituyen en los equipos e instalaciones en buenas condiciones, suministros y equipos calibrados y verificados.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de manera estándar para realizar las actividades concernientes a la reparación y mantenimiento de los equipos de la institución y a los suministros. Todo el proceso está orientado a que las persona de la institución cuenten con los equipos y herramientas necesarios para realizar su trabajo. La forma de efectuar estos procedimientos si bien no garantiza la

no avería o daño de algún instrumento de trabajo, si proporciona a la clínica los instrumentos necesarios para minimizar el impacto de ocurrencia de estos.

6.5.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otros aspectos.

El proceso tiene como principal responsable al Asistente Administrativo.

Específicamente, las responsables y las principales tareas realizadas están enmarcadas así:

Cuadro 10. Proceso de Gestión de la Infraestructura.

Responsables	Principales tareas
Asistente Administrativo Jefe Inmediato: Subdirector Administrativo	Análisis y recolección de la información Pasar informes. Realizar mejoras al proceso. Proyectar el proceso y analizarlo, de ver que se puede reforzar.

Fuente: Creada por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

6.5.1.3 Dirección.

Comunicación: la comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como,

Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos, entre otros.

Motivación: la motivación empleada en la empresa está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo: el liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se basa en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia.

5.4.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las peñitas, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño de cada proceso e igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia, seguimientos y auditorías internas a las acciones realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que es responsable de presentar el indicador, sin embargo todos los integrantes del proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades especificadas en cada proceso.

En el caso particular del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo, el proceso de control esta dado de la siguiente manera:

Cuadro 11. Indicadores del proceso Gestión de la Infraestructura.

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	MET A	PERIODICIDA D	RESPONSABL E
Nivel de cumplimiento de los mantenimientos correctivos solicitados.	No. De mantenimientos correctivos realizados en el periodo x 100/ No. De mantenimientos correctivos solicitados	95%	Trimestral	Asistente Administrativo
Cumplimiento de la oportunidad en la realización de mantenimientos correctivos.	No. De mantenimientos correctivos realizados oportunamente x 100/No. De mantenimientos correctivos solicitados en el periodo.	80%	Mensual	Asistente Administrativo
Nivel de cumplimiento del programa de mantenimientos preventivos.	No. De mantenimientos preventivos realizados en el periodo x 100/ No. De mantenimientos preventivos programados.	95%	Mensual	Asistente Administrativo
Cumplimiento de la oportunidad en la entrega de suministros	No. De pedidos entregados oportunamente x 100 / No. Total de pedidos solicitados	70%	Mensual	Asistente Administrativo
Indicador de mejora	Sumatoria de los porcentajes de los aspectos evaluados del SGC.	60%	Trimestral	Asistente Administrativo

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión de la Infraestructura-Clínica las Peñitas.

6.5.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones es centralizada y limitada de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Gestión de la Infraestructura, la responsable del proceso está en la capacidad de tomar decisiones con respecto al proceso, y se toma bajo criterios de experiencia y necesidades y prioridades de la institución. Estas decisiones son interconsultadas con el gerente o con el Director Salud en el caso que lo requiera.

6.5.2 Situación antes de la certificación.

6.5.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas el proceso de planeación de las funciones y responsabilidades correspondientes a las actividades de Infraestructura se realizaba de una forma incontrolable, no estaban planeadas las actividades y se realizaban conforme se presentaban, sin criterios de oportunidad y respuesta. No se llevaba a cabo procedimientos que guiaran el quehacer del área y no existían estándares para la ejecución este proceso en particular.

6.5.2.2 Organización. Anteriormente la organización en esta área o departamento era muy disgregada, no existía una persona que respondiera acerca del área. Existían personas que realizaban estas labores pero ninguna que tuviera la dirección de este. No existían procedimientos escritos completos y claros que guiaran el quehacer de un cargo.

6.5.2.3 Dirección.

Comunicación: anteriormente, la forma de comunicación que predominaba era de manera informal, debido a que la mayoría de los asuntos se trataban verbalmente, no se empleaban formatos, solicitudes escritas, informes, reportes y cartas. Sin embargo utilizaban medios como teléfonos, memorandos y reuniones.

Motivación: la motivación empleada anteriormente en la empresa estaba fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: el liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se basaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción.

6.5.2.4 Control. El control ejercido anteriormente era un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las actividades. Este control se ejercía en caso de que se presentara algún error en las actividades, no existía un seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.5.2.5 Toma de decisiones. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas en las actividades concernientes a la gestión de Infraestructura, como no existía un responsable, la toma de decisiones estaba en una mayor proporción a manos de la alta gerencia, quien era la encargada de tomar las decisiones importantes acerca de esta área.

6.6 PROCESO DE GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

6.6.1 situación después de la certificación

6.6.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Gestión del Recurso Humano identificado con el código SSSSPR015, están planeadas para provisión de requerimientos del personal, y tiene como objetivo “Seleccionar, mantener y desarrollar un conjunto de personas con habilidades, formación, motivación y satisfacción suficientes para conseguir los objetivos de la organización”.

Dentro de la planeación del proceso existen unos elementos de entrada que son todos los procesos del sistema de gestión de calidad, quienes

suministran las solicitudes o requerimientos de personal de planta, información relacionada con el personal y necesidades de competencia específica para el recurso humano del proceso.

El proceso de Gestión del Recurso Humano se apoya en ocho subprocesos que son la guía para el manejo de este proceso:

1. Identificación de competencias de recurso humano:

Objetivo: identificar las competencias de acuerdo a los cargos que están en la organización y a los nuevos que se vayan creando, cuales son las competencias que las personas deben tener para ese cargo.

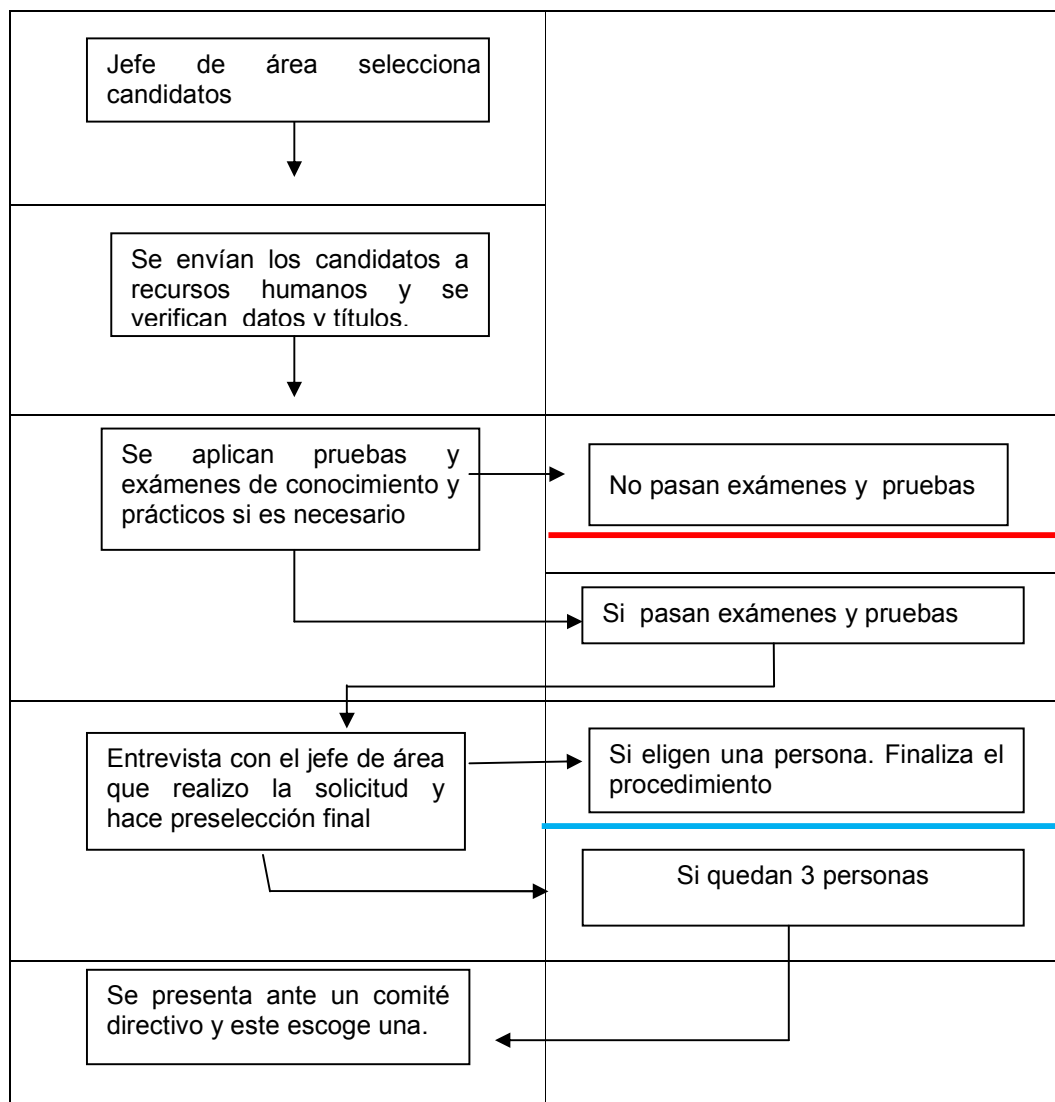
Las competencias en cuanto a educación, formación, habilidades y experiencia requerida para desempeñar el cargo.

