

1-1-2001

Reestructuración administrativa en la Fundación Leonistica de Salud Ocular con énfasis en el mejoramiento de calidad

Jorge Enrique Arenas Herrera
Universidad de La Salle, Bogotá

Nelson Leonardo Merchan Bautista
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_administracion

Citación recomendada

Arenas Herrera, J. E., & Merchan Bautista, N. L. (2001). Reestructuración administrativa en la Fundación Leonistica de Salud Ocular con énfasis en el mejoramiento de calidad. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_administracion/195

This Tesis de maestría is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Administrativas y Contables at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Maestría en Administración by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**REESTRUCTURACION ADMINISTRATIVA EN LA FUNDACION
LEONISTICA DE SALUD OCULAR CON ENFASIS EN EL
MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

**JORGE ENRIQUE ARENAS HERRERA
NELSON LEONARDO MERCHAN BAUTISTA**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DIVISION DE FORMACIÓN AVANZADA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION
BOGOTÁ, D.C.
2001**

REESTRUCTURACION ADMINISTRATIVA EN LA FUNDACION
LEONISTICA DE SALUD OCULAR CON ENFASIS EN EL
MEJORAMIENTO DE CALIDAD.

JORGE ENRIQUE ARENAS HERRERA
NELSON LEONARDO MERCHAN BAUTISTA

Proyecto de investigación
para optar al título de
Magister en Administración.

Director
Doctor ERNESTO ORTEGA PACIFIC.
Optómetra – Magister en Administración.

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DIVISION DE FORMACIÓN AVANZADA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION
BOGOTÁ, D.C.

2001

Bogotá D.C., agosto 27 de 2001.

Doctor:
ADOLFO MORALES VILLAMIZAR
Director Maestría en Administración
Universidad de la Salle
Bogotá D.C.

Respetado Doctor Morales:

Atentamente nos permitimos poner a su consideración nuestro trabajo de grado titulado "REESTRUCTURACION ADMINISTRATIVA EN LA FUNDACIÓN LEONISTICA DE SALUD OCULAR CON ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD", dirigido por el Doctor ERNESTO ORTEGA PACIFIC.

Esperando que este trabajo contribuya a incentivar el desarrollo investigativo y aplicado de la Administración.

Cordialmente,

JORGE E. ARENAS H.
Código 81981238

NELSON L. MERCHAN B.
Código 81981219

Bogotá D.C. agosto 27 de 2001.

Doctor:
ADOLFO MORALES VILLAMIZAR
Director Maestría en Administración.
Universidad de la Salle.
Bogotá D.C.

Respetado Doctor Morales:

Atentamente me permito hacerle entrega del trabajo de grado de Jorge Enrique Arenas Herrera con código 81981238 y Nelson Leonardo Merchán Bautista con código 81981219 titulado "REESTRUCTURACION ADMINISTRATIVA EN LA FUNDACIÓN Leonística DE SALUD OCULAR CON ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD" para su evaluación y aprobación.

Cordialmente,

ERNESTO ORTEGA PACIFIC
Director de Tesis

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C. Agosto 27 de 2001

Artículo 97

“Ni la universidad, ni el asesor, ni el jurado calificador, son responsables de las ideas expuestas por el graduando.

0. INTRODUCCION

JUSTIFICACIÓN

A partir de la abolición del anterior Sistema Nacional de Salud (SNS), en Colombia, y la implantación del nuevo Sistema de Seguridad Social en salud, se ha pretendido generar un cambio en la cultura tanto en el grupo prestador del servicio de salud como en los usuarios receptores del mismo.

Como parte de dicho proceso en el que el 100% de la población tiene derecho a asistencia en salud, e intensificado en gran parte por la actual situación económica del país, la medicina preventiva se ha reducido considerablemente y las entidades prestadoras de salud, que no están directamente vinculadas al régimen, como las organizaciones sin fines de lucro, se han visto seriamente afectadas en cuanto a que su participación en el mercado objeto es mínima.

Por dicha razón, este trabajo busca principalmente evaluar la organización FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR desde el punto de vista de calidad buscando la competitividad de esta empresa enfocándonos esencialmente a que todos los procedimientos y distribución interna trabaje hacia el servicio de atención visual, ya que la prevención en dicha rama es la estrategia fundamental y columna vertebral de la misma, y debido a las congestiones para solicitar citas y tratamientos en esta institución, debido a la desorganización de procesos, ineficacia de diligenciamiento administrativo existente y otros

factores indicadores de bajo rendimiento, que son muestra clave de que esta institución necesita urgente un cambio.

Es por ello que se propone buscar vías de mejoramiento y formas de mejor participación del personal que aquí trabaja con el ánimo de que su loable propósito de prestación de servicios a la comunidad con beneficio social permanezca incólume.

Este estudio es conveniente a la vez para, la empresa, porque pueden tener una guía de acción bajo los nuevos lineamientos de la ley y los estándares de calidad propuestos por la secretaria de salud del Distrito Capital y por que los afiliados a este tipo de organizaciones reciban la mejor y oportuna atención a costo mínimo, y para nosotros, ya que siendo un sector casi al margen de los renglones mercantiles principales, debido a que no genera utilidades a los socios - al parecer -, presenta una buena oportunidad para determinar como hacerla competitiva y que sigan participando en el mercado objeto, sin alejarse de sus lineamientos, estableciendo así con sus logros un reto en la asesoría empresarial y en la consultaría.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

La FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, empresa sin animo de lucro, con 25 años al servicio de la comunidad, es una institución creada por gentes de buena voluntad que tan solo perseguían el objetivo de prestar un servicio a la gente necesitada visualmente de bajos recursos económicos.

Así fue como su administración desde los comienzos empezó a notar cierto grado de planeación y organización, y a través de los años ha venido deteriorando dichos procesos, puesto que el mercado objeto ha venido creciendo y los servicios han ido mejorando a favor del cliente, pero la radiografía de la empresa esta mostrando serios problemas administrativos de tradición, puesto que las juntas directivas que cambian cada año, son de la tendencia no continuista, y manejan las riendas de la empresa de manera intuitiva.

Es urgente garantizar para el futuro próspero de la organización una asesoría empresarial que reestructure la columna vertebral de la empresa, cree una cultura organizacional, presente lineamientos claros en cada departamento, manuales de procesos, estudios de tiempos, etc., que fortalezcan las ventajas de calidad y eliminen las falencias que existan actualmente.

Son cuarenta y cinco empleados que necesitan ser ordenados y entrenados para el servicio, y no como se hace actualmente tenidos en cuenta para cubrir las necesidades del momento.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar un plan de reestructuración y mejoramiento administrativo con énfasis en calidad, para la empresa FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, entidad sin ánimo de lucro en Santafé de Bogotá, que le permita hacer eficientes los procesos actuales y reforzar la calidad del trabajo de las personas que allí laboran. Una vez aplicado se generará un cambio en la concepción que la población tiene de este tipo de empresas y se obtendrá mayor participación en el mercado objeto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Con base en los principios de:

- a. Dirección (misión, visión - factores claves de éxito).
- b. Equipo directivo.
- c. Políticas y procedimientos.
- d. Funciones y actividades.
- e. Indicadores de desempeño.
- f. Posición competitiva
- g. Entrenamiento (educación, adiestramiento, Instrucción).
- h. Aseguramiento de la calidad.
- i. Proyectos de mejoramiento.
- j. Cultura organizacional.

Hacer una evaluación de los procesos y estrategias actuales dentro de la organización, establecer su efectividad y proponer cambios administrativos por áreas que estimulen la competitividad de la empresa basados en los preceptos de calidad que establece la Secretaria de Salud del Distrito Capital.

Proponer soluciones prácticas que permitan aprovechar al máximo las ventajas y fortalezas de esta institución.

Proponer criterios para mejorar el ambiente laboral para el personal actual a que tenga sentido de pertenencia con la organización y defienda y procuré por los objetivos sociales y económicos de la misma.

A QUIÉN SE DIRIGE.

Está dirigido principalmente a los directivos de la FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR entidad sin ánimo de lucro, para que hagan de su organización, una competitiva empresa del sector salud visual y puedan salir adelante en esta época de crisis económica, a los empleados de la empresa para que conozcan el funcionamiento debido de la organización y sus funciones específicas por áreas, y el proceso de reestructuración con el cual se tienen que comprometer para el cambio y a los usuarios en general para documentación y cultura.

METODOLOGÍA.

Basados en el estudio de los 10 puntos, se diseñaron los instrumentos de medición, (observación de variables y cuestionarios), que nos demostraron el movimiento de la organización en sus áreas estratégicas y luego basados en el diagnóstico, se realizó un análisis prospectivo enfocado en las técnicas de mejoramiento que se recomienda aplicar .

ALCANCE

Dentro del trabajo se encuentra la teoría acerca de las instituciones sin ánimo de lucro (historia, formación, aspectos legales, sociales y económicos).

Se Continúa con el estudio de la teoría de la calidad, de la competitividad y del mercadeo social, en cuanto a su implementación y progresos dentro de la organización, después se plantean estándares de calidad en empresas sin ánimo de lucro de prestación del servicio visual, sugerido por la Secretaria de Salud del Distrito Capital. Luego se profundiza en los aspectos de calidad que se van a analizar en la empresa haciendo su descripción actual.

En la segunda parte y como concatenación del estudio e investigación anteriores se propone el plan de mejoramiento y como se puede aplicar (descripción y detalles).

PARTICIPANTES.

Los gestores del presente estudio son el Doctor Nelson Leonardo Merchán Bautista, Optómetra de la Universidad de la Salle, especialista en Promoción y Comunicación en Salud, del Instituto de Ciencias de la Salud – CES- de Medellín, Diplomado en Cuidado Primario Ocular, válido para obtener el nuevo Registro Profesional de Optometría de acuerdo a la Ley 372 de 1997, del la Fundación Universitaria del Área Andina. Estudiante actual del Diplomado en Evaluación y Acreditación Universitaria y del Diplomado en Formación de tutores en Educación a Distancia. Trabaja como docente universitario en la Facultad de Optometría de la Fundación Universitaria del Área Andina y ejerce su profesión en la Fundación Leonística de Salud Ocular - Entidad sin ánimo de lucro, en el Departamento de Lentes de Contacto y en el Consultorio del Doctor Manuel Guillermo Robles, en el área de Refracción. Y el Señor Jorge Enrique Arenas Herrera, Diseñador Industrial de la

Universidad Jorge Tadeo Lozano, quién se desempeña como Jefe de producción en la empresa IVT Merchandising Ltda. y realiza funciones de *freelance* con la empresa ETERNA S.A., Desarrolla actualmente un proyecto de exportación de estuches de plástico inyectado para DVD, con el Ministerio de Comercio Exterior.

El Director del proyecto es el Doctor Ernesto Ortega Pacific, Optómetra de la Universidad de la Salle, Magister en Administración de la misma universidad y Diplomado en manejo integral de la salud ocular de la Universidad Santo Tomas de Bucaramanga. Docente de la Universidad de la Salle por más de 17 años, conferencista invitado a diferentes seminarios y eventos científicos nacionales e internacionales.

El Consultor del proyecto es el Señor William Doncel Urueña, Administrador de empresas de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Mercadeo de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC. Con extensa preparación académica en seminarios, cursos, congresos en análisis de mercados, desarrollo organizacional, competitividad, gerencia de ventas entre otros. Consultor y Asesor de empresas en su practica laboral independiente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el desarrollo de esta tesis se encontró algunas salvedades como la disponibilidad de información que se encuentra registrada en estadísticas de la empresa debido a falta de preparación y conocimiento de administraciones anteriores, y la disposición de los directivos para ofrecer al estudio dicha información; otras como no tener definido

ningún programa administrativo a ejecutar, por lo tanto antes de proceder a evaluarlo se debió delimitar y definir sus esquemas y funcionamiento.

APORTE DE LOS AUTORES

Al concluir el análisis de la empresa en la cual se ha desarrollado el anteproyecto, se encontró que las condiciones y circunstancias que allí se conciben eran propicias para que se desarrollará profesionalmente estrategias administrativas que la conduzcan no solo a reposicionarse en el mercado sino que además sus beneficios y ventajas sean apreciadas de una manera más evidente por parte de los directos beneficiarios (directivos y pacientes), con el fin de emprender la propagación de una imagen institucional fructífera para la organización basado en estándares de calidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de cada uno de los directivos de la empresa, a los miembros del Club de Leones de Tenjo, gestores y cuidadores de la labor de la empresa, a los empleados del área administrativa, profesionales del área operativa por su colaboración y tiempo.

Al doctor David Ospina Botero , estadista reconocido en el país, quien prestó importante colaboración en cuanto al diseño y evaluación de la información recopilada, al doctor Cesar Augusto Bernal, asesor

metodológico de la Universidad de la Salle por su desinteresada colaboración y al doctor Hugo Noel Parra Florez y Carlos Escalante por sus importantes aportes metodológicos de investigación y orientación en competitividad empresarial.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

Las organizaciones sin fines de lucro se están volviendo ejemplo de administración, están colocando en práctica la eficacia del personal directivo y la estrategia, cosas que la mayoría de las organizaciones comerciales solo pregonan. Además son pioneras en motivación y productividad, basadas en el conocimiento de los trabajadores una área crucial en las organizaciones.

Las organizaciones sin fines de lucro, en los Estados Unidos es el sector que mas empleados posee, uno de cada dos adultos, sirve como voluntario por lo menos cinco horas a la semana en una o varias OSFL , a pesar de que es trabajo no remunerado, cada vez existen mas adeptos, y en ciertas organizaciones, existen lista de espera para incorporasen como miembros, ¿Por qué'lo hacen?¹.

Claro esta que no ha todas las OSFL han acertado en sus objetivos, existen hospitales que están en grandes aprietos económicos, iglesias tradicionales que pierden adeptos, pero a las que les ha ido bien son modelo de productividad en el alcance de su trabajo y en su contribución a la sociedad. Tras estas OSFL existe un compromiso entre la administración y la dirección.

Hablar de administración y dirección en una OSFL hace veinte años eran

¹ Administración y futuro (De los 90 en adelante). Peter Drucker. Traducción Silvia Lerenegui. Buenos Aires 1992.

palabras prohibidas que involucraban negocio y su mayor orgullo era estar libres de la corrupción del mercantilismo y por encima de consideraciones tan viles como la utilidad pérdida del ejercicio, ya que su labor social era su retribución.

Por regla general las OSFL son más conscientes del manejo del dinero que las organizaciones comerciales. Se discute y se desvelan gran parte del tiempo por el dinero ya que es bastante difícil recaudarlo y porque para la labor que se lleva a cabo nunca va ser suficiente. Esto hace que las OSFL empiecen su proceso de planeación pensando en la misión y no por los resultados económicos como las organizaciones comerciales. De esta manera la OSFL se concentra en la acción, en estructurar estrategias ineludibles para conseguir los objetivos propuestos y en formar una organización disciplinada.

Una buena definición de la misión sirve como permanente recordatorio de la necesidad de observar hacia el exterior de la organización, no solo para conseguir “clientes”, sino para buscar recursos de éxito. Sentirse satisfechos por la “buena labor” es algo común en este tipo de organizaciones y es por ello que las OSFL exitosas y productivas han aprendido que son los cambios de afuera los que constituyen los resultados y a concentrar sus esfuerzos en ellos².

Un ejemplo de esto es el caso de los hospitales. Que comenzaron a suministrar el servicio de salud fuera de sus instalaciones, por razones médicas y no económicas, y a partir de ello se fomentó la creación de centros de cirugía de ambulatoria, centros de rayos X, redes de laboratorios y demás. El lema de la cadena era “si es por el interés del paciente, tenemos que fomentarlo: entonces nuestra tarea será hacer que pague”. Finalmente una definir claramente la misión, incitará el desarrollo de ideas innovadoras y ayudará a entender a otros por que es necesario que sean implementadas, sin importar que desafíen el paradigma de lo tradicional.

² Los centros educativos como organizaciones que aprenden: Antonio Bolivar . Revista Digital de educación y Nuevas tecnologías., Año III, No 18...

Se tenía la creencia en las OSFL que como no se remuneraba el trabajo no se podía exigir, pero en las organizaciones modernas la mentalidad que se tiene es que al ser voluntarios se debería llegar a estar mucho mas satisfechos con sus realizaciones y se deben hacer mayores contribuciones precisamente porque no se tiene paga.

Estos cambios son respuesta a la necesidad de las organizaciones de ser competitivas, y como siempre se cuenta con el dinero justo sus empleados deben ser lo más productivos y responsables posibles para que se pueda aumentar las actividades ya que las necesidades siempre crecerán³.

Día a día hay un mayor número de personas profesionales que laboran en las OSFL, los cuales no se contentan con ser solo colaboradores, sino que para mantenerlo y atraerlos es necesario permitirles hacer uso de su competencia y conocimientos. Gracias a ello el entrenamiento y la permanente capacitación del personal recién llegado es la manera más efectiva de motivar y mantener a los veteranos que ven valorada de esta manera su experiencia.

Apoyando esta actividad, está la responsabilidad, por la cual muchos de los colaboradores insisten en que se analice su rendimiento por lo menos una vez al año, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos fijados para sus tareas y para que a quienes no rindan les sean asignadas nuevas funciones de acuerdo a sus capacidades o en el peor de los casos se retiren de la organización.

Este avance es digno de ser imitado en el mundo de los negocios, ya que se trata de encaminar a los trabajadores a obtener mejor productividad basándose en sus capacidades y preferencias. Las organizaciones sin ánimo de lucro le están enseñando al mundo que para incrementar la productividad se requiere tener una misión claramente definida, una cuidadosa logística, un aprendizaje continuo, y una administración por objetivos y con autocontrol.

³ www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n9/exaula/bgarza.html

No a todas las organizaciones del tercer sector, les ha ido bien, pero muchas se han vuelto mucho más productivas en los últimos diez años, esto se debe a que han descubierto el *management* (la administración y la dirección), palabra que no era bien vista por que significa “grandes negocios”, algo que iba en contravía con la labor social y las buenas intenciones, cosas de las cuales se ha aprendido que por si solas solo producen burocracia.

El mercadeo cumple con muchas funciones importantes en la economía moderna y compleja. Una de ellas es la de proporcionar ciclos de retroinformación para orientar la producción y los servicios que la organización debe generar, para ajustarse a la demanda y a la oferta, y con mayor razón en estos tiempos donde el cambio es cada vez más rápido.

Las OSFL ejercen funciones muy similares a las que realizan las organizaciones que si tienen orientación lucrativa, emplean recursos humanos, técnicos y financieros. Ambas producen servicios o productos, pero con fines diferentes, esos fines pueden ser respuestas financieras o políticas , las OSFL generalmente obtienen respuestas sociales. Las diferencias que en ellas podemos encontrar son más de enfoque que de fondo y se pueden resumir así en el siguiente paralelo:

| MERCADEO | MERCADEO SOCIAL |
|--|--|
| 1. Actividades de investigación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación de mercados ▪ Investigación de producto ▪ Segmentación de mercadeo | 1. Actividades de investigación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis del entorno ▪ Análisis de ideas y proyectos ▪ Población de benbeneficiarios objetivo |
| 2. Actividades de planificación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de productos ▪ Fijación y determinación de precios ▪ Red y canales de distribución ▪ Campaña de promoción y publicación | 2. Actividades de planificación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de programas o servicios ▪ Sustentación de tarifas ▪ Equipos de entrega y ejecución ▪ Medios de promoción y divulgación |

| | |
|--|--|
| <p>3. Actividades de organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura administrativa ▪ Reclutamiento y entrenamiento personal ▪ Motivación empresarial | <p>3. Actividades de organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura administrativa y operativa ▪ Selección e inducción de personal ▪ Motivación social |
| <p>4. Actividades de control</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de resultados obtenidos (cuota de mercado, ventas, etc.) ▪ Medición de costos de mercadeo | <p>4. Actividades de control</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento y evaluación de resultados (aceptación, cobertura de atención, etc.) ▪ Análisis de costos de mercadeo social |

Fuente: Mercadeo social. Jaime Alberto Cabal Sanclemente. Publicaciones IFL. Cali, Junio 19991.

No es usual encontrar un departamento de mercadeo en la estructura orgánica de las OSFL, puesto que aparentemente no se tiene la necesidad de vender, pues cualquier cantidad que se alcance a ejecutar en un periodo de tiempo es bueno. Desafortunadamente esta es una carencia de muchísimas OSFL y la causa principal es la falta de visión a largo plazo y la falta de una misión institucional bien definida, que es lo que finalmente le da proyección a la organización.

La misión institucional expresada en términos de finalidad social busca el desarrollo de programas que conlleven al mejoramiento del bienestar social, de la calidad de vida de la población, pero no solo se debe mirar hacia adentro de la organización, sino también hacia fuera para desarrollar programas que den alternativas de solución a los problemas y dificultades del cliente, comunidad o grupo poblacional

Las OSFL deben cumplir algunos principios que son aplicables a cualquier organización con fines lucrativos:

- Establecer con claridad la misión y los propósitos que deben satisfacer los programas de la organización.
- Definir dentro de la estructura global de las OSFL la posición y el papel del mercadeo social.

- Optimizar los recursos humanos, técnicos y materiales que la OSFL deberá poner a disposición del área de mercadeo.
- Sensibilidad para adaptarse y transmitir permanentemente las cambiantes exigencias del medio ambiente externo.

Los directivos de las OSFL tradicionalmente no trabajan con una visión de mercadeo ya que se creía que era suficiente con hacer la labor social ayudando determinado sector de la población, pero las organizaciones al igual que las empresas deben aprender a realizar planes de mercadeo, por medio de los cuales la realización de sus productos o servicios, cubra las cambiantes necesidades y de esta manera pueda proyectarse al futuro.

El cliente final de las OSFL es el gran beneficiario puesto que él encarna la razón de ser de los objetivos y propósitos de la organización, pero el crecimiento de un programa y su cobertura dependen directamente de la disponibilidad de recursos que se tengan o se puedan conseguir. En la actualidad la labor social día a día cobra mayor importancia ya que el mercado objeto de las OSFL crece rápidamente, al igual que sus necesidades, al mismo tiempo la consecución de recursos para sostener las actividades se vuelve cada vez más complicada, la sola imagen de la organización ya no es suficiente para la consecución de donaciones y beneficios⁴.

Se ha llegado a la imperiosa obligación de cambiar la posición frente a la generación de recursos y volver la organización más productiva, en términos financieros, de todas formas por su carácter institucional, se siguen obteniendo beneficios y recursos a través de donaciones, pero las proporciones han cambiado tanto que prácticamente se han invertido, es por ello que las OSFL tienen que adaptarse rápidamente a la concepción capitalista, sin perder su horizonte social.

⁴ www.alter.org.pe/xclan/congre08.htm

1.1. MARCO INSTITUCIONAL

La FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR es una entidad que fue creada por el Club de Leones, en sus inicios se denominó Banco del antejo, cuya tarea inicial consistió en obtener la donación de monturas usadas para adecuarlas y entregarlas a personas de escasos recursos, para complementar esta labor y prestar un mejor servicio, un optómetra prestaba su asistencia algunas horas a la semana, con el transcurso del tiempo y gracias al esfuerzo del club, la institución se consolidó, adquirió gran prestigio y reconocimiento en el campo de la salud visual, cambiando su nombre por el actual.

En la institución actualmente se prestan los servicios de Optometría, Oftalmología, Ortóptica, y Lentes de contacto, buscando la excelencia en la calidad, para ello se cuenta con profesionales de alta calificación y equipos de las mejores especificaciones, se cuenta con laboratorio propio para montaje de lentes con lo cual se garantiza la calidad y permite tener bajos precios. El servicio de Cirugía ocular se presta mediante convenios con instituciones privadas de prestigio, con “tarifas sociales”, es decir con precios lo más bajo posibles.

La fundación cuenta con dos sedes cerca la una de la otra, ubicadas en la calle 63 # 18-20 y en la carrera 19 # 63-31, en ellas además de la prestación de servicios antes mencionados se hacen las brigadas de salud visual para escuelas, colegios y agremiaciones, en las cuales se distribuye material educativo para el cuidado de los ojos, se hace consulta de optometría y venta de lentes y monturas.

1.2. MARCO HISTÓRICO

Las asociaciones sin fines de lucro nacen desde el siglo XVIII, con los inicios del cooperativismo, propugnando la libre asociación de individuos y familias con intereses comunes para constituir una empresa en la que todos tienen igualdad de derechos y en la que el beneficio obtenido se reparte entre los asociados según su participación, superando la concepción capitalista.

Los objetivos que se perseguían eran de tipo *económico* (reducción del precio de venta, mejoramiento de la calidad), *sociales* (rechazo del beneficio capitalista, defensa ante los abusos del sistema, gestión democrática), educativos (la cooperativa se convierte en centro de actividades culturales).

El paso de los planteamientos doctrinales a los hechos prácticos se dio en Inglaterra Francia y Alemania en 1820 - 1840, con la aparición de las primeras cooperativas de producción, de consumo y de crédito. A finales del siglo XIX se crearon las primeras cooperativas agrícolas y a principios del siglo XX, las primeras cooperativas de pescadores y de vivienda.⁵

La difusión por el mundo comenzó hacia 1920, llegando a América por Canadá y en América del sur en Argentina y Brasil promovidas por inmigrantes europeos. En Colombia llegó gracias a que gentes importantes viajaron a Inglaterra, Bélgica, Holanda y otros estados y llegaron maravillados con las ventajas de las cooperativas (1927), luego hacia 1930 motivados por la crisis económica algunos parlamentarios lucharon por la expedición de la primera ley que habla de cooperativas, y

⁵ Enciclopedia SALVAT Diccionario. Salvat Editores S.A. Barcelona España 1980

que fue aprobada y sancionada con el número 134 de 1931.⁶ Pero solo hacia 1980 se empieza hacer claridad legislativa, sobre las entidades sin ánimo de lucro.

Existe una gran variedad de actividades que se han perseguido bajo los esquemas de asociaciones sin fines de lucro (culturales, científicas, deportivas, educativas, de asistencia social o pública, investigativas, de carácter gremial o de defensa profesional, de esparcimiento, recreación, etcétera), y para ejercerla ante la ley necesitan inscribirse como una persona jurídica

En la legislación se identifican, de ordinario, como formas institucionales de las personas jurídicas sin ánimo de lucro las asociaciones y las fundaciones, consideradas como organizaciones a través de las cuales se busca, por un grupo de personas que ponen en común su voluntad y esfuerzo o por un fundador o fundadores, que destinan bienes y rentas, la obtención de un beneficio no económico, para el grupo participante.

⁶ El cooperativismo camino de la revolución en Colombia. Mario Ortiz de la Roche. 1991

1.3. MARCO NORMATIVO

Se utiliza el término “organizaciones sin fines de lucro” para abarcar una serie de entes muy diversos entre sí, cuyo único aspecto en común, desde el punto de vista jurídico, es que no persiguen un fin lucrativo, en contraposición a las sociedades mercantiles, cuyo principal objetivo es el lucro de los socios⁷.

Son organizaciones a través de las cuales se busca, por un grupo de personas que ponen en común su voluntad y esfuerzo, que destina bienes y rentas, a la obtención de un beneficio no económico, para el grupo participante o para un número determinado de personas.

Los principios que rigen las OSFL son principalmente:

Fines Lícitos: debe ser el límite último que enmarque el tipo de objetivos que estas organizaciones diversas puedan perseguir. Ese fin lícito debe propiciar al beneficio social o perseguir objetivos orientados al desarrollo.

Ausencia de lucro: Lo cual significa en el sentido más preciso, la no distribución de utilidades entre los integrantes de la organización, más que la mera prohibición a no realizar actividades económicas cuyas utilidades sean reinvertidas en los objetivos que persigue la organización.

Independencia del Estado: Las OSFL nacen fuera de la órbita estatal y deben ser independientes y autónomas de está, lo cual no impide que puedan establecer alianzas o relaciones de trabajo

⁷ Tafur, Galvis Alvaro. Las personas jurídicas sin ánimo de lucro y el estado. Colombia, 1998.

conjunto con el estado. Sin embargo, ya es común que el gobierno, inclusive mediante leyes específicas, dotan de importantes recursos y asignan funciones de resorte estatal, muchas veces con el afán de evadir los controles a que están sujetos los entes de la Administración pública.

Estructura Interna Democrática: Las OSFL deben gobernarse a sí mismas de manera democrática, abriendo todos los canales adecuados para la participación de sus integrantes en la toma de decisiones.