2. Selección de personal:

Objetivo: Garantizar que el talento humano que ingresa a la institución, cumpla con las competencias, habilidades y experiencia exigidas por el cargo.

Cuadro 12. Procedimiento de selección de personal.

Actividad	Descripción
No se requerirá de todas las actividades cuando la persona ya haya laborado aquí con anterioridad en la institución. ↓	Si hay un vacante y hay una persona dentro de la institución que está capacitada y cumple con los requisitos y las competencias en el cargo, no es necesario cumplir con todas las actividades del procedimiento.
Determinar la necesidad de personal ↓	Regularmente quienes determinan esas necesidades son los jefes de área, ellos plantean la necesidad de una persona para determinado cargo, y se le hace la solicitud al área de recursos humanos.
¿Se requiere hoja de vida? ↓ No: persona trabaja en la empresa Si: Persona por fuera de la	No: persona trabaja en la empresa Si: Persona por fuera de la
Solicita hoja de vida a recursos humanos ↓ Recursos humanos consulta banco de hojas de vida y recibe nuevas. ↓	
Recursos humanos pre-selecciona hoja de vida de acuerdo al perfil. ↓	
Las hojas de vida preseleccionadas se envía al jefe de área que realizo la solicitud ↓	



Fuente: creado por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

3. Inducción de personal:

Objetivo: buscar la adaptación y ambientación inicial del nuevo funcionario a la empresa y al ambiente específico donde va a trabajar.

El subproceso de inducción de personal cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) Se diligencia una hoja de ruta: documento donde están descritas todas las actividades que contempla en procedimiento de inducción de personal y cada una de las actividades tiene un responsable. Entre estas actividades están:
- b) Presentar al nuevo empleado el marco institucional y los aspectos contractuales: se le explica la misión, la visión, los aspectos contractuales; en qué consiste su contrato, durante cuánto tiempo es su contrato, cual es su periodo de prueba, cuánto va a ganar, cual es su horario de trabajo, entre otros aspectos.
- c) Realizar un recorrido por las instalaciones, para que conozca las tres (3) sedes de la clínica, y al personal que trabaja en la institución. Esta actividad está a cargo del jefe de Recursos Humano o del jefe inmediato del nuevo empleado. Se le presentan jefes y compañeros.
- d) Comunicar a los funcionarios que participan en la inducción: por ejemplo el asistente de salud ocupacional, que se encarga de explicarles todo lo que es el reglamento de higiene y seguridad industrial y salud ocupacional, normas de bioseguridad.
- e) Charlas del gerente, el defensor del usuario y encargado del sistema de gestión de calidad: regularmente se cita al personal nuevo en una fecha y el gerente se encarga de darle una charla. En esta charla se tratan temas como la presentación del marco institucional, reglamento interno de trabajo, procedimientos administrativos concernientes al recurso humano. El defensor del usuario se encarga de dar una charla sobre atención cálida, amable y humanizada. Así mismo, se les habla

acerca del Sistema de Gestión de Calidad, en qué consiste, cuales son los procesos certificados, entre otros.

4. Formación:

Objetivo: desarrollar o fortalecer las habilidades y enriquecer el conocimiento de los trabajadores para el desempeño óptimo de sus responsabilidades o de sus funciones como tal.

El subproceso de formación cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) Los jefes de proceso o el comité de calidad reportan al área de Recursos Humanos la necesidad de capacitación.
- b) Recursos Humanos analiza y aprueba esas propuestas, las registra y las programa semestralmente.
- c) Después de realizada la capacitación, la jefe de Recursos Humanos evalúa la eficacia de la capacitación.
- d) Se registran los resultados de la evaluación en un aplicativo y se hace un seguimiento.

5. Evaluación de desempeño:

Objetivo: realizar las mediciones de las competencias, habilidades, destrezas y cumplimiento de las funciones de todo el recurso humano de la institución, con el fin de garantizar el mejoramiento continuo y lograr la consecución de los objetivos de la organización.

El subproceso de evaluación del desempeño cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) Recursos Humanos hace un cronograma de evaluación para todas las personas vinculadas en la institución. Mensualmente se revisa el cronograma para verificar a que personas le corresponde evaluación.
- b) Posteriormente se le informa a los jefes por medio de un comunicado por escrito indicando a las personas que les corresponde la evaluación de desempeño.
- c) Por medio de un formato ya establecido que se encuentra en la intranet de la institución, los jefes de dependencia encargados del personal que le corresponde la evaluación, proceden a coordinar el tipo de evaluación y posteriormente a realizarla.
- d) Después de realizarla, procede a evaluarla teniendo en cuenta unas escalas y unas competencias específicas; es decir, aplica los instrumentos de verificación de la evaluación y se le asigna una calificación parcial.
- e) Se hace la pregunta: ¿Requiere plan de mejoramiento?
 - ♦ Si la persona obtuvo una puntuación satisfactoria, no es necesario realizar un plan de mejoramiento.
 - ♦ Si la persona obtuvo una puntuación desfavorable en la evaluación, es necesario establecer conjuntamente con la

persona un plan de mejoramiento, con un periodo definido, dirigido a las actividades o a los aspectos deficientes.

- f) La evaluación, se envía a los jefes de área, ellos la revisan y asignan una calificación definitiva.
- g) Las evaluaciones se presentan ante un Comité de Personal en el cual participan los dos jefes de área, el Subdirector Administrativo y el Jefe de Recursos Humanos. En este comité se estudian todas las evaluaciones realizadas y se tratan cada caso en específico.

Estas evaluaciones son importantes porque muchas veces del resultado de estas depende la permanencia o no de una persona en la institución. Las evaluaciones van ligadas a las renovaciones de los contratos y la necesidad de personal.

6. Elaboración de Nomina:

Objetivo: garantizar la elaboración correcta, segura y oportuna de la nomina.

El subproceso de elaboración de nomina cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) Los jefes de área remiten a recursos humanos las novedades referentes a los horarios (permisos, incapacidades, licencias, vacaciones, entre otros).
- b) Recursos Humanos lo revisa, si encuentra alguna inconsistencia se devuelve al jefe de área para que lo corrija.

- c) Las novedades ya corregidas y revisadas se ingresan a un software y se imprime la nomina con todos los soportes de las novedades (permisos, incapacidades, licencias, vacaciones, entre otros). Y con la liquidación de los aportes y seguridad social.
- d) Se envía al Director Salud, donde se revisa y la aprueba.
- e) Se envía al Gerente, quien la revisa y la aprueba.
- f) Se envía por ultimo al Jefe Financiero y este es el encargado de realizar las transacciones para el pago de la nomina.

7. Entrenamiento y Entrega / Recibo de cargos:

Objetivo: garantizar la continuidad y entrenamiento en las actividades propias de cada cargo, ante los eventuales cambios de personas responsables del mismo.

En la institución existe un estándar de entrenamiento para cada cargo, en este están consignadas las actividades en la cual debe ser entrenado el personal que ingresa a ese cargo, el encargado de realizar el entrenamiento y las actividades críticas del cargo y los riesgos del cargo en caso de que no exista un buen entrenamiento.

El subproceso de entrenamiento y entrega / recibo de cargos cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) El jefe de proceso, le presenta a la persona el estándar de entrenamiento, el manual de responsabilidades y los procesos y procedimientos en los que participará. Establece en conjunto con la persona el cronograma de entrenamiento.

- b) El Director Salud y el Gerente aprueban el estándar y lo firman al igual que las personas involucradas en el entrenamiento.
- c) Se inician las labores de entrenamiento.
- d) Si hay que entregar el cargo, se realiza un acta donde la persona que deja el cargo, entrega los equipos y herramientas de trabajo, y las tareas, actividades e informes pendientes. (esta actividad se hace tanto para reemplazos como para nuevos ingresos).

8. Personal en entrenamiento con convenio Docente – Asistencial:

Objetivos:

- ◆ Garantizar que el entrenamiento de los estudiantes no impacte negativamente en la institución y en los usuarios y cumplir con la normatividad legal vigente.
- ◆ Garantizar el buen entrenamiento del estudiante.
- ◆ Facilitar el aprendizaje del estudiante en sus prácticas.