1.3.1. Reglas De Organización Y Funcionamiento.

Los participantes en la asociación y el fundador o fundadores gozan de autonomía para establecer las reglas de la organización y funcionamiento de tales entidades. Sin embargo, en ocasiones y en razón de características particulares de las actividades y finalidades, se pueden establecer reglas básicas de los estatutos con miras al reconocimiento de la personería jurídica⁸ :

- Nombre precedido de la denominación jurídica correspondiente a su naturaleza, según se trate de una asociación, corporación, cooperativa, fundación, etc.
- Nombre, identificación y domicilio de los asociados o fundadores.
- Actividades a que se dedicará principalmente.
- El patrimonio y la forma de hacer los aportes. En las fundaciones hay que indicar el monto del patrimonio inicial.

⁸ Decreto Ley 356 de 1975 artículo 12.

- La periodicidad de las reuniones ordinarias y los casos en que habrá de convocarse a reuniones extraordinarias.
- La fecha precisa de terminación de la entidad y las causales de disolución. Debe tenerse en cuenta que la duración es indefinida en las entidades de naturaleza cooperativa, fondos de empleados, asociaciones mutuales y fundaciones.
- Objeto o finalidad
- Órganos de administración
- Liquidación y destinación del remanente de los bienes a una institución carente de ánimo de lucro que persiga fines similares.

1.3.2. Financiamiento De Instituciones Sin Fines De Lucro.

El patrimonio de las instituciones sin ánimo de lucro se conforma por los bienes que integren la dotación inicial hecha por el fundador o fundadores y por las rentas que aquellos produzcan o que asignen los propios fundadores y con los ingresos que perciban durante su existencia por razón de donaciones, asignaciones y como contraprestación por los servicios que presten esas instituciones. Pueden existir fundaciones cuyo patrimonio se integre con recursos del estado o de entidades públicas o privadas.

El artículo 76 de la Constitución Nacional autorizó al Congreso para que mediante Ley provea al fomento de empresas sin ánimo de lucro, auxilios que otorgue la ley. En la actualidad este instrumento de apoyo a las entidades sin fin lucrativo no ha cumplido con el propósito buscado por el constituyente, pues la falta de planes en la materia y la ausencia de una vigilancia apropiada, han favorecido la destinación de cuantiosos

recursos públicos hacia instituciones que no cumplen cabalmente los requisitos de utilidad y beneficio social.

Se ha previsto mantener la prioridad del plan de trabajo en la selección de propuestas de financiamiento correspondientes a las áreas de Educación Ciudadana y Liderazgo democrático.

1.3.3. Contexto Constitucional.

En la “Carta Magna”, la existencia y la acción de las personas jurídicas, se determinan en los artículos 12, 36, 44 y 120, ordinal 19, adicionadas con el ordenamiento del artículo 19, que señala los principios reguladores de la asistencia pública, en esta la Corte Suprema de Justicia afirma “

- a) que la asistencia pública es función del Estado
- b) Que se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar y que la ley determinará la forma como se presta la asistencia y los casos en que deba darla directamente el estado”.⁹

Para efectos de la integración del sistema nacional de salud se definieron entidades adscritas y entidades vinculadas, las primeras “son todas las personas jurídicas de derecho público que presten servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del Estado”, y en las segundas se comprenden “todas las personas de derecho privado que

⁹ Sentencia de agosto 21 de 1975, gaceta judicial nos. 2393 y 2394, Pág. 144 y 145..

presten servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes del Estado, aunque no tengan el control y la vigilancia a que se refiere el artículo 120 ordinal 19 de la constitución política”¹⁰

1.3.4. Control Administrativo Sobre Las Personas Privadas Sin Ánimo De Lucro Vinculadas Al Sistema Nacional De Salud.

Los organismos de dirección, en su respectivo nivel son el ministerio de salud, Juntas seccionales de salud, Unidades regionales de salud, estas deben vigilar, controlar y exigir a las entidades vinculadas “el cumplimiento de las disposiciones que regulan la prestación de los servicios de salud a la comunidad”¹¹.

1.4. MARCO CONCEPTUAL

Con el propósito de evitar confusiones semánticas y consideraciones que podrían estar tangencialmente respecto al rumbo de nuestra investigación nos permitimos dar algunos conceptos y la manera como se utilizan en el desarrollo del tema.

1.4.1. La Competitividad.

El ser competitivo hoy en día significa tener características especiales que nos

¹⁰ Decreto Ley 056 de 1975.

hacen ser escogidos dentro de un grupo de empresas que se encuentran en un mismo mercado buscando ser los seleccionados. Es diferenciarnos por nuestra calidad, por nuestras habilidades, por nuestras cualidades, por la capacidad que tengamos de cautivar, de seducir, de atender y asombrar a nuestros clientes, sean internos o externos, con nuestros bienes y servicios, lo cual se traduciría en un generador de riquezas¹².

De acuerdo a lo anterior podemos entender por competitividad a la capacidad de una organización pública o privada, lucrativa o no, de mantener sistemáticamente ventajas comparativas que le permitan alcanzar, sostener y mejorar una determinada posición en el entorno socioeconómico.

La competitividad tiene incidencia en la forma de plantear y desarrollar cualquier iniciativa de negocios, lo que está provocando obviamente una evolución en el modelo de empresa y empresario. La ventaja comparativa de una empresa estaría en su habilidad, recursos, conocimientos y atributos, etc., de los que dispone dicha empresa, los mismos de los que carecen sus competidores o que estos tienen en menor medida que hace posible la obtención de unos rendimientos superiores a los de aquellos.

El uso de estos conceptos supone una continua orientación hacia el entorno y una actitud estratégica por parte de las empresas grandes como en las pequeñas, en las de reciente creación o en las maduras y en general en cualquier clase de organización. Por otra parte, el concepto de competitividad nos hace pensar en la idea "excelencia", o sea, con características de eficiencia y eficacia de la organización.

La competitividad no es producto de una casualidad ni surge espontáneamente; se crea y se logra a través de un largo proceso de aprendizaje y negociación por grupos colectivos representativos que configuran la dinámica de conducta organizativa, como los accionistas, directivos, empleados, acreedores,

¹¹ (Artículo 10 Decreto 536 de 1975).

¹² Michael porter: Estrategia Competitiva. Compañía Editorial Continental. México. 1996.

clientes, por la competencia y el mercado, y por último, el gobierno y la sociedad en general.

Una organización, cualquiera que sea la actividad que realiza, si desea mantener un nivel adecuado de competitividad a largo plazo, debe utilizar antes o después, unos procedimientos de análisis y decisiones formales, encuadrados en el marco del proceso de "planificación estratégica". La función de dicho proceso es sistematizar y coordinar todos los esfuerzos de las unidades que integran la organización encaminados a maximizar la eficiencia global.

1.4.2. Mercadeo Social.

Para llegar al concepto de mercadeo social es necesario conocer que está involucra la misma definición de mercadeo, pero enfocándolo al beneficio social, entre sus definiciones encontramos que es como una filosofía de administración que se preocupa por movilizar, utilizar y controlar el esfuerzo corporativo global, con el fin de ayudar a los consumidores a resolver sus problemas de manera compatible con el mejoramiento planificado del beneficio de la empresa¹³. Una definición más breve es aquella que plantea que el mercadeo es el conjunto de actividades que relaciona con éxito una organización con su ambiente.

Cuando decimos que bajo enfoque social, no queremos decir en ningún momento que los servicios prestados no se cobren, sino que las tarifas que se cobran están de acuerdo con un estudio de posibilidades en cuanto a capacidad de pago para el usuario y en cuanto a cobertura de costos para la institución.

De acuerdo a nuestras determinaciones definiremos mercadeo social como la interrelación de las necesidades e intereses de comunidades o segmentos

¹³ Investigación de MERCADOS. Kinnear, Thomas y otro. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

poblacionales, con la filosofía, propósitos y objetivos de organizaciones no gubernamentales, cuyo resultado es el diseño y oferta de programas específicos dirigidos especialmente a grupos beneficiarios o clientes¹⁴.

Este componente adicional busca fortalecer capacidades gerenciales y habilidades administrativas, así como mejorar conocimientos y desarrollar destrezas para un desempeño óptimo en la entrega de servicios.

Muchos de los que se oponen a la idea de cobrar a los clientes sostienen que la salud es un derecho humano básico y esencial. El doctor James Foreit, quien ha realizado estudios sobre el tema opina: "Existe una fuerte creencia entre las ONG de que lo que están haciendo debe ser gratuito o costar poco y que debe estar al alcance de todos. Existe una creencia filosófica muy profunda entre algunas personas de que no es correcto generar ganancias".

Sin embargo, los ingresos generados por los pagos también pueden hacer que mejore la calidad de la atención, que se dependa menos de las organizaciones donantes y que aumente la sostenibilidad financiera de las instituciones de este tipo. Los que defienden la idea de cobrar afirman que los pagos también pueden usarse para ampliar el acceso a los servicios. Dentro del sector público, los pagos pueden guiar a los clientes a puntos de prestación de servicios baratos (farmacias en vez de consultorios, centros de salud en vez de hospitales). Los ingresos pueden dar a los directores de programas más flexibilidad en la planificación de las actividades del consultorio y más control sobre las políticas y los servicios de los consultorios. Los pagos cobrados a los clientes de ingresos medianos pueden subsidiar servicios para los pobres y mejorar la eficacia de los servicios al fomentar la competencia entre el sector público y el privado.

¹⁴ Meracdeo social. Jame alberto Cabal Sanclemente . Publicación IFL. A991.

1.4.3. Calidad Total: Estrategia Clave De La Competitividad.

El mundo vive un proceso de cambio acelerado y de competitividad global en una economía cada vez más liberal, marco que hace necesario un cambio total de enfoque en la gestión de las organizaciones.

En esta etapa de cambios, las empresas buscan elevar índices de productividad, lograr mayor eficiencia y brindar un servicio de calidad, lo que está obligando que los gerentes adopten modelos de administración participativa, tomando como base central al elemento humano, desarrollando el trabajo en equipo, para alcanzar la competitividad y responda de manera idónea la creciente demanda de productos de óptima calidad y de servicios a todo nivel, cada vez mas eficiente, rápido y de mejor calidad.

Para comprender el concepto de calidad total, es útil hacerlo a través del concepto denominado "paradigmas"¹⁵. Un paradigma se entiende como modelo, teoría, percepción, presunción o marco de referencia que incluye un conjunto de normas y reglas que establecen parámetros y sugieren como resolver problemas exitosamente dentro de esos parámetros. Un paradigma viene a ser, un filtro o un lente a través del cual vemos el mundo; no tanto en un plano visual propiamente, sino más bien perpetuo, comprensivo e interpretativo.

La calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está localizado hacia el cliente. La calidad total no solo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es la mejoría permanente del aspecto organizacional, gerencial; tomando una empresa como una máquina gigantesca, donde cada trabajador, desde el gerente, hasta el funcionario del mas bajo nivel jerárquico están comprometidos con los objetivos empresariales.

¹⁵ Cambio de Paradigmas Empresariales. Tapscott, Don y otro. McGraw-Hill. Bogotá. 1996.

Para que la calidad total se logre a plenitud, es necesario que se rescaten los valores morales básicos de la sociedad y es aquí, donde el empresario juega un papel fundamental, empezando por la educación previa de sus trabajadores para conseguir una población laboral más predispuesta, con mejor capacidad de asimilar los problemas de calidad, con mejor criterio para sugerir cambios en provecho de la calidad, con mejor capacidad de análisis y observación del proceso de manufactura en caso de productos y poder enmendar errores.

1.4.4. Principios De Calidad.

El proceso de producción es en toda la organización. En la nueva concepción de principios de reingeniería, el elemento humano es lo más importante en las empresas modernas; sobre todo los trabajadores que realizan operaciones directas con la producción y servicios, o sea, quienes según la estructura tradicional de la organización, ubicados en la base de la pirámide, ahora se ha invertido.

La calidad la determina el cliente. La calidad no es tomada en su valor absoluto y científico, sino que es un valor relativo al cliente. El cliente es quien califica la calidad del producto o servicios que ofrece¹⁶

No preguntarse a sí mismo sobre la calidad del producto o servicio que ofrecemos, sino preguntárselo al cliente; será él quien nos diga qué hacer, cómo hacer y para cuándo.

El proveedor es parte de nuestro proceso. En el proveedor se indica la calidad, es parte de nuestro proceso, debe ser considerado como parte de nuestra organización si es que pretendemos la calidad total.

La calidad se inicia en la demanda de nuestros clientes y culminará con su satisfacción; pero el proceso de elaboración se inicia en el proveedor, este debe ser considerado como parte de nuestro proceso de producción, parte de nuestra empresa, al final se forma un mismo equipo. De ese modo nos brindará mejor orientación y mejores productos y servicios; ya no solo ajustado a nuestras especificaciones, sino complementados por una visión real de nuestros problemas y demandas.

Establecer mentalidad de "cero defectos". Cero defectos consiste en tener una actitud sistemática hacia el no-error. Debemos eliminar el uso común de la frase "errar es humano". Al contrario, debemos tener la actitud de que es posible no equivocarse como sistema. Bajo el concepto de "cero defectos" desaparecen los límites de tolerancia, pues estos consagran el error¹⁷.

Finalmente, se puede afirmar que la calidad abarca toda una cultura de una organización (hábitos, conocimientos, tradiciones, costumbres y la historia misma de la empresa). La cultura empresarial representa un papel muy importante en la personalidad colectiva de la organización en su manera de trabajar, de producir, de vender o de relacionarse con los demás.

1.5. MARCO REFERENCIAL

1.5.1. Introducción Y Definiciones.

Es el interés de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá dar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el distrito capital, para la

¹⁶ Competitividad es calidad total. Fea, Ugo. Alfaomega Marcombo. Madrid. 1993.

implantación del sistema obligatorio de garantía de calidad, de conformidad con lo planteado en la reglamentación colombiana. como apoyo a esta motivación, el Centro de Gestión Hospitalaria realizó para la Secretaría un conjunto de guías que enumeramos a continuación:

- Guía para elaborar un manual de calidad, cuyo propósito es apoyar su elaboración, así como contribuir al trabajo de la unidad de garantía de calidad, en su relación con las áreas operativas y en la definición y fortalecimiento del sistema de calidad.
- Guía para evaluar el sistema obligatorio de garantía de la calidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, cuyo propósito es la identificación de fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento en su sistema de garantía de calidad.

El siguiente es el orden en que son presentadas las guías:

En primera instancia, la institución prestadora debe definir una política de calidad y conformar una organización de apoyo consistente en un comité de calidad y una unidad de garantía de calidad

Las cabezas de esa organización de apoyo a calidad estarán en capacidad de evaluar el sistema de garantía de calidad y elaborar un plan de mejoramiento, según normas delineadas.

De forma adicional, la organización de apoyo a calidad pondrá en marcha planes de fortalecimiento de los comités creados.

¹⁷ El nuevo Liderazgo. Dirección de la participación en las organizaciones. Vroom, Victor y otro. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1990.

Una vez cumplido lo anterior, las áreas operativas iniciarán la detección de problemas que retarden el cumplimiento de las metas trazadas en el plan de mejoramiento, los cuales deben ser analizados y solucionados de manera sistemática. La organización de apoyo a calidad puede ofrecer a las áreas métodos adecuados para el análisis y solución de problemas.

Finalmente, tomando como punto de referencia la misma guía, la organización de apoyo a calidad estará encargada de recopilar toda la documentación referente al tema, políticas y organización, que será organizada en un manual.

Durante el desarrollo es importante considerar que su implantación debe enmarcarse en el trabajo que desarrolle la institución.

La primera parte tiene como objetivo el brindar apoyo en la elaboración del manual de calidad. en primer término, contempla definiciones que permiten homologar conceptos, continuando con el delineamiento de los diferentes pasos necesarios para culminar esta labor.

De manera simultánea, proporciona pautas que apoyan el fortalecimiento de la unidad de garantía de calidad (o de quien ejerzan sus funciones) y ofrece instrumentos que permiten el trabajo con las áreas operativas y con los diferentes comités.

1.5.1.1. Calidad De La Atención En Salud: Dimensiones Que Hay Tener En Cuenta Cuando Se Juzga.

Entregamos una serie de definiciones de calidad dadas por los autores más reconocidos en el tema que no se excluyen ni superan en sus diferencias y

semejanzas; el objetivo de esta revisión, además de enriquecernos, es aprender acerca del concepto de calidad

Abedis Donabedian, la persona más reconocida en el mundo en el tema, define calidad como “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”¹⁸ (Donabedian, 1984). RH Palmer, de la escuela de salud pública de la universidad de Harvard, amplía la definición como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario”¹⁹ (Palmer 1989)

Finalmente, como punto de referencia, es conveniente incluir y aplicar al sector salud la definición general de calidad para cualquier servicio o producto, según el profesor Vicente Falconi, la cual es "atender perfectamente, de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario"²⁰ (Falconi, 1992).

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones que merecen ser explicadas en detalle:

La primera y más importante es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles en favor del paciente (Donabedian, 1984). Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.

¹⁸ Donabedian, Paul . Calidad. International Thompson editores. México. 1984.

¹⁹ Enriched jobs mean better inspection performance. Overbach, Maher., Palmer, G y otros. Quality assurance . USA, 1989

²⁰ Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. Falconi Campos, Vicente. Universidade Federal de Minas gerais. Escola de engenharia. Brasil. 1992.

La segunda dimensión es la seguridad, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que ésta se aplique. En el momento de iniciar la atención de un paciente, los servicios que se añaden pueden traer un incremento mucho mayor en riesgos que en beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos (Donabedian, 1984). En la dimensión de la seguridad se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

La tercera dimensión de la calidad es el servicio. Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular, lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente -y por ello en la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma- (Donabedian, 1984). La doctora Palmer añade a esta dimensión la facilidad de acceso; así, si consideramos nuevamente la definición general de calidad, puede concluirse que todo servicio debe ser prestado en el lugar, momento y manera adecuados, lo cual recoge los conceptos de oportunidad y continuidad de la atención²¹ (Donabedian, 1993).

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello. Mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el uso innecesario o inadecuado de servicios genera aumentos sin acrecentar la calidad, desperdiciando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad. Así, si se suprimen

²¹ Administración y control de la calidad. Evans, James y Donabedian, Paul. International Thompson editores. México. 2000

servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño y se convierte en una necesidad fundamental para la calidad.

Debe agregarse que la calidad tiene grados variables y puede ser analizada desde diferentes puntos de vista. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben ser empleados, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Este evaluará los beneficios de su atención por variables subjetivas, como el trato que recibió, el lugar en el cual fue atendido, la oportunidad y confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido (la revisión de los síntomas y el mejoramiento de su condición funcional).

Sin embargo, pocos pacientes están en capacidad de juzgar los aspectos científicos y técnicos referentes a la atención brindada; por ello, la capacidad de educar al usuario para que participe de las decisiones referentes a su atención, es una característica sobresaliente de calidad. Como punto final, al considerar la atención de salud como un bien público, en el que sus beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención, como el agregado de beneficios que resultan para toda la población, dando preferencia a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, involucrando la equidad y el acceso, dentro del juicio sobre calidad.

Así pues, la calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

La preocupación por una mejor calidad debe existir y ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por grupos de ellos que participen en la atención, por la institución que los agrupe, por las empresas que contraten los servicios, y de forma global, por las localidades, municipios, departamentos o países, considerando siempre que en la definición de estándares se incluyan valoraciones sociales que imponen límites a los beneficios individuales, lo cual cabe dentro de la responsabilidad del prestador sobre la calidad

Finalmente, cualquier juicio sobre diferentes dimensiones ya señaladas, tenga mayor incidencia en la calidad debe contemplarlas dando prioridad a aquello que sea resultado de la atención.

1.5.1.2. ¿Cómo Se Logra Calidad En Una IPS?

La primera consideración, como ya se dijo, es la de que la calidad no está, *per se*, incluida en la atención, ni se logra por inercia. Tampoco es un instrumento o un paquete que se compra o se instala y desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad, y a ese conjunto de acciones se le denomina garantía de calidad.

Algunas de estas acciones son evaluaciones externas (como el cumplimiento de los requisitos esenciales y la acreditación), pero en las instituciones y sin presiones externas, los prestadores, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, en el cual subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad.

Al pensar en las dimensiones técnicas, de seguridad y costos, es necesario definir políticas, guías de atención, protocolos y estándares, mejorar la coordinación entre los diferentes profesionales y establecer mecanismos para realizar un monitoreo permanente al proceso de atención; de igual manera, se necesita revisar y redefinir procedimientos y hacer seguimiento para el correcto manejo de equipos, medicamentos e insumos, asegurar la calidad y oportunidad de la historia clínica como mecanismo coordinador de la atención; trabajar en bioseguridad²² y en asegurar la idoneidad del personal responsable del paciente, revisar la forma de selección, evaluación, capacitación; actualización y definición de privilegios clínicos.

Al considerar la dimensión de servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las expectativas de los usuarios, y cómo tenerlas en cuenta al realizar la atención; analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, las condiciones en que fue prestada la atención: el orden, aseo, comodidad y privacidad; considerar si existen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para involucrarlo en las decisiones referentes a su propio cuidado.

De esta forma, un sistema de garantía de calidad en una institución prestadora de servicios es el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades.

1.5.1.3. El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud.

²² Medicina Laboral. Ladou, Joseph. Editorial Manual Moderno. México 1990.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud²³. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud cualquiera. Alcanzar la calidad y mantenerla es, entonces, el reto central.

De manera congruente con las definiciones de calidad que presentamos, el Estado define que la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud; y menciona como parte integral de calidad la accesibilidad, oportunidad, atención humanizada, seguridad, racionalidad técnica, eficacia, idoneidad profesional, continuidad, integralidad y eficiencia.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del sistema nacional de seguridad social en salud para garantizar a los usuarios de los servicios el máximo beneficio con el mínimo riesgo y mayor aprovechamiento de los recursos disponibles, lo que se traduce en prestación de servicios a un costo razonable.

Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

Los objetivos del sistema de garantía de la calidad están dirigidos a garantizar estándares mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida

²³ Administración Hospitalaria. Malagon Londoño, Gustavo. Y otro. Editorial médica panamericana. Bogotá . 1996.

para el mejoramiento de los servicios. Además, se debe promover el desarrollo de una cultura de la calidad entre las personas y entidades que lo conforman y fomentar la sana competencia entre las instituciones prestadoras sobre la base de la calidad en beneficio de los usuarios

El sistema obligatorio de garantía de la calidad debe también estimular el desarrollo de un sistema de información que facilite la realización de funciones de auditoría, vigilancia y control.

Los responsables de implantar el sistema tendrán a su cargo el desarrollo de instrumentos como la declaración de requisitos esenciales, la acreditación de los prestadores de servicios, los planes nacionales de mejoramiento impulsados por el Ministerio de Salud a través del grupo de mejoramiento y las entidades técnicas, los sistemas de información de todo el engranaje, la conceptualización y técnicas de auditoría médica y el componente de evaluación de la tecnología, conceptos y reflexiones que esperan ser debatidas durante la continuación del proyecto de garantía de la calidad.

Los prestadores de servicios estarán encargados del desarrollo de su sistema de garantía de calidad a partir del cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios que determinen el Ministerio de Salud y las entidades normativas y coordinadoras²⁴. También deberán diseñar y ejecutar planes de mejoramiento de la calidad institucional, desarrollar un sistema de información que les permita tomar decisiones e implantar mecanismos de evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios y permitir procesos de auditoría médica. Finalmente, es necesario crear condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de todos los participantes en el mejoramiento de los servicios de salud, gracias a la inclusión de asociaciones de usuarios.

²⁴ Ministerio de Salud, resolución 1347 de 1991.

1.5.2. Qué Es Un Manual De Calidad Y Cómo Elaborarlo.

Un manual de calidad es parte de la documentación de soporte del sistema de garantía de calidad para una institución de salud. Este documento enuncia la política referente al tema y describe el sistema de calidad ideal de una organización.

Esta documentación en cualquier institución o empresa tiene una estructura jerárquica que aborda cada uno de los temas, desde lo general hasta lo específico. Los diferentes documentos conforman lo que suele llamarse la “pirámide documental” (ver figura 1), en cuyo vértice está el manual de calidad que comprende los aspectos más generales, hasta fichas técnicas y formatos, que documentan pasos específicos.



(Figura 1)

Durante mucho tiempo, se consideró que el manual de calidad de una organización era un documento absolutamente confidencial que poseía todo el *know-How* (saber hacer) y por ende su divulgación era limitada a algunas personas de la organización. Actualmente, el manual de calidad se reconoce como un documento sencillo en el cual se muestra cómo está estructurado el sistema de calidad en la organización y relaciona los diferentes procedimientos con que se realizan las actividades descritas en un sistema de calidad; es de entender que

cada una de estas partes del manual debe ser desarrollada hasta el nivel de detalle adecuado a cada organización.

El contenido de un manual de calidad debe incluir:

1. Descripción de la organización.
2. Política de calidad de la institución y objetivos para lograrla.
3. Organización para la calidad (comité, director y unidad de calidad).
4. Comités asistenciales que efectúen seguimiento de los aspectos críticos de calidad, establezcan responsabilidades y formas de trabajo.
5. Estándares que definan el nivel de calidad deseado, ¿Cómo lograrlo y medirlo?.
6. Maneras de realizar seguimiento a los diferentes logros en cada nivel de calidad y la forma de tomar acciones correctivas.
7. Revisión del sistema de calidad mismo.

Aunque no existe un criterio único acerca de por cuál nivel debe empezar la documentación, se recomienda iniciar definiendo los estándares del sistema (norma fundamental de estandarización), continuar por el manual de calidad y los procedimientos específicos o instrucciones de trabajo, con lo cual se logra una mayor efectividad, evitando duplicidad de actividades.

Para buscar apoyar a las instituciones de salud en la construcción del manual de calidad, y simultáneamente, reforzar el trabajo de la unidad de garantía de calidad (o de quien ejerza sus funciones), se siguen los siguientes pasos:

1.5.2.1. Descripción De La Organización.

Como marco al contenido del manual de calidad, se acostumbra iniciar con una descripción de la organización que contenga una breve reseña histórica y documente sus características, como nivel de atención, servicios que presta, población a la que se dirige, empleados, egresos, etc.

- Reúna la documentación sobre políticas y objetivos de calidad. Escríbala en el manual.
- Defina la estructura de apoyo para garantía de la calidad, asigne las responsabilidades y descríbalas en el manual de calidad.
- Defina, inicie o revise el trabajo de los comités para apoyar y hacer seguimiento a calidad. Descríbalos en el manual.
- Promueva la difusión de la documentación de los procesos críticos y reúna en el manual los estándares de calidad, medición, procesos y procedimientos operacionales para productos.
- Defina métodos para revisar su propio sistema de calidad.

1.5.2.2. Documentación De La Política De Calidad.

La política de calidad de una organización es un escrito que plantea el compromiso de la alta dirección de la organización con la calidad en sus diferentes dimensiones, por lo que se referirá a satisfacer necesidades y expectativas de los clientes, garantizar la seguridad del servicio, lograr participación de los empleados, etc. La política se hace realidad con objetivos y metas concretas y con indicadores que se usarán para el seguimiento de estas metas.

Si la organización ha utilizado la metodología propuesta²⁵, tendría su política de calidad ya definida desde el momento en que se elaboró el plan de mejoramiento de calidad. Recordamos que para elaborar este plan es necesario revisar el direccionamiento estratégico y sus áreas: Misión, visión, objetivos y estrategias globales de la organización; además, definir objetivos específicos de mejoramiento de calidad y metas e indicadores para seguimiento del logro de los objetivos.

De esta forma, la tarea que ha de ser realizada incluye:

- Recopilar la política de calidad. Esta información va al inicio del manual de calidad.
- Revisar la congruencia de la misma con las estrategias empresariales, lo cual implica que todo lo que se define como política, realmente esté soportado por objetivos, metas e indicadores.
- Complementar o corregir las deficiencias existentes.

1.5.2.3. Definición De La Estructura De Apoyo A Garantía De Calidad.

La responsabilidad de garantizar calidad es ejercida por todas las personas de la organización y por sus proveedores:

La alta dirección define la política de calidad, los planes para lograrla y lidera el trabajo de la organización en la búsqueda de calidad.

Los jefes promueven la definición de estándares para los procesos críticos, hacen claro el resultado deseado y los requerimientos para los insumos (estándar de calidad), el sistema de seguimiento a esta calidad (estándar de medición) y el

²⁵ Manual de Administradores de Salud Para mejoramiento Continuo. Leebov W, Ersoz CJ. American Hospital Publishing, 1991.

cómo se logra (estándar de proceso y procedimiento operacional). Igualmente y mediante indicadores, hacen seguimiento a la calidad en su área de responsabilidad, detectan de manera oportuna los problemas y aseguran que éstos se solucionen y se prevenga su nueva ocurrencia.

Quienes prestan los servicios participan en la definición de estándares, siguen los procesos como están definidos. Detectan oportunamente los problemas y aseguran que éstos se solucionen.

Los proveedores dan a la organización insumos que satisfacen unos requisitos definidos.

Sin embargo, el director es responsable ante los clientes por la calidad de la atención; por tanto, necesita asegurarse de que todas las personas de su organización están trabajando de acuerdo con las especificaciones de calidad. Normalmente, los directores no poseen el tiempo para hacer este aseguramiento: directamente deben delegar la función en una unidad, grupo(s) o persona(s) que se encargue(n) de la garantía de calidad, que actúe(n) como embajadora(s) del cliente en la institución, que promueva(n) y capacite(n) a las áreas operativas en métodos adecuados y que vigile(n) que las acciones necesarias sean realizadas de manera completa y correcta.

El director debe asignar claramente las responsabilidades respecto a calidad que, dependiendo del tamaño de la institución, requerirán cargos de dedicación total o parcial y diferente número de personas.

A continuación se presentan responsabilidades importantes y opciones de organización de apoyo a calidad.

1.5.2.3.1. Comité de calidad.

Tiene como misión básica iniciar un programa permanente de calidad e institucionalizarlo, definir el plan de mejoramiento de calidad y hacerle seguimiento.

Entre sus funciones estarían:

- Aprobar la política y estrategias de calidad.
- Definir los objetivos y metas anuales y su despliegue a cada departamento o área.
- Asegurar los medios necesarios para la consecución de este plan.
- Efectuar el seguimiento del plan de mejoramiento de la calidad.
- Tomar las decisiones precisas para garantizar la ejecución de las soluciones de problemas.
- Desarrollar y poner en práctica incentivos y reconocimientos para calidad.

Por la importancia de esta responsabilidad y dado que las acciones de garantía de calidad cubren toda la organización, conviene que los miembros de este comité pertenezcan al equipo o comité de dirección y que conformen un grupo interdisciplinario.

Una posible composición de este comité, en una institución grande, sería: el director o gerente, el director médico, la jefatura de enfermería, el director administrativo y los directores de calidad (control interno, garantía de calidad o control de gestión) y planeación.

1.5.2.3.2. Director de calidad o coordinador de calidad.

En un caso ideal, el director o coordinador de calidad depende jerárquica y funcionalmente del director o gerente y es el principal responsable del control de calidad. Él sería el encargado de manejar la unidad o área de garantía de calidad, así como el enlace con el comité de calidad y su apoyo técnico.

1.5.2.3.3. Unidad o área de garantía de calidad.

Esta unidad o área presta apoyo técnico y metodológico a las unidades operativas y de staff, a las comisiones clínicas y grupos de trabajo para la calidad, de forma que se lleve a la práctica el plan de mejoramiento.

Las responsabilidades de esta unidad incluyen:

Poner en funcionamiento, coordinar y evaluar la implantación del programa de calidad.

Brindar metodología y pautas (norma fundamental), capacitar y dar apoyo a las áreas para documentar procesos críticos.

Ofrecer metodologías para el trabajo, capacitar en ellas y dar apoyo a los comités para calidad.

Capacitar y dar metodologías y apoyo técnico a las áreas y comités para efectuar el análisis estadístico de la información.

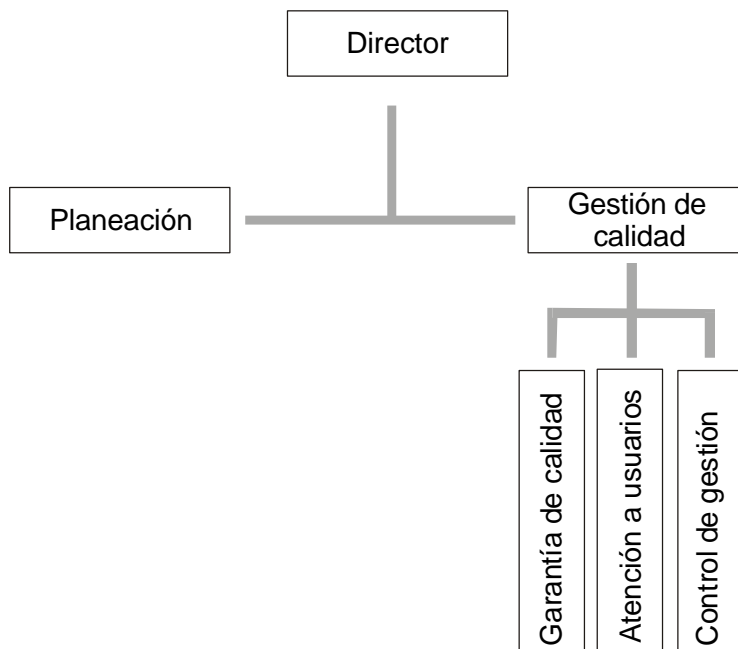
Recopilar mediciones de calidad y suministrar la información al coordinador de calidad.

Medir los costos de calidad y de la no calidad.

Buscar, detectar problemas y ayudar a construir soluciones.

La conformación ideal para esta unidad es un grupo interdisciplinario: un médico, una enfermera y un ingeniero industrial con apoyo estadístico y de sistemas. Al crear esta unidad o asignar responsabilidades dentro de la organización, debe mantenerse la congruencia y unidad en la gestión. El trabajo de la unidad de garantía de calidad se puede referir únicamente a los procesos asistenciales, o se podría crear una unidad que promueva una gestión por calidad de manera integral para toda la organización.

En el primer caso, excluyendo los procesos administrativos, es conveniente contar con una unidad de control de gestión o control interno, que debe trabajar muy de cerca y con metodologías similares y procesos coordinados, para lo cual es conveniente su integración o dependencia de un mismo jefe. Así mismo, debe evitarse la duplicación de funciones y dejar muy claras las responsabilidades entre áreas o unidades de planeación y áreas o unidades de garantía de calidad o gestión por calidad. (figura 2)



(Figura 2)

1.5.2.3.4. Unidad de atención al usuario.

Ésta es la unidad administrativa responsable de la atención al usuario, que debe velar por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones y debe orientarlos en todo aquellos que precisen. Sus funciones son, entre otras, las siguientes:

- Información, recepción y asesoramiento.
- Gestión de reclamaciones y sugerencias.
- Estudios de satisfacción del usuario.
- Estudios para la identificación de necesidades.
- La formación ideal para esta unidad es un profesional en mercadeo.

1.5.2.3.5. Documentación de la organización definida.

Una vez definida la organización que dará apoyo al director para garantía de calidad, ésta debe incluirse en el manual, indicando las responsabilidades de cada área, grupo o personas.

1.5.2.4. Trabajo De Los Comités Para Apoyo Y Seguimiento A La Calidad De La IPS.

Los diferentes comités asistenciales conforman el vehículo a través del cual la institución hace un seguimiento a los principales aspectos de calidad. Éstos identifican, jerarquizan y definen la prioridad de solución de los problemas, analizan sus causas, proponen soluciones y vigilan su implantación y resultados.

- Comité de ética hospitalaria que velará por el respeto a los derechos del paciente.
- Comité de historias clínicas, encargado de coordinar el correcto funcionamiento de los registros clínicos.
- Comité de trasplantes, que garantiza las condiciones adecuadas en entidades donde se presten estos servicios.
- Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica.
- Comité de farmacia y terapéutica, que garantiza la calidad y adecuado manejo de los medicamentos e insumos.

Otros comités con participación en la gestión de garantía de calidad son los siguientes:

- Comité de credenciales, el cual garantiza la idoneidad de los profesionales en salud que trabajan en la institución.
- Comité de auditoria médica y servicios.
- Comité de adecuación tecnológica, que vela por el adecuado funcionamiento de la tecnología.
- Comité de mortalidad, que vigila las tendencias de mortalidad institucional.
- Comité de tejidos y área quirúrgica, que vigila la pertinencia de estos procedimientos.
- Comité de docencia e investigación, el cual tiene la función de soportar el mejoramiento de las prácticas clínicas en evidencia científica.
- Comité *ad hoc*, para análisis de casos y quejas.

Los comités son equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa en cuanto a brindar garantías de calidad, y su éxito o fracaso afecta a la institución en general y a los usuarios.

Es necesario tener total claridad de su responsabilidad y de cómo encajan en el funcionamiento, planes y metas de la organización; se recomienda además su constitución como equipos productivos, lo que requiere métodos, instrumentos y planes de trabajo adecuados; métodos de documentación de reuniones y avances; métodos de interacción entre los miembros; métodos para abordar el aspecto técnico que les corresponde y métodos de análisis y solución de problemas, entre otros.

El primer trabajo que deberá emprender una unidad de garantía de calidad es revisar y fortalecer el buen funcionamiento del sistema de calidad de la institución, trabajando con los comités existentes para verificar su correcto funcionamiento, o dando inicio a los que no existen, partiendo por los que son obligatorios y están reglamentados.

En apoyo de esta tarea están los numerales siguientes.

1.5.2.4.1. Clarificar el propósito y alcance de cada comité.

Ningún equipo es productivo si cada uno de sus miembros no tiene claridad en cuanto al propósito del trabajo, el alcance de su responsabilidad y la importancia del mismo dentro de la organización.

La unidad de calidad (o quien ejerza sus funciones) debe promover una revisión de la misión del comité, si ésta está escrita, o una definición de la misma si no lo

está. Para esto es necesario reunirse con el comité específico, si existe, o con el comité de calidad de la institución, si se trata de iniciar un nuevo comité.

Es conveniente preguntarse por qué y para qué existe el comité, cuál es el alcance de su acción, el resultado de su trabajo y revisar lo establecido en la legislación vigente, si la hubiera. La respuesta de estas preguntas debe ser explicada en su totalidad y estar claramente articulada con la política y objetivos de calidad, que, como ya se dijo, son a su vez un despliegue de la misión, áreas de direccionamiento estratégico, objetivos y metas de la organización. En otras palabras: el comité constituye el “cómo” para el cumplimiento de la política y objetivos de calidad, y su responsabilidad en el cumplimiento de estos objetivos debe estar claramente establecida, de forma que su funcionamiento se articule con los planes de la organización.

Al cumplirse lo anterior, todas las decisiones y logros del comité tendrán importancia, siendo indispensable, como punto final, la asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas acordadas

1.5.2.4.2. Definición del funcionamiento del comité, agenda, métodos de documentación de reuniones y responsabilidades de los miembros..

Las reuniones de un equipo son productivas cuando las reglas son claras. La interacción en las reuniones enriquece a todos y cada miembro del equipo conoce sus funciones, las cumple y respeta su tiempo y el de los demás. Por ello, las primeras reuniones de un comité deben establecer la forma de funcionamiento más conveniente para la tarea y velar por que ésta se pueda realizar de manera eficiente y eficaz.

Es necesario promover el acercamiento entre los miembros, con el fin de compartir experiencias y preferencias individuales, ya que esta integración facilita la Interacción alrededor de la tarea que los une.

El comité debe definir reglas o normas sobre el método de desarrollo de las reuniones, el comportamiento esperado de los miembros del equipo y la forma de interacción que se considere más conveniente. Algunos puntos importantes que hay que determinar son los siguientes:

Lugar, hora y duración de las reuniones.

Definir la asistencia y puntualidad y especificar si las reuniones deben comenzar y terminar a tiempo, si se aceptará la tardanza de algún miembro, motivos válidos de ausencia y conductas que han de ser seguidas.

- Reglas de cortesía para las conversaciones.
- Si se aceptan interrupciones y por qué causas.
- Acordar la presencia de tareas para los miembros del comité, o definir si el trabajo se realizará durante las reuniones.
- Establecer el coordinador de las reuniones y la persona encargada de documentarlas; clarificar si existen otras tareas que se consideren importantes.

Un elemento crítico para el buen funcionamiento de un comité es la total documentación de su trabajo en archivos que contengan todos los registros y actas. Esto permite responder por su trabajo dentro de la organización, hacer presentaciones y educar a otros sobre sus avances, así como reexaminar decisiones pasadas y extraer conclusiones sobre posibles errores cometidos. El comité debe escoger formas de documentación de su trabajo. Puede ser que ya exista algún instrumento preestablecido por la institución, o que deba definir el suyo propio.

1.5.2.4.3. Capacitación a los comités.

La siguiente tarea que debe emprender el comité para convertirse en un equipo productivo o para fortalecerse, es su capacitación en métodos y herramientas de trabajo: Selección de indicadores, estrategias para recoger información (grupos de enfoque, encuestas, estratificación, hojas de verificación, registros), métodos para desplegar la información (histogramas, análisis de Pareto, gráficos de tendencias o gráficos de control), herramientas para visualizar procesos (diagramas de flujo). Métodos de interacción en grupo y análisis de ideas (tormenta de ideas, análisis de afinidades, análisis de relación, análisis de causa-efecto, matrices de priorización y relación), diagramas de árbol y planes de acción.

Es fundamental el fortalecimiento de los comités de garantía de calidad en metodologías de análisis y manejo de información, para apoyar la capacitación de los demás comités.

De igual forma, cada comité debe capacitarse en el área específica bajo su responsabilidad, sea ésta el manejo de historia clínicas, infecciones, farmacia, etc. El papel de la unidad de garantía de calidad (o quien tenga esta responsabilidad) es velar por que los comités busquen material actualizado para revisar sus procedimientos frente al conocimiento de punta, a través de reuniones de presentación de tareas (Clubes de revistas en los cuales todos los participantes preparan un tema, escogiendo por sorteo quien lo expone, para después realizar una discusión académica).

1.5.2.4.4. Definir un plan de trabajo para cada comité.

A partir del PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD, el cual constituye un despliegue del direccionamiento estratégico de la institución, deben también desarrollarse los planes de los diferentes comités.

Despliegue implica que a cada nivel empresarial le corresponde una cierta responsabilidad en la obtención de los resultados de toda la organización. El despliegue busca crear vínculos y lazos interfuncionales que garanticen el acuerdo y el consenso sobre los objetivos, las metas y los métodos para alcanzar los resultados esperados. Implica la distribución y difusión del plan de acción de la organización hacia las unidades operativas.

En cada nivel deberán establecerse y negociarse con el área superior, mediante un proceso de dar y recibir (*catchball*), que evidencia la relación del direccionamiento estratégico con la gestión diaria, los siguientes elementos:

- Objetivos específicos que respondan a las estrategias del nivel inmediatamente superior. Un objetivo es la declaración general de lo que se quiere lograr durante un lapso específico; representan las prioridades de la organización.
- Metas que hay que alcanzar, que constituyen la medida cuantitativa del objetivo; deben ser realistas y estar acordes con la capacidad de la organización.
- Medios (o estrategias) a través de los cuales la organización pretende alcanzar sus objetivos y metas. Las estrategias de un nivel de la organización se convertirán en objetivos del nivel inmediatamente inferior.
- Indicadores de seguimiento, que son la manera para monitorear la meta.

Todo este proceso garantiza que los planes se articulen de manera horizontal y vertical.

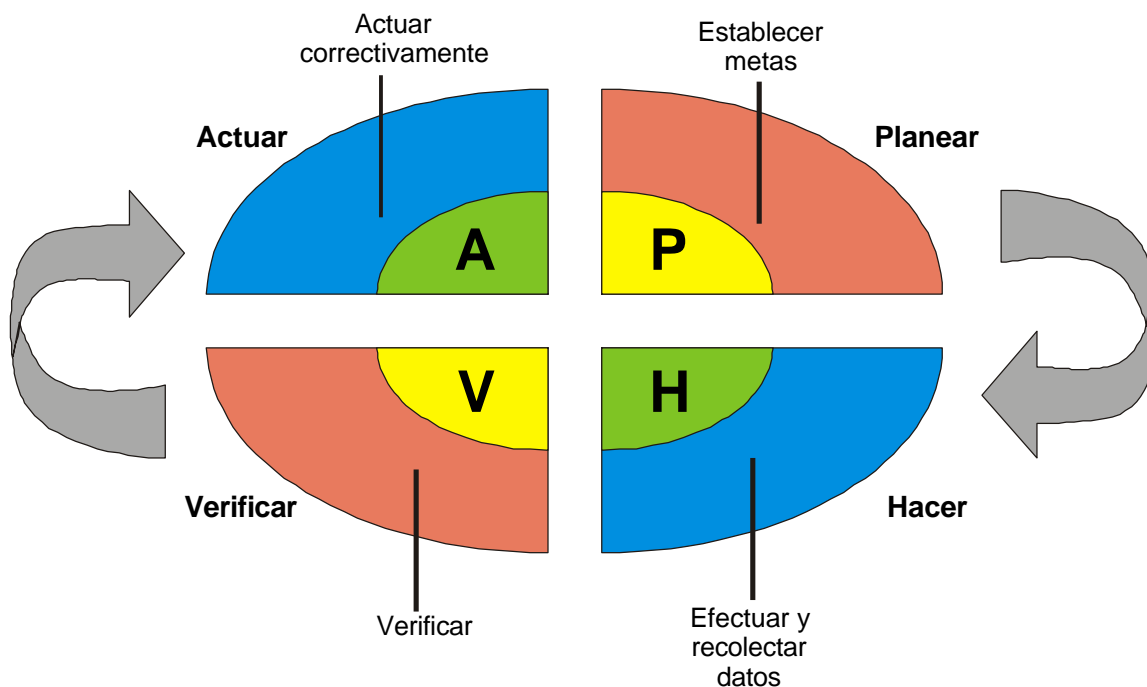
De acuerdo con lo anterior, en el plan de mejoramiento de calidad están definidos los objetivos, estrategias, metas y proyectos o conjuntos de acciones que desarrollan la estrategia. Seguramente el cumplimiento de alguno de estos proyectos es responsabilidad del comité, y para el desarrollo del mismo es necesario definir un plan de trabajo detallado que establezca responsabilidades y asignar medios para hacerlos realidad. Los planes detallados sirven al comité

como tablero de control de las actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto y como medio para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

Para cada proyecto se deben describir las actividades que se han definido como parte de éste (QUÉ), lo cual genera responsabilidades en cuanto a personas (QUIEN); tiempo (CUÁNDO); espacio (DÓNDE) y forma (CÓMO) de desarrollarlas. Además, describe el porqué debe realizarse dicha actividad y cómo debe ejecutarse para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

Los planes detallados deben ser seguidos por el HACER, que consiste en brindar capacitación a los implicados y que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan, así como también la recolocación de los resultados del HACER. Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o realizar seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para conocer, de manera oportuna, si se está logrando o no la meta deseada.

Finalmente si se detectan problemas que pueden impedir el logro de la meta final, es necesario ACTUAR o sea buscar soluciones. Para esto debe haber un seguimiento a las actividades de cada uno de los comités. Este reporte debe ser presentado por el comité a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y ACTUAR, lo que significa que en cuanto se detecte un problema sean identificadas las causas y se busquen soluciones oportunamente. (Figura 3).



(Figura 3)

1.5.2.4.5. Definición, revisión, documentación, seguimiento y mejoramiento de procesos críticos en los comités.

Según sea su responsabilidad, los comités gerencian actividades que afectan a diferentes áreas de la organización y a sus usuarios (clientes internos y externos del proceso), los definen, revisan, hacen seguimiento y proponen cambios. El comité de historias maneja procesos referentes a la historia clínica; el de infecciones, a prevención y manejo de éstas, etc.

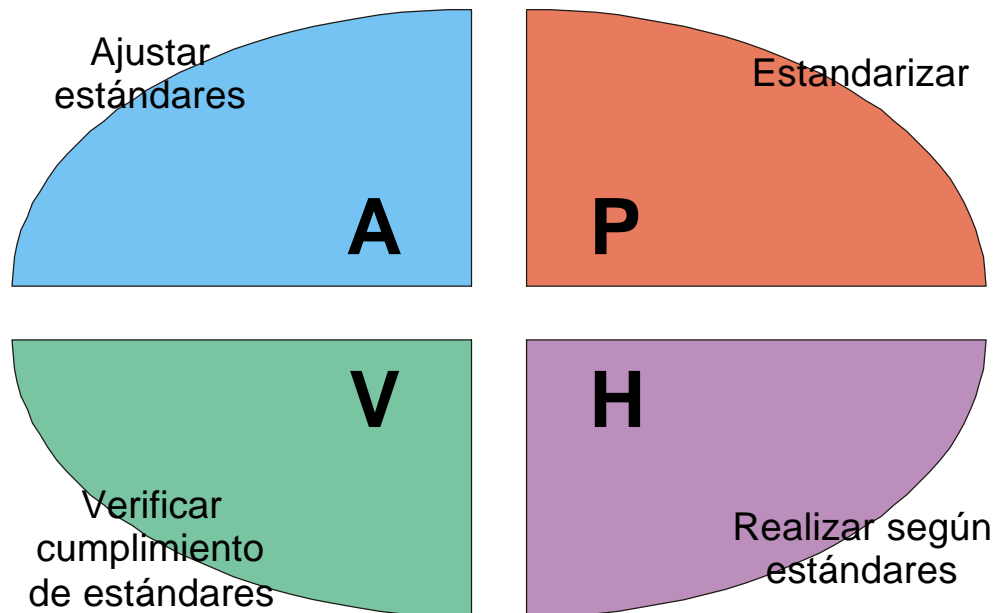
La gerencia de procesos puede ser utilizada por los comités para el planeamiento, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de la siguiente manera:

Planificar la calidad deseada por los clientes implica un esfuerzo por identificar el cliente de cada proceso prioritario, conocerlo mejor, analizar sus necesidades, traducirlas en especificaciones de productos, servicios y procesos, para,

posteriormente, hacer seguimiento con indicadores y gerenciar el proceso para cumplirlas. Se acostumbra llamar a esta etapa la descripción de la función del área que está haciendo el ejercicio.

Las actividades de planeación de la calidad pueden ser aplicadas a un proceso ya existente o a uno nuevo. Lo esencial aquí es concebir un procedimiento que responda y atienda de la mejor manera posible las necesidades de los clientes, mirándolo desde los ojos del cliente y no desde el proveedor. Esto representa un avance importante que implica cambios de actitud y por ello es difícil de lograr.

La vía para lograr la previsión es estandarizando las tareas críticas del proceso. Cuando no existe estandarización, el ciclo de vida de los procesos tiende a erosionar los resultados. (figura 4)



(Figura 4)

Estos procesos se revisan frente a metodologías modernas y las mejores prácticas de instituciones y deben documentarse y divulgarse a todos los afectados por el procedimiento en la institución, para que el hacer se dé en concordancia con los estándares.

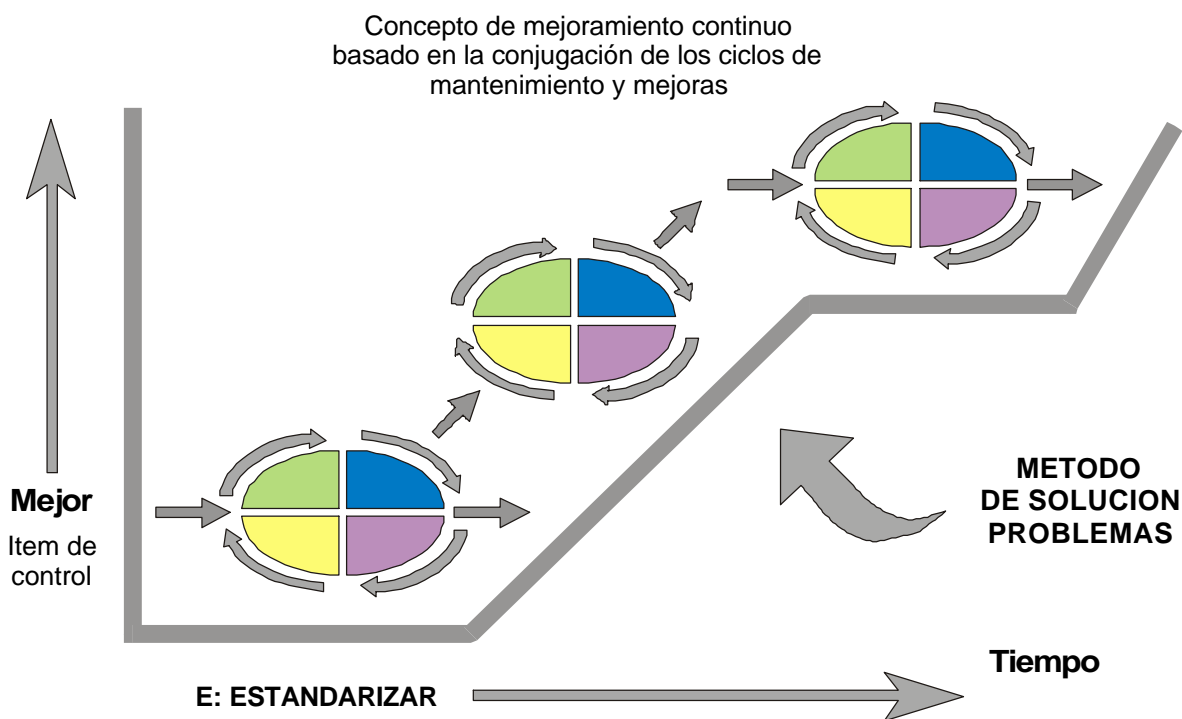
El comité de garantía de calidad está encargado de promover que se documenten los procesos críticos en los comités y en las áreas de la institución; debe ofrecer metodologías adecuadas y comunes a toda la institución y definir una norma de estandarización y documentación de procesos.

Mantenimiento de la calidad. En esta fase¹ la preocupación del comité será asegurar que el proceso ocurra siempre como fue planeado para producir resultados previsibles. Es a través del seguimiento a la estandarización que garantizamos el mantenimiento del nivel de calidad. Cabe mencionar la frase del profesor Vicente Falconi Campos²⁶: "El mantenimiento de los resultados es logrado a través del cumplimiento de los estándares; éste es, quizás, el aspecto más importante de las acciones de control de la calidad".

En esta fase de mantenimiento de la calidad, además de ejecutar las tareas de acuerdo con los estándares, es igualmente importante hacer seguimiento y recoger los datos de los indicadores construidos en la etapa de planeación, referidos a cada una de las dimensiones de la calidad, lo que permitirá identificar resultados no deseados sobre la ejecución de los procesos y, a partir de ahí, identificar causas fundamentales y soluciones definitivas que permitan mejorar los resultados.

Mejoramiento de la calidad. La tercera acción fundamental para los comités en la gestión de la calidad es su mejoramiento para lo cual es necesario alterar las metas y establecer niveles más altos de desempeño; esto llevará a nuevos métodos y procesos, alterando los estándares de manera que las nuevas metas puedan ser alcanzadas. Las oportunidades de mejorar procesos son constantes; la percepción de malos funcionamientos pueden ser evidenciadas a través del seguimiento de los indicadores. (Figura 5).

²⁶ Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. Falconi Campos, Vicente. Universidade Federal de Minas gerais. Escola de engenharia. Brasil. 1992.



(Figura 5)

Para lograr estos mejoramientos, los comités deben identificar, priorizar, analizar y solucionar problemas, que son el resultado no deseado de un proceso. El comité de garantía de calidad debe aprender en profundidad esta metodología para capacitar y apoyar a los comités en su trabajo de mejoramiento de los procesos que garantizan calidad.

1.5.2.4.6. Descripción del trabajo de los comités en el manual de calidad.

Los comités son la base del sistema de calidad de la institución; por ello, deben ser incluidos en el manual, indicando qué comités hay, qué responsabilidad tienen, que relación hay entre su responsabilidad y los objetivos de calidad, ¿cómo se conforman y cómo funcionan?.

1.5.2.5. Apoyo A Las Metas En La Documentación De Procesos Críticos.

De la misma manera que hizo con los comités, la unidad de garantía de calidad (o quien tenga esta responsabilidad) debe promover la documentación de procesos críticos en las áreas operativas, definir un plan de estandarización de acuerdo con las prioridades definidas en el plan de calidad y capacitar a los responsables en las áreas. Para ello, es conveniente remitirse a la guía para documentación de procesos críticos.

Es importante recordar que esta documentación se inicia con la definición de una norma y formatos aplicables a todos los comités y áreas, para que este proceso se desarrolle de manera congruente en toda la institución.