El subproceso de personal de entrenamiento con convenio docente asistencial cuenta con un procedimiento que se desarrolla de la siguiente manera:

- a) Se recibe la solicitud de la universidad o de la entidad educativa.
- b) La solicitud se remite a un Comité Docente-Asistencial, conformado por representantes de la institución educativa y representantes de la clínica. En este comité se verifican requisitos legales.

- c) El gerente hace una inducción.
- d) Se realiza una evaluación de la práctica, dirigida por la persona encargada del área donde se encuentra el estudiante realizando la práctica.

NOTAS:

- ♦ Debe existir el convenio docente asistencial con la institución educativa.
- ♦ Debe existir el programa de prácticas formalmente establecido en la institución educativa.
- ♦ Los participantes del proceso deben conocer y cumplir los objetivos, metas y requerimientos de las actividades a desarrollar.
- ♦ Debe existir el plan de trabajo para el programa específico. Y utilizar el formato que tiene la clínica para la evaluación de la práctica.

La realización de estas actividades da como resultado unos elementos de salida que se constituyen personal contratado competente, evaluaciones de desempeño, plan de capacitación, información y novedades del personal y estudiante entrenado.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de manera estándar para realizar las actividades concernientes a la selección, mantenimiento y desarrollo del personal de la institución. Todo el proceso está orientado para ayudar en la contratación y desarrollo de personal con las mejores competencias. La forma de desarrollar estos

procedimientos si bien, no garantizan la escogencia del mejor personal, si dota a la Clínica de herramientas que minimicen el impacto o la ocurrencia de errores en la contratación y el desarrollo del personal.

6.5.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otros aspectos.

El proceso de Gestión del Recurso Humano tiene como principal responsable al Jefe de Recursos Humanos.

Específicamente, las responsables y las principales tareas realizadas están enmarcadas así:

Cuadro 13. Proceso de gestión del recurso humano.

Responsables	Principales tareas
Jefe de Recursos Humanos Autoridad Inmediata: ✓ Subdirector Administrativo ✓ Gerente	Consular banco de hojas de vida y hacer preselección de estas de acuerdo al perfil. Verificar datos y títulos de las personas preseleccionadas. Presentar al nuevo empleado y realizarle un recorrido por la institución. Aprobar y programar propuestas de capacitación. Realizar las evaluaciones de la capacitación. Realizar cronograma de las evaluaciones de desempeño. Realiza los planes de mejoramiento. Conforma el comité de personal Elabora la nomina.

Fuente: Creada por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

6.6.1.3 Dirección.

Comunicación: La comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como, Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos.

Motivación: la motivación empleada en la empresa está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo: el liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se basa en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia.

6.6.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las Peñitas, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño de cada proceso e igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia, seguimientos y auditorías internas a las actividades realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que es responsable de presentar el indicador, sin embargo todas las personas o áreas que intervienen en el proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades.

En el caso particular del proceso de Gestión del Recurso Humano, el proceso de control esta dado de la siguiente manera:

Cuadro 14. Indicadores del proceso de Gestión del Recurso Humano.

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Cumplimiento del cronograma de evaluación del desempeño	N° de Evaluaciones de Desempeño realizadas x 100/N° de Evaluaciones de Desempeño programadas.	95%	Trimestral	Jefe de recursos humanos
Funcionarios con desempeño bueno o excelente en el periodo	No. De funcionarios que calificaron como buenos o excelentes en el periodo. X 100/ No. De funcionarios evaluados en el periodo.	65%	Anual	Jefe de recursos humanos
Cumplimiento en la realización de los programas de capacitación	N° de capacitaciones realizadas x 100/N° de capacitaciones programadas.	80%	Semestral	Jefe de recursos humanos
Cumplimiento de los planes de acción.	N° de los Planes de Acción cumplidos por parte del funcionario x 100/N° de los Planes de Acción establecidos.	60%	Trimestral	Jefe de recursos humanos
Indicador de mejora	Sumatoria de los porcentajes de los aspectos evaluados del SGC.	60%	Trimestral	Asistente de Auditoria

Fuente: Fuente: Caracterización del proceso de Gestión del Recurso Humano -Clínica las Peñitas.

Cuadro 15. Mecanismos de control del proceso de Gestión del Recurso Humano.

MECANISMO DE CONTROL	DESCRIPCION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Cumplimiento en el Entrenamiento y entrega y recibo de cargos	Verificación del cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento.	Bimestral	Jefe de recursos humanos
Seguimiento a la evaluación de la eficacia de las capacitaciones.	Verificar que los responsables realicen la evaluación de la eficacia de las capacitaciones realizadas por ellos	Mensual	Jefe de recursos humanos

Seguimiento a la realización de las evaluaciones de habilidades del personal	Verificar la realización de la evaluación a las habilidades del personal que se requiera.	Trimestral	Jefe de recursos humanos
Seguimiento al cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley.	Verificar la actualización y revisión de los requisitos legales aplicables para el personal de la institución.	Semestral	Jefe de recursos humanos
Revisión al correcto diligenciamiento de los documentos que se anexan en las hojas de vida.	Verificar que los documentos que se anexan a las hojas de vida que tuvieron manejo en el período se encuentren diligenciados en forma correcta y completa.	Mensual	Jefe de recursos humanos
Seguimiento al cumplimiento de las actividades del procedimiento de inducción y de las actividades pendientes del estándar de entrenamiento.	Verificación del cumplimiento de las actividades del procedimiento de inducción y de las del estándar de entrenamiento.	Bimestral	Jefe de recursos humanos
Auditoría interna	Verificación del cumplimiento de las actividades establecidas en el proceso	Acorde con lo establecido en el programa de auditorías	Auditor Líder del SGC

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión del Recurso Humano-Clinica las Peñitas.

6.6.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones es centralizada y limitada de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Gestión del Recurso Humano, la responsable del proceso está en la capacidad de tomar decisiones con respecto al proceso, basado en sus responsabilidades y en las necesidades y prioridades de la institución. Las decisiones específicas en cuanto a contratación, aumento, asignación de salario se toman en conjunto con el jefe de área.

6.6.2 Situación antes de la certificación.

6.6.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas el proceso de planeación de las funciones y responsabilidades correspondientes a las actividades de Recursos Humanos, estaban planeadas de forma tal que

mucho de los subprocesos y procedimientos no se cumplían o no estaban contemplado realizarlos, no existían muchas de las actividades que se desarrollan actualmente, tales como la evaluación de desempeño y las que existían como la capacitación y la inducción se realizaban de forma informal sin ningún parámetro a seguir.

6.6.2.2 Organización. Anteriormente la organización en esta área o departamento estaba a cargo de una sola persona, la cual se guiaba de acuerdo a un manual de responsabilidades que no estaba completo y no especificaba las actividades a seguir. No existían procedimientos escritos completos y claros que guiaran el quehacer de un cargo.

6.6.2.3 Dirección.

Comunicación: anteriormente, la forma de comunicación que predominaba era de manera informal, debido a que la mayoría de los asuntos se trataban verbalmente, no se empleaban formatos, solicitudes escritas, informes, reportes y cartas. Sin embargo utilizaban medios como teléfonos, memorandos y reuniones.

Motivación: la motivación empleada anteriormente en la empresa estaba fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: El liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de la institución se basaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción.

6.5.2.4 Control. El control ejercido anteriormente era un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las actividades. Este control se ejercía en caso de que se presentara algún error en las actividades, no existía un seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.6.2.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en esta área de la empresa siempre ha sido limitada de acuerdo a las funciones y responsabilidades del cargo. En este caso específicamente las decisiones siempre han estado a cargo del Jefe de Recursos Humanos. Anteriormente, la toma de decisiones se daba en menor proporción, debido a que la persona encargada tenía menos actividades que realizar.

6.7 PROCESO DE GESTIÓN DEL AMBIENTE DE TRABAJO

6.7.1 Situación después de la certificación.

6.7.1.1 Planeación. En la Clínica Las Peñitas, todas las actividades del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo identificado con el código SSSSPR016, están planeadas para garantizar que los empleados cuenten con las condiciones optimas para cumplir sus labores, y tiene como objetivo “Gestionar el ambiente de trabajo buscando que se creen condiciones favorables para el buen desempeño de los procesos de la organización”.

Este proceso tiene unos elementos de entrada que constituyen el insumo principal de la institución, el cual permite disponer de información relevante acerca de las condiciones del ambiente de trabajo en donde se desarrolla cada proceso y los requisitos.

El proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo se apoya en cuatro subprocesos que son la guía para el manejo de este proceso y la respuesta a los elementos de entrada.

1. *Inspección de condiciones laborales*: consiste en visitar los puestos de trabajo y verificar con una lista de chequeo las condiciones actuales que tiene cada puesto.
2. *Determinación de deficiencias en las condiciones laborales (Análisis y Recomendaciones)*: de las visitas realizadas a cada puesto se observan y registran las fallas y de acuerdo a estas, se genera un informe, que contiene el análisis de las fallas y las recomendaciones de mejora, el informe es comunicado o retroalimentado a los jefes del proceso que se inspecciona y a la Gerencia, para que cada uno se encargue de las actividades de mejora que le correspondan.
3. *Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO)*: este organismo se encarga de las investigaciones de los accidentes de trabajo y de inspecciones, vela por la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de salud ocupacional, realiza sugerencias para tomar medidas preventivas para que los accidentes no se presenten o se minimice la ocurrencia de estos, asesora a la alta dirección para las mejoras de puestos de trabajo. El Comité Paritario de Salud Ocupacional está integrado por dos representante de los trabajadores y dos representantes de la empresa (Resolución 2013). Este es también llamado Comité de Higiene y Seguridad Industrial en las empresas.

4. *Manejo del Programa de Salud Ocupacional:* entre sus principales funciones se encuentra; llevar las estadísticas y la gestión del programa de salud ocupacional (actividades de prevención y promoción), manejar el sistema de vigilancia epidemiológica para cargas y posturas y pausas activas.

Al realizar de manera eficiente estos subprocesos, la institución podrá tener uno resultados (elementos de salida), acorde al objetivo del proceso, que en este caso particular serian: Información sobre condiciones del ambiente laboral, retroalimentación y orientación acerca del manejo de riesgo laboral, divulgación de las normas de bioseguridad, manejo de desechos y seguridad industrial.

Conforme a lo documentado y tomando como base la observación realizada en la Clínica Las Peñitas, se constata que estos procedimientos se llevan a cabo de manera estándar para realizar las actividades concernientes al programa de salud ocupacional y seguridad industrial. Todo el proceso está orientado a la vigilancia y promoción de condiciones laborales optimas. La forma de efectuar estos procedimientos si bien no garantiza la ocurrencia de algún accidente de trabajo, si dota a la clínica de herramientas que minimicen la no ocurrencia de estos dentro de los puestos de trabajo.

5.4.1.2 Organización. Las actividades y responsabilidades del personal que labora en la organización están establecidas en un manual de responsabilidades donde se encuentran puntualizados todos los aspectos correspondientes al cargo; tales como la descripción básica del cargo, objetivos del cargo, funciones básicas, personal relacionado con el cargo y el perfil del cargo, entre otros aspectos.

El proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo tiene como principales responsables al Coordinador de Salud Ocupacional y el Asistente de Salud Ocupacional.

Específicamente, los responsables y las principales tareas realizadas están enmarcados así:

Cuadro 16. Proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo.

Responsables	Tareas asignadas
Coordinador de Salud Ocupacional. Jefe Directo: Coordinación Médica.	Inspecciona condiciones laborales. Determina deficiencias en las condiciones laborales Genera Informe. Realiza recomendaciones. Lleva estadísticas del programa de Salud Ocupacional. Realiza actividades de Promoción y prevención.
Asistente de Salud Ocupacional. Jefe inmediato: Coordinador de Salud Ocupacional.	Llevar el informe del porcentaje de cumplimiento de las normas de bioseguridad, el Índice de satisfacción del cliente con relación a su ambiente laboral y los Indicadores de mejora. Verificar que las inspecciones programadas se realicen en las fechas establecidas Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora.
Comité Paritario de Salud Ocupacional. Conformación: Dos representantes de los trabajadores y dos representantes de la empresa. Autoridad: Coordinación Médica. Fecha de reunión: Semestral.	Investiga los accidentes de trabajo. Realiza inspecciones. Vela por la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de salud ocupacional. Realiza sugerencias para tomar medidas preventivas. Asesora a la alta dirección para las mejoras de puestos de trabajo.
Médico especialista en Salud Ocupacional. Jefe inmediato: Coordinación Médico.	Coordina las actividades de medicina preventiva y de trabajo.

Fuente: Creada por la autora del presente proyecto con datos suministrados por la Clínica las Peñitas.

Existe apoyo de otras aéreas como psicología, psicoterapia, fisioterapia, apoyo convenio docente-asistenciales (Universidad de Sucre y otras corporaciones).

6.7.1.3 Dirección.

Comunicación: La comunicación dentro del proceso es formal, dado que el mensaje se origina de algún integrante de la organización en determinado nivel jerárquico a otro nivel jerárquico, y se utilizan medios tales como, Intranet, teléfonos, informes, reportes, cartas, reuniones, circulares, memorandos, entre otros.

Motivación: la motivación empleada en la empresa está fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo, incluyendo también aspectos como un salario adecuado y puntual, rotaciones, capacitaciones, buen trato con los empleados y superiores e igualmente beneficios sociales y culturales a los empleados.

Liderazgo: el liderazgo ejercido por parte de los diferentes jefes o directivos de la institución se basa en un liderazgo orientado a la tarea y la acción, donde prima la disciplina y el cumplimiento de las funciones con eficacia.

6.7.1.4 Control. El proceso de control que lleva a cabo la Clínica Las Peñitas, es un control basado en resultados, dado que existen indicadores que miden el desempeño de cada proceso, igualmente llevan a cabo verificaciones, inspecciones, vigilancia, seguimientos y auditorías internas a las actividades realizadas en cada proceso. El control se realiza de forma posterior a la ejecución de la actividad y es medido en un periodo

determinado, de acuerdo a la importancia y prioridad de la actividad. Existe una persona que responsable de presentar el indicador, sin embargo todos los integrantes del proceso están en la obligación de hacer cumplir las actividades especificadas en cada proceso.

En el caso particular del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo, el proceso de control esta dado de la siguiente manera:

Cuadro 17. Indicadores del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo.

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Porcentaje de cumplimiento de las normas de Bioseguridad.	N° de registros cumplidos *100/N° de requisitos revisados de acuerdo con el formato establecido.	Semestral	Asistente de Salud Ocupacional
Índice de satisfacción del cliente con relación a su ambiente laboral.	Promedio de los porcentajes de satisfacción obtenidos en las diferentes aéreas de la institución.	Bienal	Asistente de Salud Ocupacional
Indicador de mejora	Sumatoria de los porcentajes de los aspectos evaluados del SGC	Trimestral	Asistente de Salud Ocupacional

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo-Clinica las Peñitas.

Cuadro 18. Mecanismos de control del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo.

MECANISMOS DE CONTROL	DESCRIPCION	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Cumplimiento del cronograma de inspección del ambiente de trabajo.	Verificar que las inspecciones programadas se realicen en las fechas establecidas.	Mensual	Asistente de Salud Ocupacional
Planes de mejora como resultado de la satisfacción del cliente interno.	Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora como resultado de las evaluaciones de satisfacción del cliente interno- clima laboral.	Semestral	Asistente de Salud Ocupacional

Fuente: Caracterización del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo -Clinica las Peñitas.

6.7.1.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones es centralizada y limitada de acuerdo a sus funciones y responsabilidades, respetando una jerarquía debidamente establecida. En el caso particular del proceso de Gestión del Ambiente de Trabajo, las decisiones están en cabeza de la alta dirección que es la encargada de responder ante la ley por lo referente a la Salud Ocupacional y la Seguridad industrial. De esta manera las personas responsables del proceso solo se encargan de realizar sugerencias y de ser un apoyo a la dirección.

6.7.2 Situación antes de la certificación.

6.7.2.1 Planeación. Anteriormente en la Clínica Las Peñitas el proceso de planeación de las actividades correspondiente al Ambiente de Trabajo se realizaba de una forma diferente al que se realiza actualmente; se llevaban a cabo las actividades de Inspección y los Comités Paritarios de Salud Ocupacional debido a que la empresa está obligada por ley.

Las inspecciones se llevaban a cabo por los mismos jefes de proceso y estos no eran objetivos con las respuestas y el resultado de estas, se hacían en un formato más amplio y complicado.

El Comité Paritario de Salud Ocupacional ha realizado básicamente las mismas labores ya que así lo establece la ley.

6.7.2.2 Organización.

Anteriormente, existía una sola persona a cargo de las actividades del departamento. No tenía apoyo de ninguna otra área de la organización. . No existían procedimientos escritos completos y claros que guiaran el quehacer de un cargo.

6.7.2.3 Dirección.

Comunicación: anteriormente, la forma de comunicación se daba de manera formal, debido a que la mayoría de los asuntos referentes a esta actividad se trataban de manera escrita utilizando formatos, informes, reportes, cartas, teléfonos, memorandos y reuniones.