La documentación que se propone para los procesos críticos es la siguiente:

- Estándares de calidad de los procesos, según el resultado que se quiera lograr.
- Estándares de medición, que definen cómo se hace el seguimiento al cumplimiento de ese resultado.
- Estándares de procesos y procedimientos que explican quién, cómo, cuándo y dónde se llevan a cabo las tareas para lograr el resultado.
- Estándares de calidad y medición, procesos y procedimientos operacionales, procesos críticos de áreas y comités, deben reunirse e incluirse en el manual de calidad.

1.5.2.6. Seguimiento Al Propio Sistema De Calidad.

En este punto, ya está definido un sistema de calidad y documentado en el manual, incluyendo:

- La estructura para la calidad.
- Los comités de apoyo, su responsabilidad y funcionamiento.
- Los estándares para los procesos críticos.

El punto que aún es necesario trabajar es la forma como ese sistema será revisado por la alta dirección; para ello, debe haber un mecanismo de seguimiento al trabajo de los comités, las áreas y los proyectos que participen del plan de calidad.

Es necesario indicar quién, con qué periodicidad, cómo y dónde va a revisar los informes de tres generaciones de seguimiento a los planes de cada comité, proyecto y área, y cómo se asegura una respuesta en caso de problemas, en el cumplimiento de las metas.

1.5.2.7. Evaluaciones Externas De Calidad.

El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación frente a indicadores y estándares de estructura, proceso y resultado, según el avance y necesidades para las instituciones del sector. Estos últimos, se refieren a la calidad técnica y a la de satisfacción del usuario. Por ello, la organización prestadora de servicios que ha montado su sistema de garantía de

calidad debería voluntariamente someterse a evaluaciones externas como las siguientes:

Los requisitos esenciales, como estándares básicos, que constituyen el primer escalón de calidad, buscan dar seguridad a los usuarios, y para ello definen las condiciones básicas necesarias para la prestación de servicios de salud y por ende para el funcionamiento de una IPS dentro de un marco legal. De esta manera, la presentación de la declaración de cumplimiento debe ser de interés para las IPS, y su verificación es la primera evaluación de calidad a la que debe estar sometida.

La acreditación como un proceso voluntario en el cual una institución no gubernamental acredita que una institución cumple con estándares elevados de calidad. La acreditación busca promover la mejora continua de las instituciones y lograr un nivel de calidad superior. Se concibe principalmente como una evaluación basada principalmente en los procesos que, siguiendo las tendencias mundiales, debe abarcar indicadores de resultado.

Una vez exista en Colombia un sistema de acreditación, es de interés para la unidad de garantía de calidad que su institución participe en esta evaluación como un instrumento efectivo que promueva el mejoramiento de la misma.

Auditorias externas por parte de los compradores de servicios.

1.5.3. Plan De Mejoramiento De Calidad

Existen múltiples planes con diferentes nombres dentro de una organización: plan general, de desarrollo (en el caso de algunos hospitales públicos, como plan a tres años, de mediano plazo), estratégico etc.

Cuando una organización decide asumir un enfoque de gestión, una de las primeras actividades es establecer un **plan de referencia o estratégico** único sobre lo que pretende hacer, el cual integre los otros planes o propósitos de la organización. Es decir, debe visualizar el proceso de mejoramiento que inicia y establecer unos tiempos y un ritmo a los cuales deberán ajustarse las actividades previstas. A partir de este plan, se articula el trabajo de objetivos específicos, como el plan de mejoramiento de calidad, el cual es objeto de este manual. El plan estratégico o de referencia tendrá un horizonte de tiempo, pero deberá ser revisado y ajustado periódicamente a partir del ritmo real que tome el trabajo que se está desarrollando para involucrar cambios en las condiciones que den mérito a un redireccionamiento.

El establecimiento de la plataforma estratégica permite formulación de un plan que abarca de tres a cinco años ²⁷(Falconi). El despliegue del mismo conduce a formulación de estrategias en los niveles inferiores y a establecer un plan de acción del año. Este plan de acción de un año integra los diferentes planes operacionales de cada una de las unidades involucradas en la ejecución de las políticas de la alta dirección. Se presenta un proceso de cascada, el cual es recogido y ajustado por los responsables de los diferentes niveles ejecutivos.

Dentro de esta metodología el PLAN ESTRATÉGICO abarcará varios planes articulados:

- Plan de la dirección central de la IPS (el cual es objeto del desdoblamiento a los diferentes niveles).

²⁷ Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. Falconi Campos, Vicente. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de engenharia. Brasil. 1992.. Pág. 207.

- Planes ejecutivos en diferentes niveles (productos del primer desdoblamiento del plan de la dirección y de un acuerdo entre el director y los directivos del nivel siguiente).
- Plan de acción a un año, que guía los planes ejecutivos y operativos
- Planes operativos, en cada uno de los sitios de la operación (producto de desdoblamiento a niveles inferiores).

La elaboración, discusión y ajustes, durante la etapa de planeación, deben lograr el compromiso de los diferentes actores frente a las METAS, que son acordadas en cada nivel con responsables de las acciones que se desprenden del plan general. Los planes temáticos, como los de mejoramiento de calidad, de sistemas, de desarrollo tecnológico etc., se integran y hacen parte del plan estratégico, como un desdoblamiento de los objetivos y estrategias globales definidas para la organización.

El plan de mejoramiento de calidad es un componente del soporte documental del sistema de garantía de calidad y consiste en un conjunto de documentos en los cuales se trazan las grandes líneas estratégicas de mejoramiento de la calidad en la organización y se hacen explícitas las acciones que se van a emprender y los medios para ello.

Este plan puede ser general, orientado a mejorar aspectos clave de la calidad en toda la organización (por ejemplo: desarrollo del sistema de información, desarrollo del talento humano, etc.) o específico, orientado al mejoramiento de la calidad, en un espacio concreto de la organización (por ejemplo: desarrollo para un servicio después de una visita de auditoría o de la verificación de requisitos esenciales).

No existe un formato único para formulación de los planes de mejoramiento de la calidad, pero en esta guía proponemos algunos que pueden ser tomados por las instituciones para desarrollar los propios. Los planes de mejoramiento tienen

sentido en la medida en que se apliquen; por ello, los de calidad deben ser una prioridad para la dirección.

Para que ello sea posible, es necesario que estén articulados con el plan estratégico o de referencia que guíe el rumbo de la institución. Igualmente, para que sean operativos deben desplegarse a las diferentes áreas de la organización y dejar explícito las acciones que hay que realizar, cómo, cuándo, donde y quién las llevará a cabo. Y finalmente, para su cumplimiento deben tener indicadores y ser objeto de seguimiento regular.

Los pasos que han de ser seguidos para la elaboración del plan se presentan en el siguiente diagrama de flujo, clasificados en preparación, desarrollo y seguimiento. El resto del capítulo da explicaciones básicas para llevar a cabo esos pasos.

1.5.4. Pasos Para La Construcción Del Plan De Mejoramiento

1.5.4.1. Preparación Para El Plan.

- Seleccionar un grupo responsable del direccionamiento y un coordinador
- Capacitarlo en un seminario-taller práctico.
- Conseguir los insumos necesarios.
- Evaluación de su sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Direccionamiento estratégico de la institución.
- Otros planes existentes.

1.5.4.2. Desarrollo Del Plan.

La etapa de preparación busca conseguir los insumos indispensables para la elaboración del plan de mejoramiento de calidad: un grupo idóneo y capacitado, la evaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad en la institución y el plan estratégico de la institución u otro plan macro para el desarrollo de la misma.

1.6.1. Conformación De Un Grupo De Trabajo Idóneo.

La primera tarea que hay que emprender es la conformación del grupo a cargo de elaborar el plan de mejoramiento en calidad. Este es un trabajo que compete al personal de dirección de la IPS, es decir, a quienes le reportan al gerente o director. Sugerimos un número de personas entre cinco y ocho, quienes serán responsables, entre otras acciones, de leer y analizar los documentos que sirven de insumo al plan, formularlo y ejecutarlo.

Para la selección de los miembros de este grupo, considere entre otros los siguientes aspectos: la capacidad de trabajo en grupo del candidato; su conocimiento de la organización y del entorno, buscando que sea lo más amplio posible; su formación o experiencia en técnicas de planeación y su capacidad y posición de liderazgo en la institución para que él - se aplique posteriormente.

1.6.2. Capacitación Del Grupo De Trabajo.

Una vez se tenga el grupo, éste debe realizar un seminario taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan funcionar bien como grupo.

El propósito de este taller es comprender los requerimientos del sistema obligatorio de garantía de calidad, analizar las necesidades de los usuarios que deben ser garantizados y manejar herramientas de calidad como tormenta de ideas, diagrama de afinidad, diagrama de relación y diagrama de árbol.

1.6.3. Recolección De Información Indispensable Para El Plan.

El grupo de trabajo debe reunir la información básica para la elaboración del plan. Ésta incluye el direccionamiento estratégico de la institución y otros planes vigentes que existan para la organización, como el plan de desarrollo institucional y la evaluación previa del sistema de garantía de calidad.

Para la elaboración de un plan de mejoramiento de calidad, es indispensable tener un direccionamiento estratégico, por lo siguiente: el grupo deberá (posteriormente) analizar los grandes -sitios definidos para la organización, misión visión, valores y áreas de direccionamiento, que deben servir de guía para definir las prioridades que se incluyan en el plan de mejoramiento de calidad. Igualmente debe tomar el análisis estratégico (DOFA) que haya hecho la institución y enriquecerlo con el resultado de la evaluación del sistema de garantía de calidad . También deberá revisar los grandes temas de planeación de la organización, objetivos, estrategias y metas, buscando que el plan de calidad se articule con los planes estratégicos de la organización. Si la organización no tiene un direccionamiento estratégico claro, sería muy conveniente que buscara un apoyo externo para definirlo.

La evaluación del sistema de garantía de calidad es necesaria porque con ella el grupo conoce las fortalezas y carencias. Esta evaluación trabaja dos aspectos: supone o involucra que la institución ya presentó su declaración de requisitos esenciales y que las carencias referentes al cumplimiento de esta obligación están identificadas, y adicional a estos requisitos de obligatorio cumplimiento, se trabajan otras fortalezas y oportunidades de mejoramiento frente a un conjunto de criterios que se consideran importantes para tener un adecuado sistema de respuesta a usuarios, pero que van más allá de los obligatorios.

Para hacer esta evaluación del sistema de garantía de calidad, puede utilizar la guía correspondiente. Sería ideal que el mismo grupo de trabajo de elaboración del plan participara o hubiera participado en la evaluación del sistema de garantía de calidad.

Finalmente, el grupo debería reunir, si existen, otros planes como plan de infraestructura, de informática, de capacitación, etc., que sean vigentes y atraigan la atención de la gerencia, para que el plan de mejoramiento de calidad se armonice con ellos y todos conformen un único plan estratégico, donde los diferentes planes son despliegues y desarrollo de unos objetivos y estrategias de toda la organización.

1.6.4. Definir Objetivos, Estrategias, Proyectos Y Desplegar Hacia Las Unidades Operativas.

Una vez establecidos los problemas prioritarios derivados de las debilidades y amenazas que plantea el entorno, el equipo debe concentrarse en definir objetivos de mejoramiento, formulando estrategias y proyectos que contribuyan a los objetivos del plan estratégico de la organización. Para ello recordamos que:

- Un objetivo es una declaración general de lo que se quiere lograr durante un lapso específico. Representan las prioridades de la organización.
- Las estrategias son los medios por medio de los cuales la organización pretende alcanzar sus objetivos.
- Los proyectos son conjuntos de acciones que desarrollan estrategias

El grupo debe garantizar que con los objetivos, estrategias y proyectos que definan, se aprovechen las fortalezas encontradas y se definan estrategias que utilicen las oportunidades registradas en el análisis DOFA para lograr un plan de mejoramiento integral.

También debe tener en cuenta que el Plan de mejoramiento de calidad es un despliegue del direccionamiento estratégico; es decir, los objetivos de mejoramiento de calidad son una continuación en cascada o un desarrollo de los objetivos estratégicos globales de la organización.

El despliegue implica que a cada nivel empresarial le corresponde una cierta responsabilidad en la obtención de los resultados de toda la organización. La dirección central traza las políticas de toda la organización; las subdirecciones establecen sus propios objetivos y metas los cuales son desplegados en forma de proyectos en las divisiones o departamentos y allí, a su vez, se despliegan como actividades en las secciones y unidades operativas básicas. El despliegue busca crear vínculos y lazos interfuncionales que garanticen el acuerdo y el consenso sobre los objetivos, las metas y los métodos para alcanzar los resultados esperados. Implica una distribución y una difusión de acción, hacia las unidades operativas.

En cada nivel deberán establecerse y negociarse con el nivel superior mediante un proceso de DAR Y RECIBIR (*catchball*), que evidencia la relación del direccionamiento estratégico con la gestión diaria, los siguientes elementos:

- Objetivos específicos que respondan a las estrategias del nivel inmediatamente superior.
- Metas a alcanzar evaluando la capacidad de la unidad correspondiente
- Medios para lograr las metas que se convertirán en objetivos del nivel inmediatamente inferior.
- Indicadores de seguimiento.

Todo este proceso garantiza que los planes se articulan de manera horizontal y vertical.

De acuerdo con lo anterior, y reconociendo que la unidad responsable de garantía de calidad es parte de la organización, sus planes deben desplegarse y articularse con el direccionamiento de la organización de la manera explicada.

Se deben revisar los objetivos y estrategias globales de la organización y utilizar toda la imaginación para responder cómo contribuir al logro de esos objetivos desarrollando las estrategias. También hay que definir unos objetivos de mejoramiento de calidad, unas estrategias para lograr esos objetivos, unas metas y unos indicadores o medidas para seguimiento del logro de los objetivos.

Para definir una meta realista o factible de cumplir, el grupo debe analizar el problema, su estado actual frente al deseado, analizar el proceso necesario para franquear la diferencia y definir un valor cuantitativo al logro del objetivo, un plazo para lograrlo y una medida o forma de medición que utilizará para evaluar su cumplimiento.

El grupo debe pensar y definir como sus objetivos, estrategias y metas serán desplegados a las áreas operativas de la organización, en forma de proyectos que realizará cada área o un equipo específico interfuncional. Para hacer este despliegue, puede utilizar el diagrama de árbol que es una herramienta que busca

garantizar un despliegue armónico de las acciones que deben ejecutarse para formular un plan realizable y caracterizable.

El trabajo realizado por el grupo hasta este momento debe ser aprobado por el director, para iniciar su despliegue a las áreas operativas.

1.6.5. Documentar El Plan De Mejoramiento De Calidad Detallado.

Los objetivos, estrategias y metas deben ser comunicados a y negociados con las áreas operativas, de forma que cada miembro del grupo que elaboró el plan (conformado por el grupo primario del director), trabaja objetivos y metas con el equipo del área respectiva; este proceso continua bajando de un nivel superior al inmediatamente inferior hasta que todas las metas sean acordadas.

Una vez definidos los proyectos que hay que emprender en los diferentes niveles de la organización, descritos en el diagrama de árbol y es necesario trabajar en la definición de responsabilidades y asignación de medios para hacerlos realidad. Para cada proyecto emprendido se deben describir las actividades que se han definido como parte de éste (QUÉ) y generar responsabilidades en cuanto a personas (QUIEN), tiempo (CUÁNDO), espacio (DÓNDE) y forma (CÓMO) para desarrollarlas. Además, describe el por qué debe realizarse dicha actividad y cómo debe ejecutarse para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

La persona encargada de definir los detalles de cada proyecto es el responsable del mismo. Así, este trabajo debe empezar por el grupo de trabajo para elaboración del plan y, bajo su dirección y coordinación, continuar en los

diferentes niveles de la organización según responsabilidades asignadas en el diagrama de árbol.

Los planes detallados sirven al responsable del proyecto como tablero de control de actividades, e instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto y para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

Para cada objetivo, el responsable del mismo debe llenar un formato con el plan detallado, correspondiente al logro de ese objetivo.

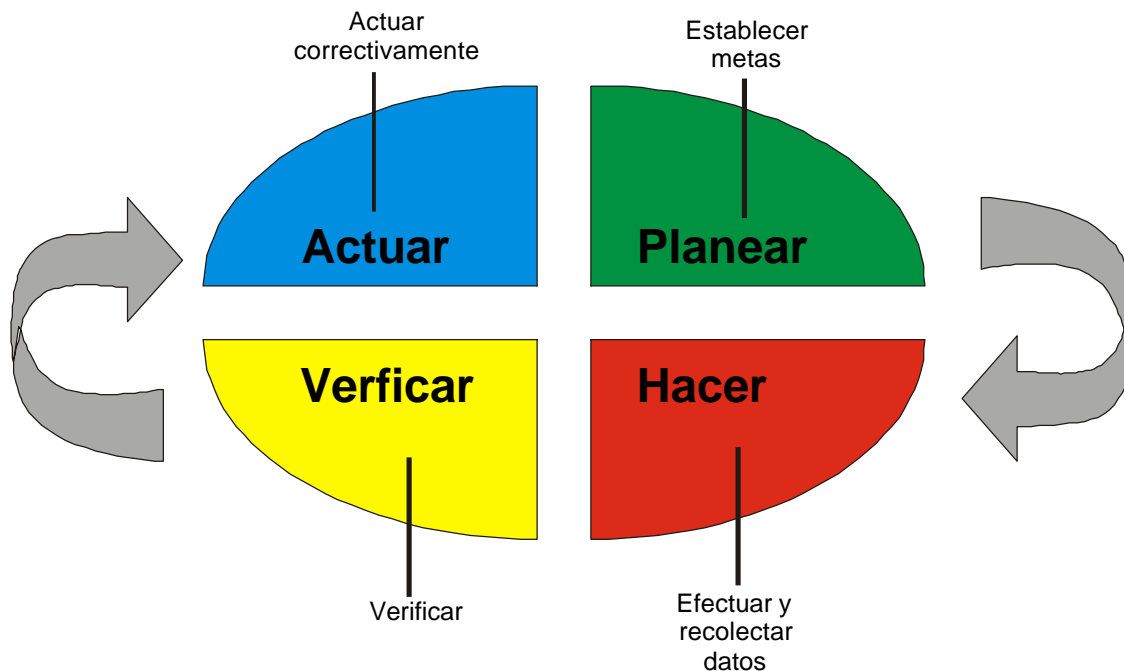
Este conjunto de documentos constituye el plan de mejoramiento de calidad, que debe guiar el ritmo de los proyectos durante el periodo constante y ser objeto de seguimiento por el grupo, utilizando los indicadores o medidas definidas para cada meta.

Igualmente, es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo.

Este cómo debe incluir un formato o forma de recolección de información (manual o por computadora) y una forma de análisis de información para calcular el valor del indicador.

1.7. SEGUIMIENTO DEL PLAN.

El ciclo PHVA es un método gerencial básico que se aplica a una organización, a su plan estratégico, a un área o a un proceso.



(Figura 6)

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitación de los implicados y que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleguen a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Para ello son necesarias dos condiciones:

- Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

- Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo. Éste lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

CAPITULO II

1. DIAGNOSTICO INICIAL DE LA FUNDACIÓN LEONÍSTICA DE SALUD OCULAR

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, empresa sin animo de lucro, con 25 años al servicio de la comunidad, es una institución creada por gentes de buena voluntad que tan solo perseguían el objetivo de prestar un servicio a la gente necesitada visualmente de bajos recursos económicos, así fue como su administración desde los comienzos empezó a notar cierto grado de planeación y organización, y a través de los años ha venido deteriorando dichos procesos, puesto que el mercado objeto ha venido creciendo y los servicios han ido mejorando a favor del cliente, pero la radiografía de la empresa esta mostrando serios problemas administrativos de tradición, puesto que las juntas directivas que cambian cada año, son de la tendencia no continuista, y manejan las riendas de la empresa a puro olfato.

Es urgente garantizar para el futuro próspero de la organización una asesoría empresarial que reestructure la columna vertebral de la empresa, cree una cultura organizacional, presente lineamientos claros en cada departamento, manuales de procesos, estudios de tiempos, etc., que fortalezcan las ventajas de calidad y eliminen las falencias que existan actualmente.

Son cuarenta y cinco empleados que necesitan ser ordenados y entrenados para el servicio, y no como se hace actualmente tenidos en cuenta para cubrir las necesidades del momento.

La Fundación es una empresa diseñada para prestar servicios de salud visual y ocular a la sociedad de más bajos recursos, prestando atención de Optometría y Oftalmología a muy bajos costos y de manera permanente.

Trabajan allí en diferentes turnos 14 optómetras graduados en la Universidad de la Salle y 10 Oftalmólogos graduados en especialización en diferentes escuelas, paralelo también se ofrecen servicios de Lentes de Contacto y Ortóptica, Optica y pequeñas cirugías e intervenciones a nivel ocular.

El personal administrativo esta dividido en tres grandes áreas: los que tienen contacto con el cliente final: recepción, cajas, óptica, seguridad, servicios generales. Los del área contable, de almacén y sistemas y los empleados del laboratorio donde se ejecutan el montaje de anteojos.

La tradición de la empresa ha sido siempre destinar una persona que bajo el nombre de asistente administrativo realice las labores de administración del negocio como tal, pero ninguno de los que por allí ha pasado ha tenido el perfil necesario para tal labor y por lo tanto siempre se ha actuado de momento y de acuerdo a los requerimientos de la situación histórica de la Fundación.

La carta Corporativa de la Fundación se desconoce, porque se trabaja con la carta corporativa del leonismo internacional, corriente filosófica diferente al actuar propio de la empresa desde que se constituyó, a pesar que los miembros del consejo directivo y de la dirección militan en sus estatutos.

Por otro lado al no existir un organigrama de la empresa, no existe tampoco un manual de funciones de cada cargo específico y por lo tanto se manejan diferentes

líneas de autoridad y se presta para que entre los mismos empleados haya sentimientos de insatisfacción al solicitárseles otro tipo de labores a las que normalmente ejecutan.

El grupo de profesionales esta adscrito a la fundación sin ningún documento de pacto o contrato que lo sustente, por lo tanto ellos tienen un turno asignado que pueden manejar a voluntad, es decir no hay reglas, lo cual permite desorganización a la hora de que uno de ellos decida faltar o llegue tarde etc. y finalmente no establece con ellos ningún pacto de pertenencia a la institución. Se observa fácilmente la figura de no exigencia de parte y parte por no existir ningún formalismo pactado.

Los procesos de mercadeo y presentación de la Fundación para atraer nuevos mercados no existen. La imagen institucional esta descuidada, La planta física esta deteriorada, la atención al usuario es de muy mala calidad. No hay estímulos para el empleado, no hay motivación para trabajar a gusto y en general el clima organizacional que se observa es de muy bajo perfil.

Cuando decidimos realizar la consultoria empresarial con la Fundación empezamos por plantear la idea a la directiva del momento, quien se torno reacia a colaborar, tuvimos que esperar un prudente tiempo esperando el cambio de director para empezar nuestra labor de socializar con los empleados y aplicar los instrumentos que nos iban a dar una idea del estado organizacional de la empresa y su estructura administrativa.

1.2. CUESTIONARIO

El propósito del cuestionario es proporcionar una herramienta confiable que permita extraer por medio de la estadística y del análisis de sus resultados, la posición competitiva de la institución en la cual se desarrolla el estudio y tener bases sólidas que nos permitan la identificación de problemas, a los cuales propondremos posibles soluciones. (VER ANEXO 1)

El cuestionario consta de once partes denominadas así:

- Características Generales De La Empresa
- La Dirección
- Equipo Directivo
- Políticas Y Procedimientos
- Funciones Y Actividades
- Indicadores De Desempeño
- Posición Competitiva
- Entrenamiento
- Aseguramiento De La Calidad
- Proyectos De Mejoramiento
- Cultura Organizacional

Cada parte contiene una serie de preguntas las cuales son de tipo cerrado y se marcan con una equis en el recuadro correspondiente, se aplicó en la Fundación Leonística de Salud Ocular, luego de la aprobación de la junta Directiva y gracias a la especial colaboración de el Señor José Santofimio, director a junio 30 de 2000.

La respuesta que encontramos a la sugerencia de relacionar en una encuesta la situación histórica de la fundación en ese momento fue buena con la participación

del 70% de los empleados lo que para nosotros fue en primera instancia significativo.

Las respuestas fueron en su orden analizadas de la siguiente manera:

1.2.1. Características Generales De La Empresa:

1. El 100% de la muestra encuentra saber que la empresa es una entidad de servicios de salud visual y ocular, que es a nivel nacional, sociedad sin animo de lucro, que funciona únicamente en Bogotá en el sector norte y que presta servicios de Oftalmología, optometría, óptica, ortóptica, cirugía y lentes de contacto. Que sus servicios los presta en su única sede principal.
2. El 33% posiciona a la empresa como los primeros en ofrecer estos servicios, el 27% como el segundo y el resto como el tercero.

1.2.2. La Dirección:

1. El 60% de los empleados consideraban que la misión de la empresa solo esta en la mente de la parte directiva, el 33% aseguran que esta en documentos y el resto creen saber que esta en avisos en algún sitio de la empresa.
2. El 80% de los empleados consideran que la misión de la empresa no existe o por lo menos no la conocen, el 10 % creen que es adecuada y el resto que es obsoleta.
3. El 80% de los empleados llevan más de 10 años trabajando en la empresa y el resto entre cinco y diez años.

4. El 87% de la muestra indica que las transformaciones que ha tenido la empresa ha sido por imposición de la dirección y el 13% restante asegura que es por acatar sugerencias.
5. El 67% de la muestra asegura que la misión de la empresa es consolidarse en el mercado y el resto dice que es penetrar nuevos mercados.
6. El 44% de los empleados encuestados cree que cuando la empresa es evaluada respecto a su misión, ellos son informados de los resultados por un superior y en forma personal, el otro 44% se entera por conversaciones informales y el resto participa de las reuniones.
7. El 100% de los empleados aseguran que para la toma de decisiones de la empresa solamente hacen parte los superiores.
8. El 53% de los empleados encuestados no conoce los objetivos de la empresa, el 40% los conoce someramente y el resto no los conoce.
9. El 46% de la muestra cree que los objetivos de la empresa son cuantificables, el 27% dice que solo algunos de ellos y el resto asegura que no se pueden cuantificar.
10. El 47% de los empleados considera que los objetivos de la empresa están diseñados para cumplir en un plazo menor a un año, el 33% a más de cinco años, y el resto entre uno y cinco años.
11. El 12% de la muestra indica que los equipos que se usan en la fundación son desactualizados, el 33% medianamente actualizados y el resto piensa que son actualizados.
12. El 51% de la muestra piensa que el servicio que la empresa presta es muy bueno, el 33%, bueno, el 13% excelente y el resto regular.
13. El 60% piensa que el servicio que la empresa presta se basa en calidad y el resto, piensa que se basa en el bajo costo.

1.2.3. Equipo Directivo.

1. El 67 % de los empleados encuestados sabe que la estructura directiva es de tipo piramidal y el resto cree que es de tipo plano.
2. El 53% de los empleados califica de muy buena la labor del equipo directivo en cuanto al aporte y logro de la empresa, el 40% dice que es excelente y el resto piensa que es buena.
3. El 43% de los empleados encuestados considera que los directivos se preocupan por el bienestar del paciente, el 40% dicen que es por el beneficio económico y el resto dividen sus opiniones entre capturar mayor mercado, aportar a la investigación y bienestar de los subalternos.
4. El 59% de los empleados considera que el mecanismo que más utilizan los directivos para transmitirles información es las reuniones y el resto piensa que es la vía personal.
5. El 60% de los empleados aseguran que la comunicación entre directivos y subalternos se hace de manera personal y el resto dice que es informal.

1.2.4. Políticas Y Procedimientos.

1. El 50% de los empleados saben que las políticas de la empresa están escritas detalladamente, el 33% no lo sabía y el resto no sabía que había políticas empresariales.
2. El 26% de los empleados encuestados creen que las amenazas de la empresa son la falta de integración al sector, el 25% el cambio de

tecnología, el 17% la competencia, el 16% el costo del servicio, el 9% las políticas del gobierno y el resto la capacitación del personal.

3. El 34% de los empleados piensa que las oportunidades con mayores probabilidades son establecer nuevos servicios, el 28% establecer alianzas estratégicas, el 21% traer nuevas tecnologías, el 14% penetrar nuevos mercados y el resto crear sucursales.
4. El 61% de los empleados encuestados aseguran que las expectativas sociales de la empresa son para el beneficio de la población de la zona, el 33% para beneficio de la población de la ciudad y el resto para la población del departamento.
5. El 83% de los empleados no sabe si existe un manual de funciones, el 2% asegura que no existe y el resto indica que si.
6. El 93% de los empleados asegura que los procedimientos que existen en la empresa han sido decisión de los directivos y el resto piensa que ha sido por decisión unánime del personal.
7. El 51% de los empleados pide autorización a un superior cuando la actividad a realizar se sale de los procedimientos comunes, el 41% pide consenso en su división y el resto hace analogía con situaciones similares.
8. El 75% de los empleados cuando desea hacer una sugerencia sobre alguna actividad o procedimiento lo comunica directamente sobre el encargado, el 19%, envía un documento escrito y el resto lo ignora.