Motivación: la motivación empleada anteriormente en la empresa estaba fundamentada en los factores que la institución le puede proporcionar a la persona para realizar sus labores de manera satisfactoria. Se basa principalmente en el mantenimiento de las buenas condiciones físicas y ambientales en el lugar de trabajo y un salario puntual.

Liderazgo: el liderazgo ejercido anteriormente por parte de los diferentes jefes o directivos de en la institución se basaba en un liderazgo orientado a la tarea y la acción.

6.7.2.4 Control. El control ejercido anteriormente era un control posterior a la ejecución de la actividad, no existían indicadores, ni mecanismos de control, que monitorearan el cumplimiento de las actividades. Este control se ejercía en caso de que se presentara alguna falla en la realización de las actividades, no existía un seguimiento a estos actos, ni se tomaban acciones correctivas acerca del evento.

6.7.2.5 Toma de decisiones. La toma de decisiones en esta área de la empresa siempre ha sido limitada de acuerdo a las funciones y responsabilidades del cargo. En este caso específicamente las decisiones siempre han estado al mando de la alta dirección, debido a que esta es las encargadas de responder ante la ley. Es así como las personas encargadas de esta actividad, siempre se han encargado de realizar sugerencias y de ser un apoyo a la dirección.

7. RESULTADOS

Los resultados arrojados por la investigación tras recopilar la información de la situación antes y después de la certificación de calidad de los aspectos en el quehacer gerencial en los diferentes procesos de la clínica las peñitas son los siguientes:

Planeación:

- ♦ La planeación estratégica de la organización sufrió cambios sustanciales desde la certificación, dado que se actualizaron y mejoraron los elementos con que contaban (misión y visión) y se crearon elementos nuevos como principios, política de calidad y objetivos.
- ♦ La forma como estaban planteadas las actividades y responsabilidades se reestructuró y dejaron de estar organizadas en departamentos para adquirir un enfoque por procesos, que incluyen subprocesos y procedimientos para cada actividad a realizar dentro de la organización. Así mismo, se adicionaron más actividades o subprocesos a los existentes.
- ♦ Existe actualmente una documentación completa y clara de todas actividades y funciones a realizar por parte de cada proceso.

Organización:

- ♦ Las estructuras de los cargos (responsabilidades, funciones y autoridades) de los empleados de la organización, sufrieron

modificaciones, debido a la creación de nuevas actividades y al nuevo enfoque que tomo la organización.

- ♣ Las responsabilidades fueron documentadas en un manual de responsabilidades más completo y organizado.

Dirección:

- ♣ La comunicación sufrió un cambio substancial, dado que en la institución se implemento un plan de comunicaciones internas (intranet) muy novedoso y confiable. Desistiendo los papeleos y la burocracia.
- ♣ El liderazgo ejercido por parte de los jefes y altos directivos de la institución continuó siendo un liderazgo basado en la tarea y la obtención de resultados.
- ♣ La motivación fue fortalecida dado que se incluyeron factores internos que proporciona la empresa, tales como beneficios sociales y culturales, al igual que se propendió aun mas por reforzar los aspectos físicos y ambientales de los trabajadores.

Control:

- ♣ Se creó e instauró una herramienta de control, de tal modo que este fuera capaz de evaluar la efectividad y eficacia de los procesos. En este se incluyeron aspectos tales como indicadores, forma de cálculo, meta, periodicidad y responsables; al igual que se establecieron mecanismos de control para cada proceso y se implementaron auditorías internas.

- ♦ El control esta soportado debidamente por formatos e informes.
- ♦ El control ejercido ha continuado siendo un control posterior a la ejecución de la actividad.

Toma de decisiones:

- ♦ La toma de decisiones por parte de los jefes y directivos de la organización siempre ha estado sujeta a la responsabilidad del cargo y a las prioridades de la organización.
- ♦ La toma de decisiones está fundamentada en los resultados y las estadísticas que arroja cada proceso.
- ♦ Se ha incrementado la responsabilidad y por tanto la toma de decisiones ha aumentado.
- ♦ La toma de decisiones por parte de la alta gerencia ha cambiado, ya que actualmente le han dado una participación activa a la junta directiva.

8. CONCLUSIONES

En relación a los cambios ocurridos en el Quehacer Gerencial de la Clínica Las Peñitas tras la certificación del Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2000, que además de su propósito académico se llevó a cabo para conocer qué beneficios y ventajas les proporciona a las organizaciones la implementación del sistema, es necesario establecer las siguientes conclusiones de acuerdo a los cambios en las funciones gerenciales:

Planeación:

En torno a esta función administrativa, la certificación de calidad impulsó un cambio fundamental en la forma como se encontraban planeadas todas las actividades y estrategias de la Clínica. Los cambios ocurridos y un enfoque basado en procesos tanto en la estructura organizacional, como en la planeación estratégica, permitieron un mejor manejo organizacional y un desarrollo del mejoramiento continuo en cada una de las operaciones de la Empresa.

Así mismo, la Alta Gerencia mediante la implementación del sistema y la elaboración de las actividades planeadas, impulsó en los empleados una cultura de productividad, aportando eficacia y eficiencia a los procesos y al servicio prestado por la Entidad.

Organización:

En cuanto a la organización y la forma como estaban asignadas las funciones y responsabilidades, la certificación impulsó la creación de un manual de responsabilidades que permitió una mayor focalización acerca de la forma de realizar las labores dentro de la Institución, dado que en este

se encuentran estipulado todo lo referente al cargo; como el perfil, funciones, responsabilidades, obligaciones, deberes y derechos. Así mismo, esta función se encuentra apoyada por la caracterización de procesos donde se encuentran los procedimientos de cada actividad dentro de la institución.

De esta manera la organización cuenta actualmente con empleados que comprenden claramente la forma de proceder ante determinada situación y conocen de manera explícita cada uno de los procedimientos, registros y el alcance que le concierne en la ejecución de sus labores.

Dirección:

En el caso específico de la dirección los aspectos correspondientes a la motivación y liderazgo son elementos que si bien han cambiado, no lo han hecho de manera estructural y profunda.

En lo referente a la motivación, ha conservado un propósito basado en incentivos económicos y físicos (condiciones físicas y ambientales), es decir características que si bien es cierto los trabajadores necesitan para cumplir sus funciones de manera optima, no son agentes motivadores para ellos.

El liderazgo por su parte, al conservar sus rasgos autocráticos, basados en la jerarquía organizacional, ha impedido de alguna manera la participación activa de los empleados de rangos medios y bajos en los cambios y decisiones organizacionales.

En el caso particular de la comunicación, la implementación del sistema de Gestión de Calidad, impulsó un cambio muy positivo en el sistema de comunicación interno, puesto que cuentan con un sistema más fluido y ágil, que permite la utilización de la información de manera confiable y eficaz,

evitando papeleos y demoras en la organización; aparte de ser un sistema de comunicación, es un sistema de consultas constantes y solución de inquietudes. Permitiendo de esta manera a los empleados realizar las labores con más seguridad.

Control:

El control sin duda es uno de los aspectos que más ha cambiado en cuanto a la certificación, puesto que actualmente y tras este proceso, cuentan con un sistema de control organizado y definido para cada una de las áreas de la empresa. Esto les ha permitido establecer medidas correctivas necesarias en pro de evitar desviaciones en la ejecución de los planes y objetivos trazados.

Este también, ha servido como evaluación de desempeño de cada proceso y ha propendido a buscar la mejora continua en cada uno de estos, ha permitido a la organización a ahorrar tiempo al evitar errores.

Toma de decisiones:

La toma de decisiones por su parte ha sido una característica que ha estado intervenido directamente por todos los aspectos que en el quehacer gerencial han cambiado tras la certificación, dado que la planeación de las actividades y un enfoque basado en procesos, los cargos y responsabilidades estructuradas y claras, una comunicación sistematizada, organizada, ágil y eficiente y la existencia de un control eficaz de las actividades; permite entonces a los jefes de área o a la alta gerencia tomar decisiones de manera más certera y confiable, basa en resultados reales y de acuerdo a las necesidades y prioridades de la organización, ha permitido tomar decisiones coherentes con las necesidades de los usuarios y a la demanda de los servicios.

Así mismo, tras la certificación, la toma de decisiones que anteriormente estaban a cargo única y exclusivamente de la Gerencia, ahora, se han operativizado y muchas de ellas las asume la Junta Directiva con el apoyo de los Jefes de Área.

9. RECOMENDACIONES

La cultura de Calidad ha llegado y seguirá extendiéndose entre las empresas de todo el mundo, como una estrategia para competir en la nueva economía. En este sentido, la norma ISO 9001: 2000 ha favorecido este hecho, ya que ha adquirido una trascendencia importante para las organizaciones dado sus múltiples beneficios.