1.2.5. Funciones Y Actividades.

1. El 70% de los empleados sabe que ocupa su puesto dentro del área de servicios diferente a parte operativa, administrativa o directiva. , el 20% pertenece al área operativa y el resto al área directiva.
2. El 90% de los encuestados no participa en ningún tipo de reunión de la empresa, el 10% restante lo hace en reuniones de tipo directivo.
3. El 67% de los empleados encuestados tienen a cargo entre 1 a 2 personas, y el resto a más de 10.
4. El 79% de los empleados aseguran que el presupuesto que se asigna en la empresa es para un periodo de 1 año y el resto para periodo de un semestre.
5. El 67% de los empleados contestan que manejan entre un 10 y un 15% del presupuesto de la empresa y el resto responde que de un 15 a un 20% del mismo.
6. El 67% de, los empleados aseguran que el presupuesto de la empresa esta entre 10 y 20 millones, el 20% dice que es menor a diez millones y el resto que esta entre 20 y 30 millones.
7. El 100 % de los empleados encuestados rinden informe de actividades cada mes a su jefe directo.
8. El 45% de los empleados trata en su mayoría con pacientes, el 32% trata en su mayoría con proveedores y el resto con visitantes médicos o con nadie.

1.2.6. Indicadores De Desempeño.

1. La empresa presta servicio al mercado en un porcentaje entre:

El 66% de los empleados dice que 15 a 30%, el 10% que entre 30 a 40%, el otro 10% que entre 5 a 10 % y el resto que entre 2 a 5%.

2. El 100% de los empleados encuestados cree que más del 25% de los clientes de la fundación no han vuelto a regresar.
3. El 54% de los empleados trabaja a la semana seis días, el 33% trabaja cuatro días y el resto tres días.
4. El 50% de los empleados trabaja al día menos de cuatro horas día, el 47% lo hace por ocho horas día y el resto por más de 8 horas día.
5. El 53% de los encuestados atiende un promedio de 10 a 15 pacientes al día, y el resto entre 5 a 10.
6. El 50% de los empleados creen que la retribución económica que la fundación obtiene es de contado y el otro cincuenta por ciento cree que es en tarjeta de crédito.
7. El 53% de los encuestados aseguran que los créditos que la empresa obtiene al hacer inversión es a mediano plazo y el resto opina que es a largo plazo.
8. El 72% de los empleados que contestaron a la encuesta asegura que otras fuentes de ingreso que la fundación obtiene son por prestamos de bancos y el resto opina que es por donaciones.

1.2.7. Posición Competitiva.

1. El 100% de los empleados asegura que la tendencia del mercado al cual la fundación presta sus servicios tiende a disminuir.

2. El 67% de los empleados asegura que la tendencia de la empresa en cuanto a participación es en el mismo sentido pero a menor escala, el 20% piensa que es en sentido contrario a la del mercado, y el resto piensa que es igual a la del mercado.
3. El 60% de los empleados contesta que la fundación se encuentra con respecto a la competencia en el medio y el resto piensa que esta por debajo de los demás.
4. El 40% de los empleados considera que la calidad de los servicios que presta su empresa frente a la de los competidores esta igual, el 33% considera que esta ligeramente menor y el resto que esta algo mejor.
5. El 40% de los empleados considera que la imagen y prestigio de la empresa que ha tenido con respecto a años anteriores ha sido estable, el 33% opina que es de mejora y el resto que esta en decaimiento.
6. El 93% de empleados considera que la credibilidad que la empresa tiene frente a otras empresas relacionadas es buena y el resto opina que es regular.
7. El 100% de los empleados encuestados considera que la credibilidad de la empresa por parte de los pacientes es buena.
8. El 33% de los encuestados contesta que el porcentaje de capacidad instalada que presta servicio es aproximadamente entre 60 y 70 %, el 27% que entre 80 y 90%, el 20% que es menor al 50%, el 13% que entre 50 y 60 %, y el resto que entre mas del 90%.
9. El 100% de los empleados encuestados contestan que los precios que se manejan en la Fundación son menores a los de los competidores.
10. El 39% de los encuestados responde que las citas para la prestación de algún servicio se otorga máximo para el mismo día, el 28% dice que para el día siguiente, el 16 % que para cuatro días siguientes, otro 16% que para la semana siguiente y el resto que para quince días siguientes.

- 11.El 97 % de los empleados contestan que de las utilidades que genera la empresa no se invierten en investigación y desarrollo y el 3% restante opina que invierten menos del 10 %.
- 12.El 53% de los empleados encuestados dice que la tecnología de la empresa comparándola con la de la competencia es igual y el 47% dice que es rezagada
- 13.El 80% de los empleados contesta que los años que la empresa lleva en el mercado son entre 10 y 15 años, y el solo el 20% asegura que es entre cinco y diez años.
- 14.El 67% de los empleados aseguran que las labores de aseo se realizan durante todo el día y el resto asegura que solo lo hacen en la mañana.

1.2.8. Entrenamiento.

1. El 55% de los encuestados contesta que la empresa organiza por su cuenta o con alguna colaboración conferencias y el resto dice que seminarios.
2. El 100% de los empleados encuestados dice que para su capacitación la empresa les dedica solo entre 1 a 4 horas al mes.
3. El 32% de los encuestados asegura que la empresa acomoda sus horarios para que el empleado pueda asistir a alguna actividad por fuera de la empresa que ayuden a su desarrollo profesional, el 27% dice que la empresa le da incentivos para poder asistir, el 23% dice que no pueden asistir y el resto dice que buscan reemplazo por su cuenta.

4. El 40% de los empleados cuando requiere sustituir o reemplazar algún puesto, a la persona que llega los compañeros los guían mientras asume el control de las labores, el 36% dicen que el superior le informa de las tareas a realizar y lo supervisa y el resto contesta tienen un entrenamiento previo con la persona que se va.
5. El 67% de los encuestados asegura que las actividades de capacitación están dirigidas a todos los empleados y el resto opina que son solo para directores.

1.2.9. Aseguramiento De La Calidad.

1. El 45% de los empleados aseguran que les hacen evaluaciones periódicas de tipo psicológico, el 33% aseguran que esas evaluaciones son de tipo atención al servicio al cliente y el resto asegura que son para medir idoneidad profesional.
2. El 29% de los empleados encuestados asegura que la misión y las políticas de la empresa están relacionadas con los colaboradores, el 27% con las finanzas, el 20% con el mercado, el 17% con el producto y el resto con el servicio.
3. El 67 % de los encuestados aseguran que los objetivos de la empresa abarcan propósitos para el servicio y el resto para el producto.
4. El 73% de los empleados encuestados dicen que los equipos de la empresa no adquieren mantenimiento y el resto asegura que el mantenimiento que reciben es de tipo curativo.

5. El 53% de los empleados contestan que los productos utilizados por la empresa en su mayoría se compran de acuerdo a normas estandarizadas o similares, el 27% dice que normas sobre calidad de la empresa, el 10% dice que acuerdos con proveedores, el 7% dice que otros y el resto dice que relación costo / beneficio.
6. El 93 % de los encuestados responde que los proyectos se desarrollan en equipos donde se conoce solo a los colegas y el resto responde que en equipos donde solo se conoce al responsable.

1.2.10. Proyectos De Mejoramiento.

1. El 100% de los empleados encuestados responden que en la fundación solo se ejecutan de 1 a 2 proyectos de mejoramiento al año.
2. El 51% de los encuestados asegura que existen proyectos de mejoramiento para los resultados del negocio, el 27% para proyectos de relación con la comunidad, el 11% con proyectos de administración y el resto para mejoramiento en relación con los clientes.
3. El 67% de los empleados encuestados asegura que todos los proyectos están debidamente sustentados por escrito de acuerdo a un estudio. Y el resto contesta que solo los de mayor inversión lo están.
4. El 100% de los empleados contestó que solo existe una persona encargada para el cumplimiento de los proyectos y que en la Fundación solo hay tres personas que encargan de esas labores de responsabilidad.
5. El 90 % de los empleados contestó que los proyectos son evaluados cada cierto periodo y el resto contesto que solo en cada reunión lo hacen.

1.2.11. Cultura Organizacional.

1. El 100% de los empleados encuestados asegura que los principios corporativos de la empresa son propios.
2. El 44% de los encuestados contestó que el tipo de gestión que realiza la empresa es centralizada, el 33% dice que es participativa y el resto dice que no hay ninguna gestión.
3. El 40% de los empleados dice que algunas ventajas para invertir en la empresa son excelente fuerza de trabajo, el otro 40 % dice que es los servicios exclusivos que presta, el 11 % dice que es fuerte cobertura del mercado y el resto se debate entre el acceso a conectarse con empresas del sector y derechos especiales o privilegios.
4. El 29% de los empleados encuestados asegura que el mercado donde la empresa labora es bueno porque el mercado esta actualmente subdesarrollado, el 26% dice que por que pueden fácilmente mejorar su eficiencia productiva reemplazando tecnología, el 25% dice que porque hay alto potencial para veloz crecimiento futuro del mercado. Y el resto asegura que es porque el mercado es ideal para servicios existentes de un solo potencial.

Luego de aplicado el primer instrumento, empezamos a hacer labores de observación de funcionamiento de los procesos existentes y a detectar las falencias y las fortalezas de los mismos, construyendo de la mano de los empleados el DOFA de la institución previo a nuestro trabajo de análisis y posible plan de mejoramiento.

Creamos en conjunto la Misión y Visión de la Fundación y comenzamos a difundirla entre los empleados, como labor de anticipación de futuros cambios y tratando de motivar al personal para que se comprometiera con nuestro proceso.

1.3. MATRIZ DOFA.

1.3.1. Análisis Interno

1.3.1.1. FORTALEZAS

- Es una institución conocida por su labor social y con amplia trayectoria de trabajo por la comunidad Leonística (Club de Leones)
- Los profesionales que allí laboran son graduados de las mejores escuelas de formación profesional.
- Los equipos de los consultorios son adecuados y acordes con los requerimientos de uso y manejo.
- La planta física es grande y permite mejoras y reformas.
- El personal de planta conoce la trayectoria de la Fundación y sabe su filosofía de servicio.
- La asamblea, la junta directiva y la dirección administrativa de la Fundación esta compuesta por militantes del Leonismo internacional asociados al Club de Leones Tenjo.
- El compañerismo es la muestra clara de servicio entre los empleados de la fundación.
- Al interior de la institución se puede dispone de áreas claves de espera para pacientes, y para profesionales.

- Los proveedores de insumos conocen la Fundación de tiempo atrás y manejan planes especiales de pago.
- Los profesionales de turno son de confianza y trato amable al paciente.
- Se disponen de equipos telefónicos y de sistemas que dan la impresión de alta tecnología aplicada a los procesos.
- Existe una zona de parqueo frontal a la `planta física.
- En cada puesto de trabajo se manejan procesos claves que indican periódicamente el progreso de la fundación en atención, y ganancia monetaria.
- Existe personal necesario y suficiente para la atención debida del paciente.
- Hay un amplio horario de servicio de atención al público lunes a sábado.
- El costo de una consulta es económica.
- La atención profesional clínica es muy buena.
- Algunos de los profesionales que trabajan en la fundación son docentes en diferentes escuelas de formación profesional.
- El número de empleados no es superior a cincuenta lo que hace que entre ellos se conozcan bien.
- Las tres plantas de la fundación están claramente definidas para diferentes frentes de trabajo.
- La limpieza de pisos y la constante labor de limpieza dan apariencia de higiene al paciente.
- Existen suficientes baños para servicio del paciente y del empleados.
- La infraestructura de la óptica es buena y agradable al consumidor.
- El laboratorio de montaje de lentes es pertinente.
- La entrega de trabajos al consumidor final se hace en tiempo prudente.

- La atención de Lentes de contacto y Ortóptica hace llamativa la atención especializada de la fundación.
- Existen convenios con clínicas e instituciones para la prestación de servicios complementarios y exámenes especiales que en la fundación no se hagan.
- Con cierta periodicidad se hacen charlas de tipo técnico y o comercial por parte de los proveedores.
- Cada profesional realiza las labores propias de auditoria de su trabajo y cuantifica por recibos el monto de su salario. Según pacientes atendidos.
- Existe la figura de revisor fiscal y de contador propios de la Fundación quienes encaminan todos los procesos fiscales y contables.
- Existe parlante en las áreas de espera para que los profesionales llamen a los pacientes a consulta.
- La consulta esta determinada `por agenda para no sobrecopar el servicio.
- Se dispone de dar citas anticipadas por teléfono.
- La afiliación de un nuevo usuario es muy económica
- Existe identificación de usuarios con un carné de la Fundación.
- El ASISTENTE ADMINISTRATIVO se hace cargo de todos los reclamos y de sortear imprevistos.

1.3.1.2. DEBILIDADES.

- No existe contrato de trabajo para los profesionales y por tanto no hay exigencia legal ni pago de prestaciones.

- El horario de entrada y salida de los profesionales se hace de acuerdo a su conveniencia.
- Al no existir manual de funciones se presentan irregularidades en el servicio.
- No hay flujogramas de autoridad claros y definidos.
- No hay cronograma de actividades ni de planes de desarrollo.
- No hay departamento de recursos humanos.
- No hay servicio de cafetería ni tiempos de descanso establecidos.
- No hay atención jornada continua que favorezca la atención de pacientes en horas claves para el usuario y de beneficio para el profesional.
- La óptica no tiene salida al espacio exterior por lo tanto solo esta destinada para los clientes que entren a la fundación y la vean allí
- El personal no esta uniformado, ni hay un escudo, ni un cuadro con nombres.
- No existen carteleras o cuadros informativos con los nombres de los profesionales ni sus horarios de atención de manera que el paciente escoja con quien desea el servicio.
- No hay comité paritario.
- No existen planes de seguridad industrial ni bioseguridad.
- No hay carta corporativa.
- No hay perfiles de cargo ni perfiles de personal.
- Las hojas de vida del personal actual no están completas.
- No hay actualización por parte de los especialistas.
- No hay promoción de empleados.
- La planta física esta descuidada en pintura y presentación general.
- Los equipos de sistemas están desactualizados, son lentos y no todo el personal los sabe manejar adecuadamente.

- La búsqueda de historias en el archivo entorpece el servicio, es muy lenta.
- La actitud de las personas de primera línea (en contacto con el paciente al ingresar a la institución) es de muy bajo nivel.
- No hay consultorios en el primer nivel de la fundación para atender discapacitados.
- No hay baños para discapacitados.
- Los profesionales no hacen registro de diagnósticos y por lo tanto no se llevan estadísticas epidemiológicas.
- No hay un comité o una cabeza que audite y controle la prestación del servicio médico.
- El equipo recibe un trato descomunal y no recibe tratamiento preventivo, solo curativo.
- Algunos trabajos de óptica se demoran mucho en ser entregados.
- Hay mucho tiempo de espera del paciente mientras es atendido en consulta.
- No existe distractores para la sala de espera de pacientes.
- Al trabajar los profesionales en otras instituciones traen sus batas con escudos e insignias de esas instituciones restándole imagen a la fundación.
- No hay espacio de parqueo.
- No hay como controlar que los recibos que pasan los profesionales sean los que se deben pagar.
- No hay oficina ni personal de información y atención al cliente.
- El personal que trabaja en áreas administrativas no es idóneo.
- No hay comités definidos de trabajo en grupo para cumplir requisitos de la secretaria de salud.

- No hay planes ni estrategias de mercadeo para capturar nuevos mercados al exterior de la fundación.
- El servicio de atención telefónica es pésimo.
- No hay Internet.
- No hay charlas de tipo científico para profesionales.
- El tiempo de diciembre se cierra la fundación y se considera muerto económicamente.
- No hay capacitación de empleados.
- No hay estudio de proveedores que puedan traer diferentes insumos, siempre se trabaja con los mismos.
- No hay quien solucione problemas de tipo clínico más que el propio profesional, quien debe pagar por el reclamo si es de tipo material o mala formulación.
- El costo de la consulta es demasiado económico y la retribución al profesional es igualmente baja.
- La asignación de puestos de trabajo vuelve al empleado indispensable pues en el momento en que llegue a faltar no hay quien lo reemplace.
- Los sistemas de seguridad de la Fundación son vulnerables.
- Los seguros de equipos están vencidos.
- La fachada de la institución no indica ni el nombre de la misma ni los servicios que allí se ofrecen.
- Depreciación de equipos para consulta.
- Existe rivalidad y mal ambiente entre los profesionales por atender mayor número de pacientes en miras a ganar más dinero y en detrimento de la calidad de la atención.

- Las listas de precios de lentes oftálmicos y de contacto las manejan los empleados a criterio propio o bajo estándares muy generales.

1.3.2. Análisis Externo.

1.3.2.1. OPORTUNIDADES

- La Fundación es conocida en el sector por su permanencia histórica de más de quince años en el mismo sitio, bajo otro nombre.
- Esta ubicada en un sector de fácil acceso, calle 63 n. 18 – 20.
- Hay poca competencia de empresas que ofrezcan el mismo servicio especializado en el área.
- Los costos de atención son los más económicos del sector.
- El personal profesional que trabaja en la Fundación es de reconocida trayectoria en otros institutos, escuelas y consultorios.
- El nombre de Club de LEONES cautiva a muchas personas que ubican y asocian el nombre con la labor social del leonismo internacional.
- Al poder cumplir con los requisitos esenciales de exigencia para ser IPS, puede lograrse trabajar con otras instituciones.
- Al preparar equipo y personal de manera metódica se pueden trasladar los servicios a empresas y colegios en brigadas de atención visual.
- Se pueden lograr donaciones de todo tipo al ser considerada fundación sin ánimo de lucro.
- Por esta misma razón tiene beneficios fiscales y tributarios.

- Los pacientes satisfechos que vienen de sectores deprimidos son multiplicadores de nuestros servicios.
- Los miembros leones de la junta y del club leones de Tenjo, fundadores de la fundación son multiplicadores de nuestros servicios,
- Los profesionales que trabajan en otras fundaciones e instituciones son multiplicadores de nuestros servicios.

1.3.2.2.AMENAZAS.

- Visitas de la Secretaria de Salud de Bogotá, por no cumplir los requisitos mínimos de higiene, seguridad e infraestructura para prestar servicios de salud.
- Competencia del sector, que día a día están creciendo en actividad simbiótica a costos menores.
- La crisis económica del país hace que los sectores de mejor preferencia en atención de la fundación, los deprimidos y los más pobres no puedan ni siquiera acceder a sus servicios aunque sean a menores costos.
- La ley 100, con el establecimiento de EPS, IPS y otras figuras y brindando cobertura 100% de servicios de salud a los colombianos, margina a las instituciones privadas de población cautiva y por cautivar.
- La reglamentación del Ministerio de Salud respecto a la actuación del Optómetra dentro de escenarios clínicos y con la ley 372 donde obliga a los mismos a actualizarse en conocimientos para lograr la tarjeta profesional, obliga a los trabajadores optómetras de la fundación a hacerlo, pero no lo han hecho.

- Las tendencias administrativas modernas obligan a las empresas a salir a buscar y capturar el mercado, y la fundación no tiene ni la capacidad, ni el gestor, ni la planeación para hacerlo.
- Los pacientes que salen insatisfechos por la atención recibida, ya sea por manejo, técnica, simpatía, etc., serán multiplicadores del mal servicio en sectores claves de la población.
- Con las nuevas disposiciones de reglamentación sobre espacio público es imposible parquear al frente de la institución y por lo tanto queda la fundación sin espacios de parqueo definidos lo que puede ir en contra de capturar mercados de otros estratos superiores a los que maneja.
- Al no existir imagen corporativa definida no hay como darse a conocer al exterior de la misma fundación.
- Las alianzas estratégicas y fusiones de grandes centros de servicios que ofrecen los mismos servicios y se asocian a las EPS e IPS del mercado absorben a la población objeto.
- El mejor pago por servicios prestados en otros institutos, y centros de atención visual a profesionales.

1.4. CUESTIONARIO NO. 2

Seis meses después intentando penetrar nuevos mercados, por iniciativa de León José Santofimio, se conformó el comité de Portafolio de Servicios de la Fundación Leonística de Salud Ocular.

El lanzamiento, evaluación y planeación de la implementación del portafolio generó en el entorno competitivo de la fundación, la alternativa de crear técnicamente un plan de mercadeo, como precepto para generar resultados dentro

de metas específicas propuestas y con el entorno del proceso administrativo como parte fundamental en el desarrollo de cualquier área de una empresa, se generó la necesidad de evaluar la Fundación desde el punto de vista empresarial, cuestionándose nuevamente, la capacidad instalada, sus formas y modos administrativos, sus carencias, ventajas, imagen de la empresa, MISION Y VISION, y en sí la integración del proceso administrativo hacia logros preestablecidos cuantitativa y cualitativamente.

Para realizar un análisis de la situación general de la empresa se efectuó una nueva encuesta conferencia, con los miembros de la Fundación para avalar las carencias y aciertos reales de la institución, en la Asamblea del club de leones que se realizó el 14 de octubre del 2000.

Se encontró un grupo unido en la identidad de respaldar gestiones de progreso para bien de la Fundación, honesto en sus comentarios sobre el entorno y contorno de la entidad, así como, en la importancia de generar un cambio, iniciándose primordialmente por aplicar una reorganización administrativa y de mercadeo a través de una gestión directa de asesoría, con el fin de lograr una mejor calidad en servicio, atención y satisfacción del paciente en cumplimiento de la MISION y VISION, las cuales van paralelas a la filosofía Leonística.

Con el aval de la asamblea, El consejo, la Presidencia y la Dirección de la Fundación Leonística de Salud Ocular y para dar inicio a la implementación de estas metas se realizaron reuniones por sectores:

1. - Profesionales (Anexo 2)
2. - Empleados (Anexo 3).

1.4.1. Profesionales.

El foro con los profesionales de la institución se realizó el día 18 de octubre de 2000 utilizando las ayudas didácticas necesarias; en el cual encontramos un grupo de expectativa, entusiasta y dispuesto a apoyar las nuevas alternativas, aportando sus conocimientos y experiencia.

Colateralmente se elaboró una encuesta personal cuyo objetivo fue el de analizar la posición del grupo profesional frente a la institución, su sentido de pertenencia y estado general de sus modos y medios de trabajo. Los siguientes son los resultados de la encuesta Foro Profesionales:

- Imagen Institucional: El 70% creen que es buena y el 30% la consideran poco fortalecida. La imagen positiva surge de la dinámica del Leonismo vivida por el Club de leones de Tenjo.
- Objetivos de la empresa: El 90% no los conoce claramente. El 10% si tiene el conocimiento. Fundamentalmente no existe una misión Ni una Visión clara.
- Fortalezas: El 70% consideran que tenemos un buen nombre, buena infraestructura y experiencia a través del tiempo. El 30% no encontró positivas las ventajas del entorno de la institución.
- Debilidades: el 85 % manifiestan que existen problemas de tipo administrativo (comunicación, información, planeación, etc.), el 15% considera que no tiene debilidades la Fundación.
- Portafolio de Servicios: El 100% muestran satisfacción y acogida, considerando que es una posibilidad de abrir mercados.
- Servicio: El 70% manifiesta que no hay un buen servicio, el 20% que puede mejorar y el 10% que si hay servicio. Existe una deficiencia administrativa.
- Medios técnicos y Logísticos: El 70% piensa que no hay medios adecuados para el trabajo, el 30% considera que si se cuenta con los medios. Hay necesidad de actualizar equipos y mejorar procesos.

- Producto: El 80% cree que no es optimo y el 20% manifiesta que si es optimo.

Se realizó una segunda charla de información logística y de mercadeo. Con el objetivo de hacer una investigación del mercadeo teniendo en cuenta la experiencia de los profesionales, su contacto con otras instituciones y proveedores, y sobre la disponibilidad e interés para participar en las brigadas (servicio social directo de la institución) con un menor ingreso.

Se elaboro una encuesta la cual fue entregada a cada uno de los profesionales, para que la diligenciará y nos la hiciera llegar en la semana siguiente, la receptividad a dicha encuesta no fue la esperada, por esta razón no se ha elaborado la tabulación, ya que no se considere una muestra significativa.

1.4.2. Empleados:

El día 27 de octubre de 2000 se realizó una conferencia con el área administrativa de la Fundación, mostrando los empleados inconformidad, pasividad, desinterés, timidez o falta de motivación para comentar, analizar y aportar ideas.

La conferencia se dividió en tres partes:

- *Primera parte:*

Se recalcó la importancia de la persona, su productividad social y su aporte como fuerza de trabajo a una empresa, siendo el elemento fundamental para el logro de los objetivos de la misma y de cada uno de ellos, motivándolos hacia un sentido de responsabilidad y pertenencia integral con la institución.

- 1.- Se resaltó la importancia de la buena comunicación entre los diferentes departamentos.
- 2.- La importancia de la buena comunicación con su entorno – sus compañeros.
- 3.- La importancia del teléfono como imagen viva de la empresa: formas de contestar, modos de utilización, tiempos, mensajes, etc.
- 4.- Se enfatizó acerca de la calidad en el servicio hacia el cliente como el pilar más importante de la empresa.
- 5.- Los tiempos de atención, la cortesía, la presentación personal, las formas, modos y manejo de los reclamos.

Segunda parte:

- 1.- La institución de las empresas que no prestan un buen servicio, ni logran objetivos.
- 2.- El cierre intempestivo de las empresas.
- 3.- El desempleo y el cómo el empleo es la base social del autoestima de la familia como ente primario de desarrollo y del entorno de motivación, superación y metas personales.

Tercera parte:

Una encuesta, la cual tenía como objetivo fundamental evaluar el compromiso de los empleados con la empresa, su imagen de la misma, el conocimiento general de sus cargos, objetivos y principios de la Fundación. Cuyos resultados fueron los siguientes.

- 1.- Comunicación: El 60% considera que hay un problema de comunicación con la administración y el 40% que existe comunicación.

- 2.- Aporte de cada uno para mejorar la empresa: El 20% cortesía, el 20% atención.
- 3.- Cargo: El 70% no conoce las funciones de su cargo. Hace falta estructurar el manual de funciones, el 30% manifiesta conocer su cargo.
- 4.- Lo que gusta y lo que no gusta de la Fundación: El 60% no le gusta la gestión administrativa, el 40%% no contesta.
- 5.- Reconocimiento de méritos y cualidades: El 70% si, el 30% no.
- 6.- Cambios que debemos generar: En general opinan que deben haber cambios en la capacitación, motivación del personal, mejorar la atención al público, aclarar las funciones.
- 7.- Trabajo en equipo: El 90% si, el 10% no.
- 8.- Sentido de pertenencia: El 80% dice tener sentido de pertenencia con la institución, el 20% no responde.
- 9.- Buen servicio: El 100% dicen que si prestan un buen servicio y si hay cortesía.

Teniendo en cuenta los resultados de las reuniones sostenidas con el consejo directivo, los profesionales y el personal administrativo de la fundación Leonística de la Salud Ocular, se decidió dividir la asesoría en tres segmentos:

- Consultoría del área administrativa.
- Plan estratégico de mercadeo
- Organización logística para cumplir garantía de calidad

1.5. DIAGNOSTICO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

La empresa de hoy genera la guía de su desarrollo en una misión y una visión clara como base y principio general para el éxito de su gestión actual y futura. Luego de leer los estatutos y atendiendo la filosofía Leonística se encontró que la

misión y visión como carta corporativa de la empresa no existen, simplemente se rigen bajo los parámetros de la filosofía Leonística universales.

Aplicando los instrumentos anteriores y detectando los problemas existentes en la organización y en la estructura, se puede nombrar algunos puntos claves y neurálgicos a trabajar en el plan de mejoramiento, a saber:

1. No hay determinada una estructura definida dentro de la empresa, en líneas claras de autoridad y flujo de procesos.
2. Los manuales de procedimientos no tienen la difusión necesaria para que los conozca la totalidad del personal.
3. Los planes de capacitación y desarrollo no se llevan a cabo perdiéndose todo su potencial.
4. La cultura empresarial esta totalmente descuidada, los empleados no conocen claramente la misión, visión, políticas y objetivos de la empresa, por lo cual existe una dispersión y perdida de esfuerzos.
5. Los planes de mejoramiento no se han llevado a cabo, ni se asigna recursos o presupuestos definidos.
6. El mantenimiento de los equipos solo se realiza cuando se presentan fallas, generando tiempos muertos y mayores costos que si se realizara un mantenimiento preventivo programado.
7. Las estrategias de mercadeo están totalmente desviadas al fin mismo de la organización.
8. El trabajo en equipo es una opción poco practica en el desarrollo actual de los procesos por departamentos.
9. La inversión en tecnología y capacitación es mínima, y nulo en investigación y desarrollo.

10. La gestión directiva es poco difundida y la información que los subalternos obtienen es distorsionada.
11. No hay exámenes, ni control de capacidad idónea en los diferentes puestos de trabajo para los empleados
12. No existen manuales de perfiles de cargo ni de personal.
13. No hay una base de datos clasificada de personal que pueda suplir la falta de cualquier empleado actual de la empresa.
14. La imagen organizacional de la institución esta descuidada.
15. No hay pertenencia de los empleados con su empresa.

En resumen podemos afirmar que es necesario profundizar en los problemas que se detectan y proponer estrategias enmarcadas en un plan de mejoramiento administrativo.

1.6. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO DE MERCADEO

Para poder conocer cual es el estado de la Fundación en capacidad y alistamiento para enfrentar nuevos mercados se decidió en este tiempo anterior y plazo de seis meses realizar un análisis pequeño poco significativo sin formalizar ningún plan específico de investigación de mercados, simplemente queríamos observar el comportamiento del entorno frente a la nueva propuesta que llevábamos iniciando dentro de la fundación una nueva cruzada por capturar nuevos mercados, presentándonos en colegios y empresas, ofreciendo los servicios y llevando de la mano el portafolio de la Fundación que ya había sido ejecutado por el comité asignado.

Después de esta especie de fogueo y a manera de práctica inicial o prueba piloto determinamos que:

El proceso de planificar y ejecutar los conceptos, precios, promociones y la distribución de ideas, bienes y servicios para crear intercambios que satisfagan tanto al individuo como a la organización en una integración equilibrada es la descripción de lo que es un mercado. El mercadeo ocupa el primer lugar como la herramienta más importante que debe tener una institución para lograr sus metas y objetivos. El plan de mercadeo propuesto le prevé una base sólida para penetrar al mercado que le es inherente.

Con este concepto se planeó una estructura para generar un plan estratégico de mercado en:

1. Análisis de la situación
2. Resultados del análisis del ambiente externo

1.6.1. Análisis De La Situación.

1.6.1.1. MACROAMBIENTE.

- Determinar los objetivos
- Determinar los factores claves de éxito
- Identificar los desarrollos y tendencias más importantes que afecten y son generadores de oportunidades y riesgos para la Institución.
- Establecer las acciones que deba tomar la Fundación como respuesta a estas oportunidades y riesgos.

1. DEMOGRAFICO

- Investigación población; sexo, edad (estadísticas)

2. ECONOMICO

- Ingresos, ocupación, nivel de ahorro de la población: El 85% de la población (en nuestro segmento activo estratos 1,2, 3 y 4) consultan por una necesidad sentida, problema de salud evidente, no tiene una cultura de prevención en salud visual. La situación de los excedentes del presupuesto familiar no dejan otra alternativa. Colateralmente es atendido por EPS, Seguro Social etc., o por entes médicos circunvecinos así los diagnósticos y calidad no sean los mejores fijándose más en los costos y no en los beneficios de los servicios médicos profesionales.

3. TECNOLÓGICO

- Se han generado grandes cambios a nivel tecnológico, en materiales, elementos de composición de productos terminados, diseño de lentes oftálmicos, lentes de contacto, monturas, avances en las técnicas quirúrgicas y equipos.

4. POLITICO

- Marco Institucional el cual es generado por el entorno legal, leyes, decretos, normas. En la Fundación se aplican en parte las normativas dictadas por el Ministerio de Salud y la Secretaria de Salud del Distrito que formulan e implementan la atención racional al paciente, sin embargo, el Marco Institucional de calidad su desarrollo y aplicación está pendiente para su

implementación, estos preceptos de obligatorio cumplimiento inciden en el desarrollo del mercado actual y potencial.

1.6.1.2. MICROAMBIENTE.

Objetivos:

- Establecer la posición competitiva de la Institución
- Identificar oportunidades, problemas y riesgos.
- Evaluar fortalezas y debilidades
- Identificar alternativas estratégicas de mercados

1. MERCADOS

Se realizó una evaluación de mercados objetivos: empresa, colegios, cooperativas y universidades (dado el corto tiempo la muestra no es representativa) quedando pendiente ampliar su cobertura y generar información sobre convenios de servicios con IPS, clínicas, Instituciones de Salud etc.

Dada la época del año y el trabajo colateral administrativo se hicieron visitas directas a los colegios, con el objetivo de captar a los estudiantes para certificados de ingresos y examen de prevención visual.

El portafolio de servicios fue la herramienta más importante para presentar nuestra Institución en la primera entrevista y establecer un modus operandi. Se laboró una circular de motivación en la cual se informa de la necesidad del examen de ojos para los estudiantes, dirigida a padres de familia.

Los colegios visitados fueron los siguientes:

| Nombre Colegio | Fecha | Encargado | Circulares |
|--|------------------------|--------------------|---|
| Manuel del Socorro Rodríguez | Sep 15/00 Oct 24/00 | Nubia Serna | Portafolio Brigada 177 niños atendidos |
| Jordán de Sajonia | Nov 8/00 Dic 2/00 | Fray Darío López | Portafolio 1400 circulares |
| Sor Teresa Valsé | Nov 8/00 Nov 27/00 | Sor Teresa Camargo | Portafolio 780 Circulares |
| Colegio La Estrella (cuatro escuelas) | Nov 10/00 Nov 14/00 | Germán Víracachá | Portafolio 2.500 Circulares |
| Colegio Los Ángeles | Dic 2/00 | Cecilia Degadillo | Portafolio 500 Circulares |
| Jardín Pasitos al Futuro | Nov 22/00 | Janeth Solano | Portafolio 110 Circulares |
| Colegio Ramón B Jimeno (Acueducto) | Nov 23/00 | Jeanine Doncel | Portafolio |
| Colegio Americano | Nov 29/00 | Jorge Correa | Portafolio |
| Camilo Torres (Nocturno) | Ene 15/01 | Héctor Uribe | Portafolio |
| Colegio Procuraduría | Ene 15/01 | Héctor Uribe | Portafolio |

- En las visitas realizadas se encontró gran receptividad y aceptación para hacer jornadas de prevención en el año 2001.

Otros mercados visitados fueron las empresas, cooperativas y universidades:

- Schering Plaung: La visita se hizo el día 3 de Noviembre de 2000. Dra. Víviana Dusan. En esta empresa ya se realizaron los exámenes, pero se hace el contacto con la cooperativa de empleados para presentar el servicio de óptica.

- Laboratorio Chalver se visitó y posteriormente se envió el portafolio de servicio por correo dirigido al Dr. John Peña, a través del cual en este año se generará un convenio de servicios con la empresa (600 empleados directos).
- Se visitaron la empresa del Acueducto, la Cooperativa de la Empresa del Acueducto, la Cooperativa de Empleados de la CAR, y la Liga de Bolos de Bogotá. En las cuales se entregó el portafolio, pero habían sido atendidos por otras entidades en tiempos muy cercanos.
- Universidad de la Sabana: entrega de portafolio al Dr. Jorge David Páez. Planes de atención para el año 2001, en tres sectores:
 1. Bienestar estudiantil (estudiantes)
 2. Departamento de Recursos Humanos (Personal)
 3. Cooperativa (Profesores y asistentes)
- También se trató un posible convenio de servicios con la CLÍNICA DEL PUENTE EL COMUN entidad adscrita a la Universidad. Director Dr. Enrique Bayer

2. TARIFAS

Para Implementar el portafolio de servicios se normalizaron dos tipos de trabajos y tarifas diferentes así (Anexos 4 - 5 – 6 y 7):

- BRIGADAS

Exámenes de optometría realizados en los colegios de estrato 1,2 y 3 con una consulta por valor de \$2.500 (dos mil quinientos pesos Mcte) y un bono de subsidio de \$10.000 (diez mil pesos Mcte) para la compra de las gafas.

Los objetivos principales de este trabajo son incrementar el Good will de la Institución y la venta relacionada originada por las familias de los estudiantes, y los empelados de los colegios. Los profesionales aceptaron el costo de la consulta.

- TRABAJO DE CAMPO

Exámenes de optometría realizados en colegios estrato 3 y 4 a empresas, universidades etc. El costo de la consulta para los colegios es de \$3.500 (tres pesos Mcte) y no hay bono de subsidio. Se recomienda un costo especial a numero de empleados atendidos y ventas proyectadas a realizar.

3. COMPETENCIA

El tamaño de la Fundación Leonística de Salud Ocular frente a la competencia es realmente pequeño, tenemos un entorno de mercado con grandes empresas como la óptica LAFAM que acaba de inaugurar LASSER CENTER, destinado a la cirugía refractiva con precios muy asequibles. La clínica ALVEAR, con equipos modernos y unida a la facultad de optometría de la Fundación SAN MARTIN. Las cajas de compensación familiar (Cafam, Colsubsidio, Compensar etc.) con sus mercados específicos, los afiliados y sus tarifas diferenciales.

Así mismo, tenemos un entorno en Bogotá de ópticas pequeñas no técnicas, mal asesoradas, formulan y aceptan formulas sin los conocimientos profesionales de consulta utilizando estándares empíricos con riesgos para la aplicación de la formulación, tienen en su mayoría un apoyo profesional deficiente.

Existen las ópticas de apoyo de venta relacionada, a través de concesiones en supermercados y cadenas de almacén que son apéndices de empresa de una magnitud importante las cuales integran una buena relación costo - beneficio y servicio al paciente.

4. PROVEEDORES

Tenemos un grupo de proveedores que prestan un servicio aceptable y estamos en el proceso aplicando una encuesta de conceptualización (Anexo 8) la cual se trata personalmente con cada uno de los encargados del servicio y que creemos es una de las ayudas más importantes de nuestra investigación.

Esta encuesta esperamos genere una información seria en las relaciones de calidad y servicio, precio y atención de pos venta a la Institución. Así como una ayuda paralela para la investigación de precios y productos en los elementos que demandámos.

5. CONSUMIDOR FINAL

El apoyo resultante de la motivación hacia el equipo profesional, su identidad con la Institución, objetivos y beneficio nos generen una información valiosa sobre el rango real de nuestro consumidor final; igualmente, la nueva estructura

generada a través del compromiso de servicio de nuestros consumidores, y en relación con el comité de compras y el departamento de Consultoría y Mercadeo, también crearán conceptos sobre producto, precio, continuidad en compra, productos colaterales y otros de los cuales informaremos posteriormente una vez se haga también una investigación directa en diferentes ópticas en Bogotá.

1.7. DIAGNOSTICO MANUAL DE CALIDAD DE LA EMPRESA

Determinando como base de nuestro diagnóstico, paso a paso lo que las guías de exigencia de la Secretaria de Salud del D.C. exigen para implementar los manuales de garantía y calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud encontramos que en la fundación:

- Como marco al contenido del manual de calidad, se acostumbra iniciar con una descripción de la organización que contenga una breve reseña histórica y documente sus características, como nivel de atención, servicios que presta, población a la que se dirige, numero de camas, empleados, egresos, etc.

NOTA: Existe por recuperación de la tradición oral de sus miembros fundadores. Más no hay un documento escrito que lo sustente.

- Reúna la documentación sobre políticas y objetivos de calidad.

NOTA: No Existe.

- Defina la estructura de apoyo para garantía de la calidad, asigne las responsabilidades y descríbalas en el manual de calidad.

NOTA: No Existe.

- Defina, inicie o revise el trabajo de los comités para apoyar y hacer seguimiento a calidad. Descríbalos en el manual.

NOTA: No Hay Comités. Solo existía el comité de Portafolio creado para tal fin. Diseñar y crear un portafolio de servicios de la empresa.

- Promueva la difusión de la documentación de los procesos críticos y reúna en el manual los estándares de calidad, medición, procesos y procedimientos operacionales para productos.

NOTA: No Hay Documentación previa al respecto.

- Defina métodos para revisar su propio sistema de calidad.

NOTA: Por realizar.

1.7.1. Documentación De La Política De Calidad.

La política de calidad de una organización es un escrito que plantea el compromiso de la alta dirección de la organización con la calidad en sus diferentes dimensiones, por lo que se referirá a satisfacer necesidades y expectativas de los clientes, garantizar la seguridad del servicio, lograr participación de los empleados, etc. La política se hace realidad con objetivos y metas concretas y con indicadores que se usarán para el seguimiento de estas metas.

- Recopilar la política de calidad. Esta información va al inicio del manual de calidad.

NOTA: Por recopilar. Solo existen actas de las diferentes reuniones de los leonistas fundadores y siguientes directores donde establecen los servicios y bondades que ofrece la institución, pero jamás se ha divulgado dicho material a

nivel organizacional o se tiene como base para definir una estructura basada en el servicio.

- Revisar la congruencia de la misma con las estrategias empresariales, lo cual implica que todo lo que se define como política, realmente esté soportado por objetivos, metas e indicadores.

NOTA: Por definir.

- Complementar o corregir las deficiencias existentes.

NOTA: Por hacer.

1.7.2. Definición De La Estructura De Apoyo A Garantía De Calidad.

La responsabilidad de garantizar calidad es ejercida por todas las personas de la organización y por sus proveedores:

La alta dirección define la política de calidad, los planes para lograrla y lidera el trabajo de la organización en la búsqueda de calidad.

NOTA: Por realizar.

1.7.2.1. COMITÉ DE CALIDAD.

Tiene como misión básica iniciar un programa permanente de calidad e institucionalizarlo, definir el plan de mejoramiento de calidad y hacerle seguimiento.

NOTA: Por Conformar.

1.7.2.2. DIRECTOR DE CALIDAD O COORDINADOR DE CALIDAD.

NOTA: Por Nombrar.

1.7.2.3. UNIDAD O ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD.

Esta unidad o área presta apoyo técnico y metodológico a las unidades operativas y de staff, a las comisiones clínicas y grupos de trabajo para la calidad, de forma que se lleve a la práctica el plan de mejoramiento.

NOTA: por conformar.

1.7.2.4. UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Ésta es la unidad administrativa responsable de la atención al usuario, que debe velar por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones y debe orientarlos en todo aquellos que precisen.

NOTA: Por Definir.

1.7.3. TRABAJO DE LOS COMITÉS PARA APOYO Y SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LA IPS.

Los diferentes comités asistenciales conforman el vehículo a través del cual la institución hace un seguimiento a los principales aspectos de calidad. Éstos identifican, jerarquizan y definen la prioridad de solución de los problemas, analizan sus causas, proponen soluciones y vigilan su implantación y resultados.

Los siguientes son los comités obligatorios, incluyéndose en el anexo # 9 un resumen de la legislación existente:

- Comité de ética hospitalaria que velará por el respeto a los derechos del paciente.

NOTA: No existe.

- Comité de historias clínicas, encargado de coordinar el correcto funcionamiento de los registros clínicos.

NOTA: No Existe.

- Comité de trasplantes, que garantiza las condiciones adecuadas en entidades donde se presten estos servicios.

NOTA: NO APLICA PARA ESTE CASO.

- Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica.

NOTA: No Existe.

- Comité de farmacia y terapéutica, que garantiza la calidad y adecuado manejo de los medicamentos e insumos.

NOTA: No Existe.

Otros comités con participación en la gestión de garantía de calidad son los siguientes:

- Comité de credenciales, el cual garantiza la idoneidad de los profesionales en salud que trabajan en la institución.

No Existe.

- Comité de auditoria médica y servicios.

No Existe.

- Comité de adecuación tecnológica, que vela por el adecuado funcionamiento de la tecnología.

No Existe.

- Comité de mortalidad, que vigila las tendencias de mortalidad institucional.

No Existe.

- Comité de tejidos y área quirúrgica, que vigila la pertinencia de estos procedimientos.

No Aplica para este caso específico.

- Comité de docencia e investigación, el cual tiene la función de soportar el mejoramiento de las prácticas clínicas en evidencia científica.

Existe pero no tiene funciones claras y definidas.

- Comité ad hoc, para análisis de casos y quejas.

Existe bajo el nombre de comité científico.

1.7.3.1 DEFINICIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ, AGENDA, MÉTODOS DE DOCUMENTACIÓN DE REUNIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.

Las reuniones de un equipo son productivas cuando las reglas son claras. La interacción en las reuniones enriquece a todos y cada miembro del equipo conoce sus funciones, las cumple y respeta su tiempo y el de los demás. Por ello, las primeras reuniones de un comité deben establecer la forma de funcionamiento más conveniente para la tarea y velar por que ésta se pueda realizar de manera eficiente y eficaz.

Es necesario promover el acercamiento entre los miembros, con el fin de compartir experiencias y preferencias individuales, ya que esta integración facilita la Interacción alrededor de la tarea que los une.

El comité debe definir reglas o normas sobre el método de desarrollo de las reuniones, el comportamiento esperado de los miembros del equipo y la forma de interacción que se considere más conveniente.

NOTA : Nunca se ha realizado.

1.7.3.2. DEFINIR UN PLAN DE TRABAJO PARA CADA COMITÉ.

A partir del PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD, el cual constituye un despliegue del direccionamiento estratégico de la institución, deben también desarrollarse los planes de los diferentes comités.

NOTA: No esta por escrito.

1.7.3.3. DEFINICIÓN, REVISIÓN, DOCUMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE PROCESOS CRÍTICOS EN LOS COMITÉS.

Según sea su responsabilidad, los comités gerencian actividades que afectan a diferentes áreas de la organización y a sus usuarios (clientes internos y externos del proceso), los definen, revisan, hacen seguimiento y proponen cambios. El comité de historias maneja procesos referentes a la historia clínica; el de infecciones, a prevención y manejo de éstas, etc.

La gerencia de procesos puede ser utilizada por los comités para el planeamiento, mantenimiento y mejoramiento de la calidad.

NOTA: Nunca se ha llevado a cabo este proceso.

1.7.4. APOYO A LAS METAS EN LA DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CRÍTICOS

De la misma manera que hizo con los comités, la unidad de garantía de calidad (o quien tenga esta responsabilidad) debe promover la documentación de procesos críticos en las áreas operativas, definir un plan de estandarización de acuerdo con las prioridades definidas en el plan de calidad y capacitar a los responsables en las áreas.

NOTA: Los documentos críticos no se han definido como tal, simplemente relacionan informes parciales para generar cuadros y estadísticas.

Es así como después de casi año y medio de trabajar dentro de la organización y socializar con todo el personal, reconstruir procesos, analizar perfiles y cargos, preparar planes pilotos y diseñar pruebas de medición, hemos logrado conocer el desorden administrativo de la empresa, la falta de directrices claras, y la falta de vincular a los empleados dentro del compromiso general de la institución. Solo de esta manera logramos conocer el interior de la Fundación que venía trabajando al compás de los acontecimientos históricos sin un plan definido más que su sostenimiento.

CAPITULO TRES

1. PLAN DE MEJORAMIENTO

Para poder formular en el marco de nuestra asesoría un plan definido y definitivo para que se hiciera posible una reestructuración a nivel administrativo en la Fundación y que se hiciera énfasis en el mejoramiento de la calidad que exige la Secretaria de la Salud del D.C., fue necesario esperar por lo menos un tiempo prudente de siete a ocho meses que se investiga, puesto por puesto de trabajo las acciones de cada empleado para diseñar un manual de funciones del cual carece la empresa, rediseñar la carta corporativa la cual adolecía de misión y visión y medir tiempos de atención a usuarios para diseñar perfiles de atención a los mismos, igualmente fue necesario tener en cuenta el DOFA inicial y hacer recomendaciones propias a imagen institucional y pertenencia a la empresa.

Es necesario anotar que este plan de mejoramiento esta en curso a partir de la presentación en el mes de mayo y por lo tanto se han acatado varias de las formulas sugeridas, pero el proceso apenas fue un inicio de reestructuración y se están generando los campos precisos para que se de la reforma total por parte de los ejecutivos de la parte directiva de la empresa.

Para tal fin se ha reunido una y otra vez al personal para explicarles el proceso y se sugiere esperar un plazo de dos años de implementación para bien de la institución y para bien de los usuarios de la empresa.

1.1. RECOMENDACIONES DE ACCION SOBRE:

1.1.1. Area Administrativa.

1.1.1.1. SEGURIDAD.

- Capacitación al celador sobre sus funciones y responsabilidades
- Evaluar y revisar los sistemas de seguridad físicos internos (puertas, chapas, alarmas, cámaras de vigilancia etc.).
- Implementar instructivos sobre prevenciones en cuanto a robos, atraco, incendios (tipos, uso de extintores y elementos de apoyo), bombas, evacuación, primeros auxilios, prevención y seguridad industrial, prevención y seguridad de trafico, movimientos telúricos etc., CAPACITACION INTEGRAL AL PERSONAL.
- Cronograma de implementación

1.1.1.2. RECEPCIÓN.

- Ver alternativas para agilizar el manejo de historias clínicas y formulas, creando un medio directo que transporte estos documentos sin que se haga necesario que una sola persona este en este trabajo muchas veces al día, cuantas sea necesario hacerlo. Es propio establecer que las historias estén en el mismo nivel del cuerpo profesional que atiende al paciente y es necesario que las formulas finales se impriman directamente ya sea en cada consultorio o en el nivel de óptica donde finalmente el paciente va a terminar su proceso dentro de la fundación.

- Evaluar la capacidad del servicio telefónico actual (para citas y atención)
- Nunca dejar sola la recepción en sus cajas y la atención telefónica
- Unificar y sistematizar los programas y redes utilizados en los diferentes departamentos.
- Dar capacitación permanente sobre orientación al paciente (tanto en el entorno físico como en el tipo de consulta) Tener un solo digitador experto una vez unificados estos sistemas
- Elaborar nuevo carnet que especifique un número único de historia clínica para el paciente antiguo y no se lleven dos archivos(de historias antiguas y de historias sistematizadas).
- Dar capacitación permanente sobre uso del teléfono, cortesía, y servicios, costos y tiempos de atención.
- Siempre debe haber una persona responsable de cada caja y una sola persona que la reemplace en tiempos de descanso (niveles de responsabilidad) de igual forma debe manejarse el conmutador. (estos dos cargos nunca deben estar solos)
- Informar siempre al paciente que una vez programada su cita debe avisar el momento en que acude a ella y cuando no va a acudir a la misma.

1.1.1.3. ASISTENTE ADMINISTRATIVA.

- Se debe orientar por parte de la dirección al cumplimiento de las funciones de acuerdo al manual adjunto, en la encuesta con profesionales y empleados se encontró que sus funciones de supervisión, atención y comunicación con los empleados no están claras ni acordes con las funciones establecidas.

- Es importante recalcar que los objetivos hacia calidad no eran aplicados en este departamento como normativa.
- No avaluó en una forma técnica y completa las funciones y procedimientos del entorno que supervisa
- Siempre se debe generar la inducción de instrucción del personal según el manual de funciones hoy establecido.
- Se deben clarificar por parte de la dirección al personal en general la capacidad y delegación de autoridad de la asistente de dirección para que pueda cumplir en su cargo los acuerdos de autoridad que él genera en relación con el entorno que supervisa.
- Hay que instalar otro buzón de sugerencias como una ayuda logística de servicio a los pacientes.
- El comité de buzón de sugerencias debe independientemente de evaluar cuantitativa y cualitativamente, generar correctivos hacia una capacitación de servicio con el personal administrativo o profesional en el buen entendimiento de la capacitación para mejorar la calidad integral.
- Se debe tabular el informe sobre el formato de garantías y reclamos quincenalmente para generar los correctivos necesarios.
- Se debe generar un cronograma de mantenimiento integral (el cual se cuantifica presupuestalmente).

1.1.1.4. ADMINISTRATIVO.

- Se recomendó no cerrar en diciembre la Fundación (informe de dirección sobre ingresos por sectores en referencia). Creemos, fue una decisión altamente positiva.

- Se evaluó e hizo el manual de funciones con seguimientos específicos de cada cargo y a las normas existentes para tal fin.
- Se recomienda una sola persona para mensajera, fotocopias, compras menores y oficios varios con el fin de no sustituir cargos que tienen funciones específicas.
- Se normatizó el horario y la persona encargada de atender los mensajeros de los proveedores (laboratorio).
- Se normatizó un tiempo de descanso un cuarto de hora.
- Se normatizó descuento a empleados y sus familias.
- Se generaron controles al manejo de volúmenes de radio y televisión en las diferentes dependencias.
- Se elaboro un formato de control sobre inventarios de los consultorios, equipos y responsabilidad de los profesionales sobre los mismos.
- Se debe replantear y normatizar los convenios de practica de los estudiantes con las universidades en relación directa entre sus directivos y el director de nuestra Institución.
- Debemos tener un cronograma de capacitación (recordación permanente sobre cortesía, servicio, calidad, uso de teléfono, agua luz y otros al personal).
- Se reviso el reglamento de trabajo el cual esta actualmente de acuerdo al mandato de Ley.
- Suplir el personal a través de empresas temporales en los ciclos de alta consulta.
- Se recomienda la apertura de la pagina Web previa diagramación y estudio.
- Se deben aplicar en su totalidad las directrices contempladas en la Resolución del Ministerio de Salud 02542 de 1998 - Sistema General de Información para el Sistema General de Seguridad Social. En cuanto a metodología, información e implementación.

- Se debe implementar el comité de auditoria de servicios y el registro permanente de enfermedades de notificación obligatoria según normativa de Minsalud.
- Coordinar a través del comité de calidad (por implementar) los comités existentes óptica, científico, compras, buzón de sugerencias y de los que no se han conformado: de ética y hospitalario, de historias clínicas, de auditoria necesarios en la forma en que las medidas administrativas lo soliciten y que se instaurarán de acuerdo a las necesidades de la Fundación.
- Generar un formato de evaluación del cliente incógnito, capacitándolo sobre políticas, servicios, productos, entorno jurídico, objetivos que lleven a la calidad total esto con el fin de evaluar la atención a los pacientes en: óptica, medica, administración, recepción y en general en todo el entorno administrativo o comercial que tenga relación directa con el paciente.
- Se deben hacer cambios estructurales en la óptica en cuanto a presentación, luz, inventarios, exhibiciones, distribuciones de producto, promociones específicas, racionalización de precios atención y cortesía entre otras lo cual genere una demanda marginal importante de pacientes no formulados en la Institución aumentando sus resultados significativamente
- Ver la posible compra de un vehículo ambulancia como apoyo a las brigadas, servicios de atención social y otros.
- Publicar avisos (periodos a definir) solicitando profesionales en las áreas de nuestros servicios para generar un banco de personal de reserva.
- Cuando la Fundación incumpla en la entrega de trabajos, se recomienda enviar a los pacientes el trabajo con el mensajero.
- Se aconseja la contratación de un técnico externo en sistemas, para el mantenimiento periódico de los equipos (se hará con cronograma), al servicio de la Fundación básicamente sobre lo siguiente: realización de

copias de seguridad, mantenimiento de hardware y software a los equipos e impresoras etc.

- Se implemento el formato de descripción del cargo para la elaboración del Manual de Funciones el cual fue aplicado a la Asistente de Dirección y a la Contadora (Anexo 9).
- Se recomienda hacer un cambio de los equipos (computadores) así como la adaptación o implementación de programas operativos que estén acordes con las técnicas modernas y con las necesidades actuales y futuras (por lo menos 2 años) presupuestadas por la Institución. Estos programas deben generar una optimización de tiempos en la implementación de la información global de red y la integración de las funciones y resultados de todos los departamentos para la obtención de informes inmediatos, comparativos, cuánticos, logísticos y estadísticos.

1.1.1.5. HISTORIAS CLINICAS..

- Hay que sistematizar el archivo de historias clínicas por cédula o documento de identidad de los padres (menores).
- Revisar las historias y clasificar el archivo según normativa de la secretaria de salud: archivo de gestión hasta 5 años, archivo central más de 5 años archivo histórico lo que se crea conveniente de acuerdo al tipo de información.

1.1.2. AREA OPERATIVA.

1.1.2.1. SALA DE ESPERA.

- Cambio en programación de televisión (implementado películas infantiles) de franja tipo A.
- Solicitar a proveedores o adquirir videos sobre prevención visual o temas conexos a la salud presentar videos sobre los servicios de la Institución, historia, filosofía Leonística etc.