- ♦ Es importante recalcar que la norma incluye como un requisito, en la sección 8.5.1, el mejoramiento continuo de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe motivar a la Clínica Las Peñitas a evaluar frecuentemente, si las herramientas actuales y la gestión de los procesos, aportan valor a la organización y le permiten ser más eficaz y eficiente.
- ♦ Con el propósito de mejorar la Calidad de la organización y optimizar la prestación del servicio ofrecido, la Clínica Las peñitas, necesita fortalecer los mecanismos de motivación suministrados al talento humano, ya que hoy en día los clientes desean un producto de Calidad con un extraordinario servicio, que sólo se puede conseguir cuando las empresas aceptan la importancia que tienen las personas dentro de la organización. Por tal motivo, la empresa puede tener en cuenta factores como:
 - ↯ El fomento de programas de desarrollo humano y superación personal, ya que si el empleado crece como persona, propiciará el crecimiento de la empresa.

- ↯ Establecer sistemas de participación que se acompañen de reconocimientos individuales y colectivos, que sirvan para resaltar comportamientos comprometidos con la organización y sus objetivos.
- ↯ Sistemas planeados de rotación, para que los empleados conozcan y se apropien más de las actividades de la empresa y reconozcan su importancia dentro del proceso.
- ◆ En un ambiente de calidad organizacional, es importante que el gerente, directivos y jefes de proceso, pongan en práctica un liderazgo participativo, donde impulsen la cultura de calidad a lo largo y ancho de toda la empresa y donde la participación de los trabajadores, a través de equipos de trabajo y sistemas de sugerencias tomen importancia y sean reconocidos como figuras de mejora de los procesos y del servicio, obteniendo así, un compromiso profundo y certero para mejorar la calidad de la organización.
- ◆ Es importante también, que la Clínica no olvide y tenga siempre en cuenta, la importancia de emplear herramientas gerenciales actuales, tales como dirección estratégica, una gestión del recurso humano moderna y por competencias, modelos de calidad total, nuevas tecnologías en información entre otros aspectos que le permitirán ser más competitivos y capaces en la gestión de la organización.
- ◆ No obstante, las empresas, y en el caso particular de la Clínica Las Peñitas, debe tener en consideración, que la certificación de calidad, es una parte del camino para llegar hacia la excelencia organizacional y en la prestación de los servicios. Por tanto, una consideración importante es que con la certificación bajo ISO 9001: 2000, la empresa ha iniciado un largo camino que nunca terminará, puesto que la mejora continua debe ser un criterio presente en la organización día tras día.

REFERENCIAS

Chiavenato, I. (1997). Teoría neoclásica de la Administración. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Introducción a la teoría general de la administración* (4ª ed). (p.246). Santafé de Bogotá, Colombia.: Martha Edna Suárez Ríos.

Stoner, J. y Wankel, Ch. (s.f.). Cómo hacer eficaz la planeación. En Prentice Hall Hispanoamericana S.A (Ed.), *Administración* (3ª ed). (p.100). Naucalpan de Juárez, México.: Othoniel Almeyda Bautista.

Koontz, H. y Weihrich, H. (1994). Naturaleza y propósito de la planeación. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global* (10ª ed). (p.118). Naucalpan de Juárez, México.: Noé Islas López.

Wheelen, T. y Hunger, D. (2007). Conceptos básicos de administración estratégica. En Pearson Educación (Ed.), *Administración estratégica y política de negocios: conceptos y casos* (10ª ed). (p.12). Naucalpan de Juárez, México.: Pablo Miguel Guerrero Rojas.

Wheelen, T. y Hunger, D. (2007). Conceptos básicos de administración estratégica. En Pearson Educación (Ed.), *Administración estratégica y política de negocios: conceptos y casos* (10ª ed). (p.14). Naucalpan de Juárez, México.: Pablo Miguel Guerrero Rojas.

Koontz, H. y Weihrich, H. (1994). Estrategias, políticas y premisas de la planeación. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global* (10ª ed). (p.161). Naucalpan de Juárez, México.: Noé Islas López.

Koontz, H. y Weihrich, H. (1994). Estrategias, políticas y premisas de la planeación. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global* (10ª ed). (p.169). Naucalpan de Juárez, México.: Noé Islas López.

Koontz, H. y Weihrich, H. (1994). Naturaleza y propósito de la planeación. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global* (10ª ed). (p.124). Naucalpan de Juárez, México.: Noé Islas López.

Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Introducción a la administración y las organizaciones. En Pearson Educación (Ed.), *Administración* (8ª ed). (p.9). Naucalpan de Juárez, México.: Marisa de Anta.

Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Administración de operaciones y de la cadena de valores. En Pearson Educación (Ed.), *Administración* (8ª ed). (p.503). Naucalpan de Juárez, México.: Marisa de Anta.

Koontz, H. y Weihrich, H. (1994). Administración: ciencia, teoría y práctica. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global* (10ª ed). (p.21). Naucalpan de Juárez, México.: Noé Islas López.

Stoner, J. y Wankel, Ch. (s.f.). Motivación, desempeño y satisfacción. En Prentice Hall Hispanoamericana S.A (Ed.), *Administración* (3ª ed). (p.475). Naucalpan de Juárez, México.: Othoniel Almeyda Bautista.

Chiavenato, I. (2000). Las personas. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración de recursos humanos* (5ª ed). (pp. 76-77). Santafé de Bogotá, Colombia.: Lyly Solano Arévalo.

Koontz, H. Weihrich, H. y Cannice, M. (2008). Liderazgo. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global y empresarial* (13ª ed). (pp.440-441). México D.F, México.: Ricardo A. del Bosque Alayón.

Koontz, H. Weihrich, H. y Cannice, M. (2008). Dirección. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Administración una perspectiva global y empresarial* (13ª ed). (p.486). México D.F, México.: Ricardo A. del Bosque Alayón.

Stoner, J. y Wankel, Ch. (s.f.). Control eficaz. En Prentice Hall Hispanoamericana S.A (Ed.), *Administración* (3ª ed). (p.656). Naucalpan de Juárez, México.: Othoniel Almeyda Bautista.

Stoner, J. y Wankel, Ch. (s.f.). Control eficaz. En Prentice Hall Hispanoamericana S.A (Ed.), *Administración* (3ª ed). (p.657). Naucalpan de Juárez, México.: Othoniel Almeyda Bautista.

Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Fundamentos del control. En Pearson Educación (Ed.), *Administración* (8ª ed). (pp.468-469). Naucalpan de Juárez, México.: Marisa de Anta.

Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Toma de decisiones: la esencia del trabajo del gerente. En Pearson Educación (Ed.), *Administración* (8ª ed). (p.139). Naucalpan de Juárez, México.: Marisa de Anta.

Stoner, J. y Wankel, Ch. (s.f.). solución de problemas y toma de decisiones. En Prentice Hall Hispanoamericana S.A (Ed.), *Administración* (3ª ed). (p.165). Naucalpan de Juárez, México.: Othoniel Almeyda Bautista.

Evans, J. y Lindsay, W. (2000). Filosofía de la administración de la calidad. En International Thomson Editores (Ed.), *Administración y control de calidad* (4ª ed). (p.99). México D.F, México.: Miguel Angel Toledo Castellanos.

Evans, J. y Lindsay, W. (2000). Filosofía de la administración de la calidad. En International Thomson Editores (Ed.), *Administración y control de calidad* (4ª ed). (p.97). México D.F, México.: Miguel Angel Toledo Castellanos.

ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad — Conceptos y vocabulario (pp.7-20).

NTC ISO 9001:2000. Certificación del sistema de gestión de la calidad

Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, P. (2003). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En McGraw – Hill Interamericana (Ed.), *Metodología de la investigación* (3ª ed). (p.119). México D.F, México.: Alejandra Martínez Ávila.

BIBLIOGRAFIA

CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración, México, McGraw Hill Interamericana, 1997.

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de recursos humanos, Colombia, McGraw Hill Interamericana S.A, 2000.

EVANS, James R. y LINDSAY, William M. Administración y control de calidad. México, Thomson Editores, 2000.

HERNANDEZ, Roberto S. FERNANDEZ, Carlos C. y BAPTISTA, Pilar L. Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, 2003.

KOONTZ, Harold y WEIHRICH, Heinz. Administración una perspectiva global, México, McGraw Hill Interamericana, 1996.

KOONTZ, Harold WEIHRICH, Heinz. y CANNICE, Mark. Administración una perspectiva global y empresarial, México, McGraw Hill Interamericana, 2008.

NTC: ISO 9000/2000.

NTC: ISO 9001/2000.

ROBBINS, Stephen y COULTER, Mary. Administración, México, Pearson Educación, 2005.

STONER, James y WANKEL, Charles. Administración, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A, (s.f.).