1.1.2.2. PROFESIONALES.

- Aclarar y generar una "relación contractual entre la Fundación y los profesionales que tenga claro los derechos, deberes, normativas y niveles de responsabilidad (obviando los riesgos que este vacío genera).

Las ausencias a las consultas, los cambios de turno no programados, las llegadas a destiempo etc., así como la falta de pertenencia a la Misión y Visión de la Fundación generan pérdida de tiempo al paciente (pérdidas de pacientes) y cuellos de botella en consultas, perjudicando la imagen de la Institución, afectando la calidad, el servicio y van en contravía de los procesos establecidos.

- Racionalizar los tiempos de consulta en torno a la resolución 00238 de 1999 del Ministerio de Salud:
 - Médicos 4 consultas por hora (asimila al optómetra>
 - Médicos Especialistas 3 consultas por hora (oftalmólogos)

En una muestra (8 días) tomada en tiempos de atención de consulta en alto tráfico de pacientes, y con diferentes profesionales encontramos:

1. Que La media de consulta del equipo de optómetras valorado es de 3,90 consultas por hora (se encuentra en el rango)
2. Que la media de consulta médico oftalmólogo es de 4,90 por hora (está por encima de la norma en un 61.22%)

En el sentido de calidad y atención al paciente (espacio - tiempo - factores psicológicos -carencias - esfuerzo - estrés - enfermedad) cuestiona la disminución en tiempos de atención, (recomendados) por ir en contravía de la calidad del servicio atención y satisfacción del paciente. Estos reportes diarios de consulta son obligatorios y están normalizados en la resolución del Ministerio de Salud 02542 de 1998: se debe llevar el registro diario de consulta. El cual es revisado y avalado por las visitas de la Secretaria de Salud a la Institución.

Como marco de referencia de este instructivo encontramos nuestra capacidad instalada tope de servicio:

- Horario de atención de la Institución: 9:30 horas
 - Tiempo de atención optima de consulta 8:00 horas (en 2 turnos)
(Con la implementación de sistemas y procesos)
 - Logística (recepción, historias clínicas etc.) 1:30 horas
- **OPTOMETRAS:** 4 consultorios- 4 consultas por hora
22 días de consulta mes
2816 consultas mensuales
Ingresos brutos para la Fundación (\$1.500 consulta) \$4.224.000 mes
 - **OFTALMOLOGOS:** 2 consultorios- 3 consultas por hora
22 días de consulta mes
1056 consultas mensuales
Ingresos brutos para la Fundación (\$4.500 consulta) \$4.752.000 mes.

* Esta muestra esta dada para tarifas de consulta normal no en casos de pequeñas cirugías, cuerpos extraños etc.

- Se recomienda la ampliación de la capacidad instalada en oftalmología y en optometría por lo menos en un consultorio adicional para cada área. Estos ejemplos sobre puntos máximos de atención (ideales) generan la pregunta sobre la rentabilidad de este tipo de inversión pero el aumento de la capacidad instalada de servicio evitaría la pérdida en costos de oportunidad (pérdidas por pacientes no atendidos) en los picos de alto tráfico lo cual compensaría la inversión, generando un multiplicador en relación propia a su demanda por satisfacción de pacientes y reflejo de resultados conexos con su entorno (ventas al entorno familiar, amigos, mejora de la imagen institucional etc.) dado los niveles de satisfacción generados.
- En Ortóptica y lentes de contacto no se tomaron las muestras para dar un informe similar, pero debe ejecutarse porque las tarifas de atención son diferentes y los rubros netos para la Fundación allí son importantes.
- De otra parte, se recomienda establecer convenios de servicio con instituciones de renombre para implementación de cirugías y formulaciones médicas especiales de común acuerdo con los profesionales especialistas. Con este propósito se visitó: El Instituto Alemán y la clínica Calle la cual envió carta portafolio de servicios. Estas entidades están interesadas en conceptuar las formas operativas de servicio con la Fundación.
- Tomar una póliza de responsabilidad civil por parte de la Fundación y otra por parte de los profesionales por los riesgos inherentes en la atención a los pacientes.
- Estandarizar políticas de cobro sobre los controles médicos.

1.1.2.3. DEPARTAMENTO DE ÓPTICA.

- Se cambio el manejo de anticipos según análisis de costos creándose una escala anulando el 50% que antes funcionaba.
- Se debe reestructurar la exhibición de los productos según necesidades de los pacientes por categorías de precio, uso (formulados o deportivos), por calidades, moda promociones, infantiles
- Se debe crear un formato en la factura o anexo a esta en que el paciente recibe las gafas satisfacción (estado físico, y condiciones en que se encuentra)
- Los marcos usados se reciben sin responsabilidad de la Fundación, para su arreglo, montaje de lentes, sello y explicación previa al paciente.
- Se debe evaluar y analizar los problemas con los proveedores de monturas y sus garantías
- Es indispensable el lleno del formato de Reclamos y Garantías por parte de los empelados según política establecida, así como el de Control de Ordenes de Trabajo.
- Se debe revisar y evaluar la capacitación del personal en ventas generales y especializadas, por ejemplo, alternativas de venta, diferente calidad, diferente precio y ventaja comparativa.
- Se debe capacitar al personal sobre la prevención en hurtos, estafas y otros riesgos que puedan sucederse en el punto de ventas.
- Se unifico la política de descuentos especiales.
- En los momentos de alto trafico las personas que contestan el teléfono en óptica, recepción y otras dependencias deben anotar las citas perdidas por no tener capacidad de servicio, así como las citas canceladas o incumplidas de los pacientes (estadística).

- Aumentar los niveles de luz, colocar más espejos, adquirir centros de exhibición adicionales
- Actualizar y cambiar permanentemente las ayudas visuales en ventas (con la colaboración de los proveedores).

1.1.2.4. COMITÉ DE COMPRAS.

- Se debe reestructurar el comité de compras con base en los siguientes puntos:
- Presupuesto de compras que va paralelo al presupuesto de la Institución.
- Se debe establecer un cronograma periódico de compras, el cual esta sujeto a revisiones y ajustes de acuerdo a las demandas internas y a la historia estadística en la relación compras - ventas.
- En la planeación se debe presentar un flujo de compras por trimestres para establecer el cronograma periódico de compras.
- Se deben controlar los proveedores, se definen según el parámetro comparativo de proveedores en cuanto a costos, servicio y calidad el cual se saca mensualmente.
- Definir políticas y estrategias para la administración de los suministros, materiales, donaciones y promociones en un tiempo determinado.
- Se debe establecer un formato de compras con copia a almacén, el cual debe elaborarse en el sistema con un consecutivo en relación directa con su respectivo centro de costos (presupuesto de compras).
- Debe evaluar con el almacén inventarios de reserva (cantidad, precios, tiempos de rotación)

- Debe analizar periódicamente con el departamento de consultoría y mercadeo la tabulación de un resultante del formato de conceptualización de proveedores.
- Debe normatizar las promociones y premios por metas cumplidas con proveedores.

1.1.2.5. COMITÉ DE ÓPTICA.

- Evaluar su operatividad
- Generar políticas de control y supervisión directamente de la dirección
- En coordinación con los profesionales generar los modos y formas de trabajo apropiados para la atención integral al paciente.

1.1.2.6. LENTES DE CONTACTO.

- Se reestructuró el proceso (se encuentra en evaluación)
- Reestructurar la lista de precios una vez se investiguen los precios del mercado ya que los márgenes de utilidad no están acorde a la competencia actual y los resultados están por debajo de la media esperada.
- Generar un control de lentes no reclamados con un formato para recordar al cliente la cancelación de sus saldos y la disponibilidad del producto.
- Acordar con dirección y contabilidad una política sobre los inventarios de lentes no reclamados para darlos de baja

- Acordar con los profesionales y el departamento de Consultoría y mercadeo nuevas expectativas para generar un incremento en las ventas, hacer una reunión mensual para evaluar las actividades realizadas (acta).
- Solicitar a los proveedores certificados de calidad que tengan impreso el logo y nombre de la Fundación
- Solicitar a los proveedores impresos didácticos sobre las ventajas comparativas de utilizar los lentes e instructivos sobre su uso, cada uno de acuerdo a valencias específicas y edades: niños - adultos - ancianos.
- Aplicar el formato de reclamos y garantías por parte de los profesionales y el departamento de óptica, tabularlos y generar directrices de corrección.
- Motivar al equipo de profesionales de la Institución para conducir la demanda hacia el uso de lentes de contacto.
- Implementar promociones específicas de la mano a las recomendaciones de los profesionales y los proveedores.
- Hacer un registro de las devoluciones y cambios de poder - estadística.
- Generar un inventario sobre muestras gratis, líquidos etc., que puedan ser utilizados por la Fundación para uso social o para promociones directas.
- Hacer una auditoria semestral sobre los procesos evaluación de precios y atención en este sector.
- Integrar a los profesionales a los objetivos del plan de mercadeo generando cuotas de ventas y metas a seguir.

1.1.2.7. LABORATORIO.

- Sacar costos - informe de costo

- Capacitar mínimo 3 personas en el manejo de la nueva máquina y sus elementos, fomentar ventas y servicios
- Listas de precios laboratorio según servicio y capacidad instalada
- Circularizar precio servicio entre proveedores y ópticas conocidas para vender el servicio del laboratorio
- Circularizar precio servicio entre el equipo profesional de la Institución motivándolos a generar clientes nuevos de su mercado natural.
- Promociones y descuentos políticas
- Procesos de control (establecerse)
- Control de calidad (reclamos - formato)
- Ciclo de mantenimiento equipos (establecer)

1.1.2.8. PRESUPUESTOS.

La conjugación de la información sobre la estimación programada de manera sistemática, de las condiciones de operación y de los resultados objetivizados por la Fundación, en un periodo determinado, en una relación entre el Departamento de Contabilidad y la Dirección, coordinando las previsiones necesarias nos permiten conocer con anticipación resultados que generan cambios en las políticas trazadas para corregir desviaciones importantes hacia los resultados esperados.

La interrelación de funciones empresariales (compras, laboratorio, finanzas, ventas, dirección de servicio técnico y administrativo etc.) en la Institución, en pos de una calidad de servicio y satisfacción del paciente, generan la delegación en directrices presupuestales creando un elemento básico como criterio de control en su cumplimiento e implementación.

1.2. RECOMENDACIONES DE ACCION SOBRE:

1.2.1. Planeación Estratégica De Mercadeo.

1.2.1.1. OBJETIVOS DE MERCADEO.

- Debemos analizar en cada uno de los segmentos de mercado posibles los factores de satisfacción en la decisión de la compra como son: incidencia de la moda y marca, calidad. garantía, alternativas de áreas de servicio (tamaño óptica. sucursales etc.) y sitios de compra, características, comodidad y presentación e influencia del área social en los puntos de compra.
- Evaluación en términos de costos psicológicos: vías de acceso, distancia con relación al trabajo y a la residencia, tiempos de desplazamiento. Facilidad de transporte, seguridad, y la importancia relativa de estos factores en relación directa con el costo-beneficio servicio y calidad de la Fundación como prestadora de servicios de salud.

En un paso posterior se deben evaluar:

Estadísticas contable administrativas de ventas totales en unidades y en pesos.

Contribución de cada mes productiva a las ventas totales de la empresa, margen porcentual, promedio anual y productividad racional en relación a la satisfacción del paciente.

Cuotas de Ventas, responsabilidades directas del departamento de consultoría y mercadeo en su apoyo cuantitativo y cualitativo a los presupuestos establecidos.

1.2.1.2. ESTRATEGIAS DE MERCADEO.

- Proyectar la mejor imagen corporativa a nuestros clientes a través del portafolio de servicios como norma.
- Evaluación y justificación de los objetivos de mercados propuesto con base en el análisis e implementación de nuevas estrategias por ejemplo; concertar convenios de servicios con entidades que presten atención con funciones conexas.
- Montar nuevas ópticas en sitios preestablecidos que generen una visita para el paciente que sean más cercana a su entorno familiar.
- Buscar concesiones en cadenas de almacenes o similares compartiendo el nombre de estas empresas con el buen nombre de nuestra Institución.
- Desarrollar puntos de venta propios, (franquicias o concesiones previo estudio en ópticas alternas).
- Crear mini ópticas de apoyo y de servicio aprovechando el Good will de la Institución y sus ayudas logísticas técnicas.
- Diversificación: Generar atenciones especializadas por departamentos por ejemplo: en pediatría, lentes de contacto, en unidades creadas para tal fin.
- Implementar a todo el personal la capacitación en ventas y ventajas comparativas de nuestra Institución, sobre imagen institucional (validez e importancia), conocimiento de las estrategias de mercadeo, conocimiento de nuestra capacidad instalada y tecnología (equipos - laboratorio). Conocimiento sobre planes publicitarios, promociones, programas de aplicación social, sobre apoyo logístico, merchandising, venta, pos venta y satisfacción del cliente.
- Especializarnos en algunos servicios de lentes especiales por ejemplo: progresivos, Lentes de contacto etc. Buscando un precio fuera de competencia que genere una venta relacionada en la integración con otros productos y servicios en la Institución.

- Generar información amplia sobre nuestro servicio del laboratorio recalcando su calidad, tiempos de entrega y precio en entidades similares a la nuestra y mercados potenciales a evaluar así como al equipo profesional adscrito (previa evaluación de su capacidad instalada y políticas para la prestación de dicho servicio).
- Estrategias En Telemarketing, impresos directos de promoción, impresos técnicos sobre prevención y ayudas en salud visual. Presupuestos y aplicación en publicidad en radio (programas de salud), prensa (para eventos especiales) y televisión de acuerdo a los presupuestos de aplicación más económicos posibles.

Se presupuestó:

- Radio Melodía: 40% Descuento – Negociación, 100% Canje en servicios y productos de la Fundación.
- TV Andina: 20% Descuento – Negociación, 100% Canje en servicios y productos de la Fundación.
- City TV: Ofrece paquetes profesionales con tarifas económicas de acuerdo a la época del año y a los espacios disponibles.
- El Director de La Fundación participó de una entrevista publicitaria sobre Salud Ocular y las bondades de la Fundación en la Campaña OJO CON SUS OJOS, media hora.
- Aviso en el periódico EL TIEMPO : campaña OJO CON SUS OJOS SALUD OCULAR.

Es decir, generar el diseño de una mezcla de medios consecuentes con los requisitos corporativos, la audiencia objetiva y las estrategias creativas (logo, mensaje de identidad, e imagen institucional).

- Crear base de datos que permitan obtener informes diarios, semanales, mensuales, trimestrales y semestrales sobre la situación actual y de manera comparativa de las ventas con relación a los mismos periodos en los últimos dos años.

Estas estrategias son apoyadas por una optima atención profesional, una organización eficiente y la racionalización de precio, calidad y servicio.

1.2.2. Fuerza De Ventas.

- El Portafolio de servicios es la base primordial para presentar una imagen de venta corporativa
- Diseñar una organización de ventas que responda a las necesidades de los supermercados y de los objetivos preestablecidos.
- Fomentar las relaciones públicas, empresa, clientes, entidades estatales y proveedores.
- Identificar nuevos productos, servicios y sus alternativas de comercialización.
- Investigar tendencias y movimientos de la competencia.
- Auditar permanentemente las actividades de mercado y venta
- Generar políticas de crédito de la Institución (tarjetas de crédito, ventas a cooperativas etc.).
- Estrechar las relaciones de servicio con los demás clubes de leones
- Implementar la página WEB como apéndice de la página de Leones Internacional

- Destacar la atención y calidad profesional de nuestro departamento médico y clínico.
- Reestructurar el video e implementar material sobre la filosofía Leonística e información particular sobre nuestra Institución.
- Generar campañas globales a segmentos específicos por ejemplo obreros, (sobre salud ocupacional de prevención visual) con folletos, charlas y exposiciones para tal fin.
- Dinamizar y diversificar la exhibición de productos en nuestro punto de venta (óptica) aprovechando la información directa de proveedores, profesionales y estudio de la competencia.
- Consolidar la entrega oportuna de los pedidos.
- Planear políticas de pos venta (solución de reclamos, garantías, cambios etc.)
- Generar permanentemente una imagen corporativa e integral paralela a la filosofía Leonística del Club de Leones de Tenjo.

Esperamos que en el desarrollo del plan de mercadeo la investigación de precios a través de tres canales proveedores, profesionales y entorno competitivo se pueda generar un cambio en la estructura de precios y promociones racionalizando el precio de venta hacia nuestros segmentos para aumentar la demanda en servicios y producto final.

1.2.3. Plan De Mejoramiento De Calidad.

Después de dar a conocer las posibles sugerencias y recomendaciones que damos para trabajar el área administrativa y para estrategias de mercadeo y elaborar el manual de funciones por cada puesto de trabajo, se hace necesario

que el grupo directivo se ponga a trabajar en el plan de mejoramiento y lo deje por escrito, detallado y documentado, involucrando al equipo de profesionales y personal de la parte operativa.

Nosotros como grupo consultor de empresas construimos y dejamos como legado para la Fundación, su carta corporativa y su manual de funciones que de alguna manera van a agilizar el proceso a iniciar por parte de las directivas de la empresa.

El plan de mejoramiento de calidad es un componente del soporte documental del sistema de garantía de calidad y consiste en un conjunto de documentos en los cuales se trazan las grandes líneas estratégicas de mejoramiento de la calidad en la organización y se hacen explícitas las acciones que se van a emprender y los medios para ello.

Los planes de mejoramiento tienen sentido en la medida en que se apliquen; por ello, los de calidad deben ser una prioridad para la dirección. Para que ello sea posible, es necesario que estén articulados con el plan estratégico o de referencia que guíe el rumbo de la institución. Igualmente, para que sean operativos deben desplegarse a las diferentes áreas de la organización y dejar explícito las acciones que hay que realizar, cómo, cuándo, dónde y quién las llevará a cabo. Y finalmente, para su cumplimiento deben tener indicadores y ser objeto de seguimiento regular.

1.3. PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

- Conformación de un grupo de trabajo Idóneo

Director: Jose Santofimio.

Sub director: Victor Muñoz.

Doctora: Marisol Solano.

Doctor Nelson Merchán. Asesor.

Señor Jorge Arenas. Asesor.

- Capacitación del grupo de trabajo

Reuniones varias de discusión de temas al respecto del manual de garantía de calidad en la institución y plan de mejoramiento por parte del grupo de consultoría y por parte del comité designado por la empresa.

- Recolección de Información indispensable para el plan

El grupo de trabajo debe reunir la información básica para la elaboración del plan. Ésta incluye el direccionamiento estratégico de la institución y otros planes vigentes que existan para la organización, como el plan de desarrollo institucional o reestructuración administrativa, de mercadeo, y la evaluación previa del sistema de garantía de calidad

Luego de leer los estatutos y atendiendo la filosofía Leonística nos permitimos presentarles la conceptualización sobre la misión y visión que a nuestra manera de ver puede ser el generador de nuestro proyecto institucional, diseñada con el fin de direccionar los cambios a tomar en cuenta dentro del proceso de reestructuración.

1.3.1. Misión.

La fundación por ser una institución autónoma e independiente, de derecho privado, sin ánimo de lucro cuyas actividades deberán perseguir finalidades de

actividad común dentro de la filosofía de servicio a la comunidad conforme a un marco ético con un aporte de trabajo social y de servicio.

Para lograr tal fin la Fundación desarrolla y pone en práctica metodologías de avanzada en la investigación y atención técnica y médica especializada para solucionar y prevenir problemas visuales en su entorno social.

La fundación considera que su proyecto necesita un cuerpo técnico y profesional altamente capacitado y comprometido que sea verdadero generador y propagador de soluciones de prevención y clínicas en el campo visual y elemento básico del fortalecimiento institucional. Por esta razón propenderá que sus empleados, técnicos y profesionales desarrollen esta actividad como un proyecto de servicio a la humanidad, sintiendo que son valorados por la comunidad en el marco de la prestación de servicios de optometría y oftalmología en lo que hace referencia a prevención, consulta, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de fisiopatología ocular humana y lo relacionado con profesiones análogas.

1.3.2. Visión.

Nos proponemos en el nuevo milenio como una Fundación que ocupe un lugar de primer orden en el sector de servicios comunitarios de salud ocular a nivel nacional, prioritariamente atendiendo a las clases menos favorecidas, con funcionarios integrales, capacitados y comprometidos que respondan con eficiencia a las exigencias de la evolución tecnológica y que estén dispuestos a solucionar con altruismo las necesidades del entorno social.

El comité que se nombre debe procurar por la pronta evaluación del sistema general de calidad que posee la fundación.

1.3.3. Direccionamiento Estratégico De La Institución.

La institución desea en primera instancia adecuar y equipar la fundación de acuerdo a los requerimientos del comité de garantía de calidad pero espera un plan de mercadeo inmediato que supla las necesidades actuales de la empresa.

Otros planes existentes en curso:

- 1.- Reestructuración del área administrativa.
- 2.- Adecuación del plan de mercadeo.
- 3.- Definir objetivos, estrategias, proyectos y desplegar hacia las unidades operativas

Una vez establecidos los problemas prioritarios derivados de las debilidades y amenazas que plantea el entorno, el equipo debe concentrarse en definir objetivos de mejoramiento, formulando estrategias y proyectos que contribuyan a los objetivos del plan estratégico de la organización. Para ello recordamos que:

- Un objetivo es una declaración general de lo que se quiere lograr durante un lapso específico. Representan las prioridades de la organización.
- Las estrategias son los medios por medio de los cuales la organización pretende alcanzar sus objetivos.
- Los proyectos son conjuntos de acciones que desarrollan estrategias

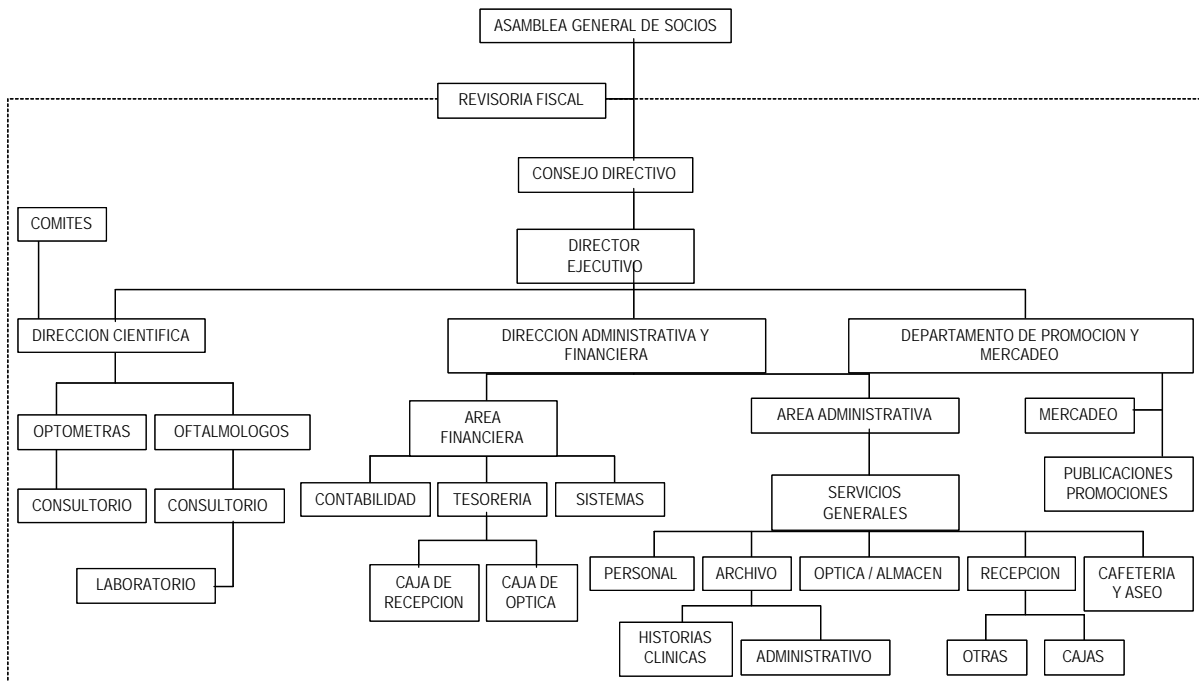
El grupo debe garantizar que con los objetivos, estrategias y proyectos que definan se aprovechen las fortalezas encontradas y se definan estrategias que utilicen las oportunidades registradas en el análisis DOFA para lograr un plan de mejoramiento integral.

1.3.4. Documentar El Plan De Mejoramiento De Calidad Detallado.

Los objetivos, estrategias y metas deben ser comunicados y negociados con las áreas operativas, de forma que cada miembro del grupo que elaboró el plan (conformado por el grupo primario del director), trabaja objetivos y metas con el equipo del área respectiva; este proceso continua bajando de un nivel superior al inmediatamente inferior hasta que todas las metas sean acordadas.

Para poder documentar todo el trabajo del comité de garantía y calidad se debe trabajar área por área y establecer de acuerdo a las sugerencias y recomendaciones hechas por el grupo asesor un direccionamiento de todo el proceso para reconstruir el diagrama no de una manera tan detallada, ya que no existía una organización definida y de tareas claras . Ahora teniendo el soporte de cómo debe funcionar cada área administrativa (figura7) y el manual de funciones claros, se puede generar desde cada puesto de trabajo todo un proyecto de transformación de perfiles, cargos, funciones y alcances de cada área administrativa. Que es en sí la labor que debe trabajar el comité a funcionar a partir del momento en que se empiecen a trabajar las recomendaciones de cambio sugeridas por el grupo asesor.

Con la participación activa de los empleados comprometidos con sus nuevas tareas y siempre bajo la supervisión del grupo consultor o de la parte directiva preparada ya y encaminada hacia el cumplimiento del plan inicial sugerido, se espera en dos años tener unos primeros resultados satisfactorios para el bien de la fundación. (Anexo 10)



(Figura 7)

ANEXO 1

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD COMPETITIVA DE LAS INSTITUCIONES SIN ANIMO DE LUCRO EN SALUD VISUAL 1999

INSTRUCCIONES

- De antemano agradecemos el tiempo y atención prestada al presente cuestionario.
- La información que nos suministre es de carácter confidencial y solo con su autorización podrá ser divulgada.
- Le recordamos que de la fidelidad de sus respuestas depende para el desarrollo del análisis de su empresa.
- El cuestionario está dividido en partes, por favor primero lea la totalidad de las opciones a cada pregunta y responda con una equis (X) y en estricto orden.
- En algunos casos puede haber más de una respuesta.
- En el caso de que su respuesta no se encuentre dentro de las opciones dadas por favor deje en blanco, o si se trata de algún valor coloque el más cercano y continúe con la siguiente.
- No es necesario marcarlo con su nombre o el de la institución.