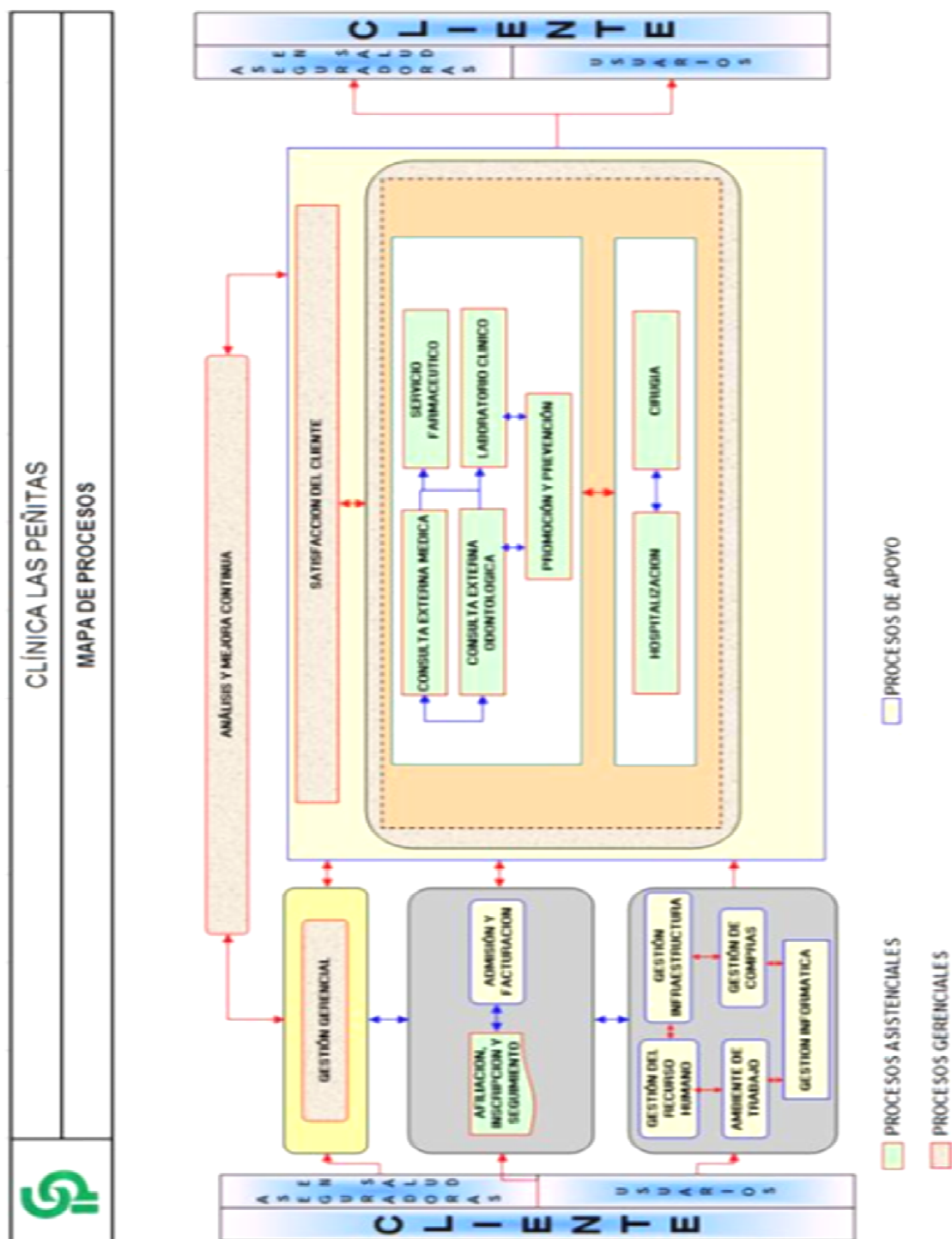
WHEELLEN, Thomas y HUNGER, David J. Administración estratégica y política de negocios: conceptos y casos, México, Pearson Educación, 2007.

www.clipersincelejo.com.co

www.gestiopolis.com

<http://www.gestiopolis.com/canales5/ger/tqmgestion.htm>. (Revisado el 28 de octubre de 2009)

Anexo A. Mapa de procesos del SGC.



Anexo B. Caracterización proceso de consulta externa médica.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA				
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS				
VERSIÓN	CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA	PAGINAS	
6	SSSPR003	10/11/2008	1	
NOMBRE DEL PROCESO		RESPONSABLE		
Consulta Externa Médica		Coordinador Médico		
OBJETIVO				
Garantizar a los usuarios la atención médica en consulta externa en un ambiente cálido, amable, cortés y humanizado.				
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS	ELEMENTOS DE SALIDA	
PROVEEDORES	ENTRADAS		PRODUCTO	CLIENTES
Usuario	Información y documentos para demostrar derecho	Solicitud y asignación de citas	Ordenes de Laboratorio	Laboratorio clínico
Laboratorio Clínico	Resultados de exámenes de laboratorio	Consulta médica de acceso directo	Formulas	Servicio Farmacéutico
Consulta externa odontológica	Ordenes de atención	Referencia de pacientes	Ordenes médicas	Proveedores externos de complementación o diagnóstico
Inscripción y seguimiento de usuarios	Listado de usuarios activos	Consulta especializada	Plan de manejo o tratamiento, educación e información	Usuario
Gestión de Recursos Humanos	Novedades de la red de prestadores y de personal asistencial	Contrareferencia	Informes Asistenciales	Gestión Gerencial
Proveedores externos de diagnóstico o terapéutica	Resultados diagnósticos o complementación	Autorizaciones	Fórmulas, órdenes y citas	Servicio farmacéutico
Servicio farmacéutico	Listado de recepción de fórmulas, órdenes y citas	Análisis de la información Asistencial	Copia de historia clínica	Usuario o su representante legal
Usuario	Información (información clínica, consentimientos y constancias)	Manejo de pacientes crónicos diferentes a P y P	Solicitud de corrección de errores en la	Autoridades
Gestión informática	Plantillas, formatos, información sobre modificaciones del software asistencial	Gestión de Historias clínicas		Gestión informática
Inscripción y seguimiento de usuarios	Apertura de ficha inicial de la historia clínica			
PROCESOS QUE APOYAN				
Gestión del recurso humano	Gestión de la infraestructur	Gestión informática	Análisis y Mejora C	Gestión de compras
Gestión del ambiente de T	Satisfacción del cliente	Gestió		
DOCUMENTOS Y REGISTROS		RECURSOS		
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.		Software Asistencial Computadores e impresoras, fax Salas de espera con sillas, digiturnos en áreas de asignación de citas De acuerdo a Requisitos de Minprotección social vigentes en cuanto al SOGC y Auditoria medica		
REVISÓ		CARGO		
APROBÓ		COORDINADOR MEDICO DIRECTOR DE SALUD		

Anexo C. Caracterización proceso gestión gerencial.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA					
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS					
VERSIÓN		CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA		PAGINAS
5		SSSSPR007	18/10/2006		1
NOMBRE DEL PROCESO			RESPONSABLE		
Gestión Gerencial			Director Salud		
OBJETIV					
- Planificar y asegurar el establecimiento de la política y objetivos de calidad en la organización, su comunicación al interior de esta, la disponibilidad de los recursos y la revisión periódica del Sistema. - Determinar los requisitos especificados por el cliente, los no establecidos pero necesarios y los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto. - Controlar y mantener disponible la documentación y registros actualizados requeridos por el SGC					
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS		ELEMENTOS DE SALIDA	
PROVEEDORES	ENTRADAS			PRODUCTOS	CLIENTES
Junta Directiva	Políticas de la institución, visión, misión	Planificación del sistema		Política de calidad, objetivos de calidad	Todos los procesos definidos en el mapa del SGC
Todos los procesos definidos en el mapa del SGC	Toda la información requerida para la revisión por la Dirección	Comunicaciones internas		Comunicaciones internas	
Aseguradoras, contratantes	Contratos, órdenes de servicio, términos de referencia o planes de cumplimiento	Provisión de recursos		Delegación de responsabilidades y autoridades	
Ministerio de protección social, entes reguladores y autoridades locales de salud	Legislación aplicable a la prestación de servicios de salud y sus modificaciones	Revisión por la Dirección		Necesidades de recursos	
Satisfacción del cliente	Requisitos percibidos o identificados	Revisión de requisitos del cliente		Acciones de mejora sobre el servicio en relación con los requisitos del cliente	
Todos los procesos	Información asistencial	Divulgación a los procesos involucrados de los requisitos aplicables		Lista de requisitos aplicables por procesos	
	Solicitud de actualización de documento con borrador	Establecimiento de modelos de atención		Documento o registro controlado, identificado y disponible en el área o departamento para su uso	
		Control de los documentos y de los registros de calidad		Información para los contratantes	
		Consolidación de información para los contratantes			
PROCESOS QUE APOYAN					
Gestión de la infraestructur	Gestión de compras	Gestión informática	Gestión del ambiente de trabajo	Análisis y Mejora continua	Gestión del R.H
INDICADORES					
MECANISMOS DE CONTROL					
DOCUMENTOS Y REGISTROS			RECURSOS		
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.			Equipo de cómputo, impresora, software, aplicativo Revisión por la Dirección, Requisitos del cliente y gestión documental		
			CARGO		
REVISÓ			DIRECTOR SALUD		
APROBÓ			DIRECTOR SALUD		

Anexo D. Caracterización proceso de gestión de compra.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA			
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			
VERSIÓN	CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA	PAGINAS
6	SSSSPR010	31/08/2009	1
NOMBRE DEL PROCESO		RESPONSABLE	
Gestión de Compras		Comité directivo	
OBJETIVO			
Garantizar que los productos y servicios adquiridos satisfagan los requisitos de compra especificados, para asegurar el cumplimiento de los atributos de calidad en el servicio de salud.			
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS	ELEMENTOS DE SALIDA
PROVEEDORES	ENTRADAS		PRODUCTOS CLIENTES
Todos los procesos definidos en el mapa del SGC Proveedores de bienes y servicios Información de necesidades de compra de servicios o productos Necesidades de compra de servicios establecidas en requisitos del cliente (nuevo contrato) Bienes o servicios		Determinación de requisitos de compra de insumos o servicios Selección de proveedores Adquisición de medicamentos Gestión de insumos odontológicos y de laboratorio clínico Gestión de otros insumos Recepción e inspección de insumos Evaluación del desempeño de proveedores	Bienes y servicios Comunicación de retroalimentación al proveedor evaluado y plan de mejora cuando aplique Facturas de compra o cuentas por suministro de servicios Todos los procesos definidos en el mapa del SGC Proveedores Gestión Financiera
PROCESOS QUE APOYAN			
Gestión del recurso humano	Gestión del ambiente de	Gestión de la infraestructura	Gestión informática Análisis y Mejora continua Gestión gerencial
INDICADOR			
MECANISMO DE CONTROL			
DOCUMENTOS Y REGISTROS		RECURSOS	
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.		Software, aplicativo desarrollado Computador e impresora Acceso a Internet, comunicación (Teléfono)	
CARGO			
REVISÓ	DIRECTOR SALUD		
APROBÓ	DIRECTOR SALUD		

Anexo E. Caracterización proceso de gestión de la infraestructura.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA						
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS						
VERSIÓN		CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA		PAGINAS	
6		SSSSPR014	10/11/2008		1	
NOMBRE DEL PROCESO			RESPONSABLE			
Gestión de la infraestructura			Asistente Administrativo			
OBJETIV						
• Mantener en buenas condiciones los equipos e instalaciones con los cuales se desarrollan los procesos de la institución • Garantizar la oportunidad en la reparación de las averías presentadas en los equipos e instalaciones de la institución. • Garantizar la entrega oportuna de los suministros requeridos para el normal desarrollo de los diferentes procesos						
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS	ELEMENTOS DE SALIDA			
PROVEEDORES	ENTRADAS		PRODUCTOS	CLIENTES		
Todos los procesos definidos en el mapa del SGC Todos los procesos definidos en el mapa del SGC		Mantenimiento Preventivo Mantenimientos Correctivos Calibración y verificación de equipos de Medición Gestión de Suministros	Equipos e instalaciones en buenas condiciones para su uso Suministros Equipos Calibrados o Verificados Suministros Informes	Todos los procesos definidos en el mapa del SGC. Procesos asistenciales Todos los procesos definidos en el Mapa del SGC. Gestión Gerencial Entes de control y vigilancia		
PROCESOS QUE APOYAN						
Gestión gerencial	Satisfacción del cliente	Gestión de compras	Gestión del RH	Gestión informática	Gestión del ambiente de trabajo	Análisis y Mejora continúa
INDICADORES						
MECANISMOS DE CONTROL						
DOCUMENTOS Y REGISTROS			RECURSOS			
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.			Computador, suite de oficina Aplicativo control de activos			
CARGO						
REVISÓ		ASISTENTE ADMINISTRATIVO				
APROBO		DIRECTOR SALUD				

Anexo F. Caracterización proceso de gestión del recurso humano.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA			
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			
VERSIÓN	CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA	PAGINAS
6	SSSSPR003	10/11/2008	1
NOMBRE DEL PROCESO		RESPONSABLE	
Gestión del Recurso Humano		Jefe de Recursos Humanos	
OBJETIVO			
Seleccionar, mantener y desarrollar un conjunto de personas con habilidades, formación, motivación y satisfacción suficientes para conseguir los objetivos de la organización.			
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS	ELEMENTOS DE SALIDA
PROVEEDORES	ENTRADAS		PRODUCTOS
			CLIENTES
Diagrama de flujo de procesos: <pre> graph LR A[Todos los procesos definidos en el mapa del SGC] --> B[Solicitud o requerimiento de personal de planta] B --> C[Información relevante sobre el personal] C --> D[Necesidades de competencia específicas para el recurso humano del proceso] D --> E[Estudiantes] F[Institución Educativa] --> E E --> G[Personal en entrenamiento con Convenio Docente Asistencial] G --> H[Estudiante Entrenado] H --> I[Institución Educativa] </pre>		Diagrama de flujo de subprocesos: <pre> graph TD J[Identificación de Competencias del recurso humano] --> K[Selección de personal] K --> L[Inducción de personal] L --> M[Formación] M --> N[Evaluación del desempeño del recurso humano] N --> O[Elaboración de nómina] O --> P[Entrenamiento y Entrega/Recibo de cargos] P --> Q[Personal en entrenamiento con Convenio Docente Asistencial] </pre>	Diagrama de flujo de productos: <pre> graph LR R[Personal contratado competente] --> S[Evaluaciones de desempeño] S --> T[Plan de capacitaciones] T --> U[Información y novedades del personal] U --> V[Estudiante Entrenado] V --> W[Institución Educativa] </pre>
PROCESOS QUE APOYAN			
Gestión de la infraestructura	Gestión de compras	Gestión informática	Gestión del ambiente de trabajo
Satisfacción del cliente	Análisis y Mejora continua	Gestión gerencial	
INDICADOR			
MECANISMO DE CONTROL			
DOCUMENTOS Y REGISTROS		RECURSOS	
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.		Equipo de cómputo, impresora. Software, aplicativo de recursos humanos.	
CARGO			
REVISÓ	JEFE DE RECURSOS HUMANOS		
APROBÓ	DIRECTOR SALUD		

Anexo G. Caracterización proceso de gestión del ambiente de trabajo.

CLÍNICA LAS PEÑITAS LTDA			
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			
VERSIÓN	CÓDIGO	FECHA DE VIGENCIA	PAGINAS
4	SSSSPR016	31/08/2009	1
NOMBRE DEL PROCESO		RESPONSABLE	
Gestión del Ambiente de Trabajo		Asistente de Salud Ocupacional Coordinador de Salud Ocupacional	
OBJETIVO			
Gestionar el ambiente de trabajo buscando que se creen condiciones favorables para el buen desempeño de los procesos de la organización.			
ELEMENTOS DE ENTRADA		SUBPROCESOS	ELEMENTOS DE SALIDA
PROVEEDORES	ENTRADAS		PRODUCTOS
			CLIENTES
Todos los procesos definidos en el mapa del SGC Información relevante acerca de las condiciones del ambiente de trabajo en el cual se desarrollan los procesos. Cientes Requisitos		Inspección de condiciones laborales. Determinación de deficiencias en las condiciones laborales, análisis y recomendaciones. CAPASO Manejo del programa de salud ocupacional	Información sobre condiciones del ambiente laboral Retroalimentación y orientación acerca del manejo del riesgo laboral Divulgación de las normas de bioseguridad, manejo de desechos y seguridad industrial Información plan e informe de actividades realizadas Todos los procesos definidos en el mapa del SGC Dirección General Cientes
PROCESOS QUE APOYAN			
Gestión del recurso humano	Gestión de la infraestructura	Gestión de Compras	Gestión informática
Analisis y Mejora continúa	Gestión gerencial		
INDICADOR			
MECANISMO DE CONTROL			
DOCUMENTOS Y REGISTROS		RECURSOS	
De acuerdo a la documentación establecida en la red interna de la institución.		Computador, suite de oficina, material de ayuda audiovisual, material didáctico.	
CARGO			
REVISÓ	Asistente de Salud Ocupacional Coordinador de Salud Ocupacional		
APROBÓ	DIRECTOR SALUD		