CUESTIONARIO

PARTE 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EMPRESA

- 1 La empresa es prestadora de servicios de salud visual :
 - 1,1 Exclusivamente
 - 1,2 Combinación con otros Servicios de salud
 - 1,3 Otros

- 2 La empresa es :
 - 2,1 Nacional
 - 2,2 Multinacional
 - 2,3 Transnacional
 - 2,4 Otra

- 3 La Sociedad de su empresa es de carácter :
 - 3,1 Anónima
 - 3,2 Limitada
 - 3,3 Sin ánimo de lucro
 - 3,4 Estatal

- 4 La empresa ejerce :
 - 4,1 Unicamente Bogotá
 - 4,2 Ciudades pequeñas
 - 4,3 Otras capitales

- 5 En que parte de la ciudad realiza sus actividades la empresa :
 - 5,1 Norte
 - 5,2 Sur
 - 5,3 Oriente
 - 5,4 Occidente

- 6 Las actividades claves de la empresa que se prestan en la empresa son:
 - 6,1 Oftalmología
 - 6,2 Optometría

- 6,3 Optica
- 6,4 Ortóptica
- 6,5 Cirugía
- 6,6 Laboratorios
- 6,7 Exámenes especiales
- 6,8 Lentes de contacto

7 Estos servicios los presta la institución en :

- 7,1 Todas las sedes
- 7,2 Una sola sede
- 7,3 Sede principal
- 7,4 Algunas sedes
- 7,6 Intermedio de terceros

8 En que posición se encuentra la empresa dentro del sector :

- 8,1 Primero
- 8,2 Segundo
- 8,3 Tercero
- 8,4 Cuarto
- 8,5 quinto
- 8,6 Otra

PARTE 2

LA DIRECCION

9 La misión de la empresa se encuentra en:

- 9,1 Documentos
- 9,2 Alguna cartelera o aviso
- 9,3 Mente de la dirección

10 Considera que la misión de la empresa :

- 10,1 Es adecuada
- 10,2 Es limitada
- 10,3 Es obsoleta
- 10,4 No la conoce

11 Cuanto tiempo lleva la empresa en actividades :

- 11,1 0 a 3 años
- 11,2 3 a 5 años
- 11,3 5 a 10 años
- 11,4 Más de 10 años

- 12 Las transformaciones en la empresa se han producido :
 - 12,1 Por sus sugerencias
 - 12,2 Impuestas por las directivas
 - 12,3 No las conoce

- 13 La misión pretende :
 - 13,1 Consolidarse en el mercado
 - 13,2 Penetrar nuevos mercados
 - 13,3 Otro

- 14 Cuando se evalúa la empresa con respecto a su misión :
 - 14,1 Participa en las reuniones
 - 14,2 El superior le informa personalmente
 - 14,3 Se entera por boletines internos
 - 14,4 Se entera en conversaciones informales

- 15 Para la toma de decisiones :
 - 15,1 Todos participan directamente
 - 15,2 Participan solo los superiores
 - 15,3 Hay reuniones de grupos y envían representante
 - 15,4 Otro

- 16 Conoce los objetivos de la empresa :
 - 16,1 Detalladamente
 - 16,2 Someramente
 - 16,3 No los conoce

- 17 Considera que los objetivos se pueden cuantificar :
 - 17,1 Todos
 - 17,2 Algunos
 - 17,3 Ninguno

- 18 Los objetivos están planteados a un plazo de :
 - 18,1 Menos de 1 año
 - 18,2 Entre 1 y 3 años
 - 18,3 Entre 3 y 5 años
 - 18,4 Más de 5 años

- 19 Comparado con otras empresas del sector los equipos son :
 - 19,1 Muy actualizados
 - 19,2 Actualizados
 - 19,3 Medianamente actualizados

- 19,4 Obsoletos
- 19,5 Desactualizados

- 20 El servicio que se presta en la empresa lo considera :
 - 20,1 Excelente
 - 20,2 Muy bueno
 - 20,3 Bueno
 - 20,4 Regular
 - 20,5 Muy regular
 - 20,6 Malo

- 21 Su anterior clasificación sobre el servicio se basa en :
 - 21,1 Calidad
 - 21,2 Costo
 - 21,3 Competencia
 - 21,4 Cumplimiento

- 22 Los servicios se promueven a través de :
 - 22,1 Campañas publicitarias
 - 22,2 Brigadas de Salud
 - 22,3 Asociaciones cívicas
 - 22,4 Juntas de Acción Comunal
 - 22,5 Pacientes
 - 22,6 Amigos

- 23 Poseen alianzas estratégicas con :
 - 23,1 Hospitales
 - 23,2 EPSs o ARPs
 - 23,3 Compañías de seguros

PARTE 3

EQUIPO DIRECTIVO

- 24 La estructura directiva es de tipo :
 - 24,1 Piramidal
 - 24,2 Plana
 - 24,3 Otra
- 25 La labor del equipo directivo en cuanto al aporte y logro de la empresa :
 - 25,1 Excelente

- 25,2 Muy bueno
- 25,3 Bueno
- 25,4 Regular
- 25,5 Muy regular
- 25,6 Malo

26 Considera que los directivos se preocupan por :

- 26,1 Beneficio económico
- 26,2 Innovar científicamente
- 26,3 Bienestar de los pacientes
- 26,4 Aportar a la investigación
- 26,5 Capturar mayor mercado
- 26,6 Bienestar de los subalternos

27 El mecanismo que más usan los directivos para difundir la Información de la empresa es :

- 27,1 Personalmente
- 27,2 Reuniones
- 27,3 Boletines
- 27,4 Carteleras

28 La comunicación entre directivos y subalternos se hace :

- 28,1 Personalmente
- 28,2 Formalmente
- 28,3 Informalmente
- 28,4 Correo Electrónico
- 28,5 Telefónicamente
- 28,6 Otra

PARTE 4

POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

29 Las políticas empresariales están detalladas por escrito en :

- 29,1 Si
- 29,2 No
- 29,3 No conoce

30 Considera que las principales amenazas de la empresa son :

- 30,1 Competencia

- 30,2 Políticas del gobierno
- 30,3 Capacitación del personal
- 30,4 Cambio de tecnología
- 30,5 Falta de integración al sector
- 30,6 Costo del servicio

31 Las oportunidades que ve con mayores probabilidades son :

- 31,1 Alianzas estratégicas
- 31,2 Nuevos servicios
- 31,3 Crear sucursales
- 31,4 Penetrar nuevos mercados
- 31,5 Nuevas tecnologías
- 31,6 Servicio domiciliario

32 La expectativas sociales de la empresa son para el beneficio de la población de :

- 32,1 La zona
- 32,2 La ciudad
- 32,3 El departamento
- 32,4 El país
- 32,5 Internacional

33 Existe un manual de procedimientos :

- 33,1 Si
- 33,2 No
- 33,3 No sabe

34 Los procedimientos se establecieron por :

- 34,1 Unanimidad del personal
- 34,2 Decisión de directivos
- 34,3 Asesorías

35 Cuando alguna actividad se sale de los procedimientos :

- 35,1 Posee autonomía en la decisión
- 35,2 Pide autorización al superior
- 35,3 Pide consenso en su división
- 35,4 Hace analogías con situaciones similares

36 Si existen sugerencias para algún procedimiento la presenta en :

- 36,1 Reuniones periódicas
- 36,2 Envía un documento
- 36,3 La comunica directamente
- 36,4 La ignora

PARTE 5

FUNCIONES Y ACTIVIDADES

- 37 Actualmente ocupa el cargo en :
- 37,1 Directiva
 - 37,2 Parte operativa
 - 37,3 Parte administrativa
 - 37,4 Otros servicios
- 38 En la empresa usted participa en reuniones de :
- 38,1 Directivos
 - 38,2 División
 - 38,3 Accionistas
 - 38,4 Ninguna
- 39 Cuantas personas tiene a su cargo entre :
- 39,1 1 a 2
 - 39,2 3 a 5
 - 39,3 5 a 10
 - 39,4 Más de 10
- 40 El presupuesto se asigna para periodos de :
- 40,1 Un mes
 - 40,2 Un trimestre
 - 40,3 Un semestre
 - 40,4 Un año
 - 40,5 Más de un año
 - 40,6 Otro
- 41 Del total del presupuesto asignado para el periodo usted maneja entre el
- 41,1 1 a 5%
 - 41,2 5 a 10%
 - 41,3 10 a 15%
 - 41,4 15 a 20%
 - 41,5 20 a 30%
 - 41,6 30 a 40%
 - 41,7 40 a 50%
 - 41,8 Más de 50%

42 El presupuesto para el periodo se encuentre entre (Millón de pesos) :

42,1 Menos de 10

42,2 10 y 20

42,3 20 y 30

42,4 30 y 40

42,5 40 y 50

42,6 Más de 50

43 Sus informes los presenta a :

43,1 Diario

43,2 Semanal

43,3 Quincenal

43,4 Mensual

43,5 Trimestral

43,6 Semestral

43,7 Anual

43,8 Otro

44 Estos informes los presenta ante :

44,1 Un superior

44,2 Grupo de trabajo

44,3 Directivos

44,4 Ninguno

45 La mayoría de las personas con las cuales usted trata son :

45,1 Pacientes

45,2 Proveedores

45,3 Asesores

45,4 Visitadores médicos

45,5 Cobradores

45,6 Ninguno

PARTE 6

INDICADORES DE DESEMPEÑO

- 46 La empresa presta el servicio al mercado en un porcentaje entre :
- 46,1 0 a 2%
 - 46,2 2 a 5%
 - 46,3 5 a 10%
 - 46,4 15 a 20%
 - 46,5 20 a 30%
 - 46,6 30 a 40%
 - 46,7 Más de 40%
- 47 El porcentaje de clientes que no han regresado a la empresa es de :
- 47,1 0 a 2%
 - 47,2 2 a 5%
 - 47,3 5 a 10%
 - 47,4 10 a 15%
 - 47,5 15 a 20%
 - 47,6 20 a 25%
 - 47,7 25 a 30%
 - 47,8 Más de 30%
- 48 Cuantos días trabaja a la semana :
- 48,1 Seis
 - 48,2 Cinco
 - 48,3 Cuatro
 - 48,4 tres
 - 48,5 Dos
 - 48,6 Uno
- 49 Presta sus servicios al día aproximadamente por :
- 49,1 Más de 8 horas
 - 49,2 8 horas
 - 49,3 4 horas
 - 49,4 Menos de 4 horas
- 50 Cuantos pacientes atiende en promedio al día :
- 50,1 1 a 5
 - 50,2 5 a 10
 - 50,3 10 a 15
 - 50,4 15 a 20
 - 50,5 Más de 20
- 51 La retribución económica que la empresa cobra por la prestación de algún servicio es de :
- 51,1 Contado
 - 51,2 Crédito directo
 - 51,3 Tarjeta de crédito

52 Las inversiones que la empresa realiza se hacen de :

- 52,1 Contado
- 52,2 Crédito a corto plazo
- 52,3 Crédito a mediano plazo
- 52,4 Crédito a largo plazo
- 52,5 Otro

53 Otras fuentes de ingreso que la empresa utiliza son :

- 53,1 Venta de equipos
- 53,2 Capacitación
- 53,3 Donaciones
- 53,4 Bancos
- 53,5 Acciones otras empresas
- 53,6 Otras

PARTE 7

POSICION COMPETITIVA

54 El mercado en el cual presta sus servicios muestra tendencia a :

- 54,1 Aumentar
- 54,2 Disminuir
- 54,3 Estabilizarse

55 La tendencia de su empresa en cuanto a la participación es :

- 55,1 Igual a la del mercado
- 55,2 En el mismo sentido pero a menor escala
- 55,3 En el mismo sentido y a mayor escala
- 55,4 En sentido contrario a la del mercado

56 Su posición en el mercado comparándolo con la competencia está :

- 56,1 En los primeros lugares
- 56,2 En medio
- 56,3 Por debajo

57 La calidad de los servicios que presta su empresa frente a la de los competidores es :

- 57,1 Muy superior
- 57,2 Superior
- 57,3 Algo mejor

57,4 Ligeramente menor
57,5 Igual

58 La imagen y prestigio de la empresa ha tenido con respecto a años anteriores :

58,1 Gran mejora
58,2 Mejora
58,3 Estabilidad
58,4 Decaimiento

59 La credibilidad de la empresa por parte de empresas relacionadas :

59,1 Muy buena
59,2 Buena
59,3 Regular
59,4 Mala

60 La credibilidad de la empresa por parte de los pacientes es :

60,1 Muy buena
60,2 Buena
60,3 Regular
60,4 Mala

61 El porcentaje de la capacidad instalada a la cual la empresa presta sus servicios es aproximadamente :

61,1 Menos del 50%
61,2 Entre el 50 y 60%
61,3 Entre 60 y 70%
61,4 Entre 70 y 80%
61,5 Entre 80 y 90%
61,6 Mas de 90%

62 Los precios de los servicios de la empresa en relación a los competidores son :

62,1 Mayores
62,2 Iguales
62,3 Menores

63 Las citas para la prestación de algún servicio se otorgan máximo para :

63,1 El mismo día
63,2 Día siguiente
63,3 Cuatro días siguientes
63,4 Semana Siguiente
63,5 Quince días siguientes
63,6 Más

64 De las utilidades que genera la empresa se invierte en investigación y desarrollo entre :

- 64,1 No se invierte
- 64,2 Menos del 10%
- 64,3 Entre el 10 y 20%
- 64,4 Entre el 20 y 30%
- 64,5 Más de 30%

65 La tecnología de la empresa comparándola con la competencia es :

- 65,1 Mejor
- 65,2 Igual
- 65,3 Rezagada

66 Cuantos años lleva la empresa lleva en el mercado :

- 66,1 Entre 1y 5
- 66,2 Entre 5 y 10
- 66,3 Entre 10 y 15
- 66,4 Entre 15 y 20
- 66,5 Más

67 Las labores de aseo se realizan en su mayoría :

- 67,1 En la mañana
- 67,2 En la tarde £
- 67,3 En la noche
- 67,4 En todo el día

PARTE 8

ENTRENAMIENTO

68 La empresa organiza por su cuenta o con alguna colaboración :

- 68,1 Cursos
- 68,2 Seminarios
- 68,3 Talleres
- 68,4 Conferencias
- 68,5 Simposios
- 68,6 Otros eventos

69 Para su capacitación la empresa le dedica al mes entre :

- 69,1 1 a 4 horas

- 69,2 4 a 8 horas
- 69,3 8 a 16 horas
- 69,4 16 a 32 horas
- 69,5 32 a 64 horas
- 69,6 Más de 64 horas

70 Cuando hay alguna actividad por fuera de empresa que ayuda en su desarrollo profesional

- 70,1 Su empresa le da incentivos para asistir
- 70,2 Asiste y luego justifica la ausencia
- 70,3 Gestiona permiso y acude por interés propio
- 70,4 Busca reemplazo por su cuenta
- 70,5 Acomoda sus horarios para poder asistir
- 70,6 No asiste

71 Cuando se requiere sustituir o reemplazar algún puesto, la persona que llega :

- 71,1 Tiene entrenamiento con la persona que se va
- 71,2 Se le entrega un manual de funciones o similar para que lo estudie
- 71,3 El superior le informa de las tareas a realizar y lo supervisa
- 71,4 Los compañeros lo guían mientras asume el control de las labores

72 Las actividades de capacitación están dirigidas a :

- 72,1 Todos
- 72,2 Directores
- 72,3 Jefes
- 72,4 Supervisores

PARTE 9

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

73 A los colaboradores de la empresa se les hacen evaluaciones periódicas :

- 73,1 Psicológicas
- 73,2 Idoneidad profesional
- 73,3 Servicio al cliente

74 Considera que la misión y las políticas de la empresa están relacionadas con :

- 74,1 Mercado

- 74,2 Producto
- 74,3 Tecnología
- 74,4 Colaboradores
- 74,5 Finanzas
- 74,6 Servicio

75 Los objetivos de la empresa abarcan propósitos para :

- 75,1 Mercado
- 75,2 Tecnología
- 75,3 Colaboradores
- 75,4 Producto

76 Los equipos de la adquieren mantenimiento :

- 76,1 Rutinario
- 76,2 Predictivo
- 76,3 Preventivo
- 76,4 Curativo
- 76,5 Correctivo
- 76,6 Ninguno

77 Los productos utilizados por la empresa en su mayoría se compran de acuerdo a :

- 77,1 Normas standarizadas o similares
- 77,2 Normas sobre calidad de la empresa
- 77,3 Relación costo / beneficio
- 77,4 Acuerdos con proveedores
- 77,5 Otros

78 Los proyectos se desarrollan en equipos donde :

- 78,1 Todos se conocen entre si
- 78,2 Conoce solo a los colegas
- 78,3 Solo conoce al responsable
- 78,4 No conoce a nadie

PARTE 10

PROYECTOS DE MEJORAMIENTO

79 Aproximadamente cuantos proyectos se ejecutan en este año :

- 79,1 1 a 2
- 79,2 3 a 5
- 79,3 5 a 10

79,4 Más de 10

80 Existen proyectos para mejorar en la empresa :

- 80,1 La administración
- 80,2 Relación con los clientes
- 80,3 Relación con el gobierno
- 80,4 Relación con los colaboradores
- 80,5 Los métodos y procedimientos
- 80,6 El medio ambiente
- 80,7 La maquinaria y el equipo
- 80,8 Relación con proveedores
- 80,9 Relación con la comunidad
- 80,10 Las políticas

81 Los proyectos que están debidamente sustentados por escrito de acuerdo a un estudio son :

- 81,1 Todos
- 81,2 Los de mayor inversión
- 81,3 Otra prioridad
- 81,4 Ninguno

82 Existe responsable de proyectos para cada proyecto :

- 82,1 Uno
- 82,2 Dos
- 82,3 Tres
- 82,4 Cuatro
- 82,5 Cinco

83 Existe responsable de proyectos para todos los proyecto :

- 83,1 Uno
- 83,2 Dos
- 83,3 Tres
- 83,4 Cuatro
- 83,5 Cinco

84 Los proyectos se evalúan :

- 84,1 Cada cierto periodo
- 84,2 En cada reunión
- 84,3 Según cronograma

PARTE 11

CULTURA ORGANIZACIONAL

- 85 Su empresa posee principios corporativos :
 - 85,1 Propios
 - 85,2 Nacionales
 - 85,3 Internacionales
 - 85,4 Otros

- 86 Que tipo de gestión se realiza en la empresa:
 - 86,1 Participativa
 - 86,2 Centralizada
 - 86,3 Otra
 - 86,4 Ninguna

- 87 Algunas ventajas para invertir en su empresa son :
 - 87,1 Servicios exclusivos o especiales
 - 87,2 Fuerte cobertura del mercado
 - 87,3 Excelente fuerza de trabajo
 - 87,4 Derechos especiales o privilegios
 - 87,5 Acceso a conectarse con empresas del sector

- 88 Considera que el mercado donde la empresa labora es bueno por :
 - 88,1 Rápido crecimiento del mercado
 - 88,2 Poca competencia
 - 88,3 Pueden rápidamente mejorar su eficiencia productiva reemplazando tecnología
 - 88,4 Alto potencial para veloz crecimiento futuro del mercado
 - 88,5 El mercado está actualmente subdesarrollado
 - 88,6 La sofisticación del mercado aumenta, requiriendo nuevos servicios
 - 88,7 El mercado es ideal para servicios existentes de un socio potencial

ANEXO 2

FUNDACIÓN LEONISTICA DE SALUD OCULAR FORO PROFESIONALES

Su experiencia y profesionalismo son muy valiosos para generar el cambio. Lo invitamos a responder las siguientes preguntas.

- ¿Cómo ve nuestra imagen institucional?
- ¿Para usted los objetivos de la empresa están claramente definidos?
- ¿Qué fortalezas y / o debilidades tiene la empresa? - ¿Cómo mejorar?
- ¿Qué expectativas tiene con respecto al portafolio de servicios?
- ¿Está de acuerdo con el servicio y la forma en que se presta?
- ¿Cuenta usted con los medios técnicos y logísticos para trabajar adecuadamente?
- ¿Es optimo nuestro producto?

Agradecemos su colaboración en la presente encuesta.

ANEXO 3

FUNDACIÓN LEONISTICA DE SALUD OCULAR FORO EMPLEADOS

Usted es una persona vital para la empresa, sus opiniones son muy valiosas por favor conteste este cuestionario.

- ¿Cuál cree usted, es la función de la Fundación?
- ¿Cómo es la comunicación dentro de la Fundación?
- ¿Qué puedo aportar a la empresa para mejorar?
- ¿Conozco mi cargo, sus funciones, responsabilidades, limitaciones y metas?
- ¿Qué me gusta de la empresa y qué no me gusta?

- ¿Creo que en la Fundación se reconocen mis meritos ~ cualidades?
- ¿En qué debemos cambiar? ¿Por qué?
- ¿Se trabaja en equipo? - ¿Me gusta?
- ¿Qué creo significa "Sentido de Pertenencia11 con la empresa?
- ¿Sé lo que es un buen servicio? ¿Soy cortés?

**USTED ES LA EMPRESA
LA RESPUESTA DEPENDE DE USTED**

ANEXO 4

Bogotá, D. C.

Ref: Jornada de Prevención Visual

Estimados padres de familia, reciban nuestro saludo cordial.

Las alteraciones visuales generan limitaciones físicas y psicosociales que alteran el desarrollo normal de la persona, incidiendo directamente en su Rendimiento Académico y Calidad de Vida.

Para garantizar condiciones normales de visión, a los estudiantes, la FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, presenta el PROGRAMA PREVENTIVO DE SALUD VISUAL “OJO CON SUS OJOS”. orientado a diagnosticar y tratar las alteraciones visuales y oculares.

Los invitamos en estas vacaciones a realizar el examen preventivo de salud visual a sus hijos.

El valor de la consulta con certificado es de Tres mil quinientos (\$3.500.00) pesos Mcté.

Esta brigada también la estaremos realizando en los primeros meses el año 2.001. Hacemos extensiva esta jornada al personal docente y padres de familia beneficiándolos con los mismos costos.

Favor presentar esta circular en el momento del examen.

Nuestras instalaciones, están a su disposición en la calle 63 No. 18-20 PBX: 2 100 406 FAX: 3 4564 76.

Cordialmente

ANEXO 5

Bogotá, D. C.
Noviembre 11 de 2000

Ref: Jornada de Prevención Visual

Estimados padres de familia, reciban nuestro saludo cordial.

Las alteraciones visuales generan limitaciones físicas y psicosociales, que alteran el desarrollo normal de la persona, incidiendo directamente en su Rendimiento Académico y Calidad de Vida.

Para garantizar condiciones normales de visión, a los estudiantes, la FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, presenta el PROGRAMA PREVENTIVO DE SALUD VISUAL, orientado a diagnosticar y tratar las alteraciones visuales y oculares.

Por ser nuestra Institución, una entidad sin ánimo de lucro ofrecemos los precios más bajos del mercado, esta es una obra subsidiada por él. CLUB DE LEONES DE TENJO.

Los invitamos en estas vacaciones a realizar el examen preventivo de salud visual a sus hijos.

Nuestras instalaciones, están a su disposición en la Calle 63 No. 18-20 PBX 2 100406.

Cordialmente,

ANEXO 6

Bogotá, D. C.
Diciembre 13 de 2000

Señores
Empleados: LABORATORIO CHALVER
Ciudad

OJO CON SUS OJOS"

La FUNDACION LEONISTICA DE SALUD OCULAR, se permite presentar a ustedes, el mejor regalo de Navidad para usted y su familia en el campo de prevención y diagnostico visual.

En convenios de servicios, ofrecemos a ustedes el siguiente programa:

- Consulta \$5.000.00
- Paquete 1 Montura plástica \$ 25.000.00
- Paquete 1 Montura metálica \$ 35.000.00

Recuerde La salud de sus ojos depende de usted, regale lo más útil unas gafas en esta Navidad.

Favor presentar esta circular en el momento de la consulta.

¡ FELIZ NAVIDAD !

Atentamente,

DEPARTAMENTO DE MERCADEO

ANEXO 7

Bogotá, D. C. Noviembre 07 de 2000

Señores
LABORATORIO CHALVER
ATT. Sr. Jhon Peña
Director Ejecutivo Recursos Humanos
Ciudad

Respetados señores:

Las alteraciones visuales generan limitaciones que alteran el desarrollo normal de la persona, incidiendo directamente en su rendimiento académico, físico, laboral y calidad de vida.

El estudio sectorial de Salud en Colombia en 1.995 estima por rangos estadísticos la morbilidad de los ojos y anexos certificando que tres de cada diez adultos presentaban disfunciones en su sistema visual.

La F.L.S.O., dispone de un equipo de profesionales especializados, que le garantizan un óptimo diagnóstico. Contamos con un equipo técnico moderno y Laboratorio, para optimizar la calidad de nuestros trabajos.

En convenios de servicios, ofrecemos a ustedes el siguiente programa:

- Paquete 1 Montura plástica \$ 25.000.00
- Paquete 1 Montura metálica \$ 35.000.00

Forma pago 1 Según convenio.

Es de nuestro interés ampliarle la presente información, con el objetivo de coordinar las formas de atención, en un examen de prevención integral al personal de su prestigiosa Institución.

En espera de sus valiosos comentarios.

Atentamente,
MARISOL SOLANO V
Optómetra

JORGE ARENAS
NELSON MERCHAN
Consultores

ANEXO 8

CONCEPTUALIZACIÓN CON PROVEEDORES

Empresa _____ Lentes
Of-tálmicos _____
Dirección _____ Monturas _____
Laboratorio _____
Teléfono _____ Otros _____
Lentes Contacto _____

Forma de Pago _____ Gerente _____
Jefe de Ventas _____ Servicio al Cliente _____

Incremento 2001 _____

Frecuencia de Compra: Mensual ___ Trimestral ___ Otra _____

Garantía Si ___ No ___

Tipo _____

Cumplimiento _____

¿Cuál es el conducto regular para tratar un reclamo y/o garantía sobre su producto y/o servicio? _____

Tiempo de solución _____

POSVENTA

Capacitación Si ___ No ___

Tipo _____

Ayudas didácticas Si ___ No ___

Tipo _____

Por favor de su concepto sobre la Fundación Leonística de salud Ocular.

Como encuentra la óptica de la Fundación Leonística de salud Ocular en cuanto a:

Presentación _____
Iluminación _____
Decoración _____
Mobiliario _____
Surtido _____
Otros _____

Sugerencias

Nuestros Precios con relación a la competencia son:

Altos _____ Medios _____ Bajos _____

Podría darnos un porcentaje de utilidad promedio aplicado en el mercado del producto que usted provee o sirve? _____

Estaría dispuesto a entregar productos en consignación Si _____ No _____

¿En qué condiciones? _____

¿Cuál es su tiempo de entrega una vez recibida la orden de pedido y/o de trabajo? _____

Para la prestación de sus trabajos o servicios, solicitamos nos presente de acuerdo a su lista de precios, los tiempos para entrega de los mismos (compromiso) _____

¿Realiza usted promociones? _____ ¿Cada Cuánto? _____

¿De qué tipo? _____

¿Qué clase de promociones nos recomienda inherentes a su producto o servicio?

¿En qué forma se puede solidarizar usted o su firma con la función de la Fundación Leonística de Salud Ocular? _____

Su empresa realiza campañas publicitarias? Si _____ No _____

¿ De qué clase?

¿ Están ustedes de acuerdo a compartir un comercial de:

Radio _____ Prensa _____ Televisión _____

¿ En qué forma? _____

¿ Están ustedes dispuestos a patrocinar a la Fundación Leonística de Salud Ocular en avisos de prensa, campañas de radio, impresos, TV, etc.

Si _____ No _____

¿ De qué manera?

¿ Tiene usted ayudas didácticas de prevención, instrucción y/o educación para beneficio de los pacientes de la Fundación Leonística de Salud Ocular?

Si _____ No _____

¿ Cuáles? _____

Sinceramente agradecemos la colaboración prestada por ustedes a la presente, la cual redundará en beneficio mutuo.

Atentamente,

DEPARTAMENTO DE CONSULTARIA Y MERCADEO

ANEXO 9

ESTRUCTURA PARA GESTIÓN POR CALIDAD. EJEMPLO PARA INSTITUCIONES GRANDES

1. COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA

Sobre este comité, el Ministerio de Salud, en su resolución 1347 de 1991, reglamenta:

Tiene la función de divulgar y velar por el cumplimiento de educar a la comunidad y al personal de la institución en la importancia del respeto a canalizar las quejas y denunciarlas ante las autoridades competentes por violación de los siguientes derechos del paciente:

- Elegir libremente a su médico e instituciones que le prestan servicios.
- Recibir información sobre los procedimientos y tratamientos que le serán practicados, su riesgo y pronóstico.
- Trato digno, respeto a sus creencias, costumbres y opiniones personales.
- Confidencialidad en su historia clínica.
- Recibir la mejor atención disponible respetando sus deseos en caso de enfermedad irreversible.
- Morir dignamente.
- Revisar y recibir explicación sobre costos de servicios obtenidos y recibir atención de urgencias sin que esté condicionada a pago anticipado.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual.

- Respeto a su decisión de participar en investigaciones, aceptar o rehusar la donación de sus órganos.

Debe estar conformado por un representante del equipo médico, uno de enfermería de la institución y dos delegados de la comunidad que formen parte de los comités de participación comunitaria del área de influencia de la IPS.

Periodicidad mínima de una vez al mes; las reuniones extraordinarias deben ser convocados por dos de sus miembros.

2. Comité de historias clínicas

La resolución 1347 de 1991, expedida por el Ministerio de Salud, acerca del comité de historias clínicas, establece:

Tiene la función de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el adecuado diligenciamiento y manejo de la historia clínica.

Para ello debe elaborar normas y procedimientos para los registros clínicos, promover la adopción de normas nacionales sobre historia clínica y velar por que se cumplan, recomendar formatos de registros y anexos que debe contener la historia, proponer mecanismos para mejorar los registros consignados en la historia vigilar que se provean los recursos necesarios para el manejo de historias.

Debe estar integrado por personal de salud.

La historia clínica

La ley 23 de 1981, llamada ley de ética médica define en su artículo 34 la historia clínica, así: “Es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, o en casos especiales por la ley”. Este es el instrumento control de mejoramiento de la calidad.

Elementos de la definición

- **Registro de las condiciones de la salud del paciente:** la historia clínica debe ser el reflejo fiel y exacto de las condiciones de salud del paciente. Se trata de una descripción escrita de la salud de una persona, en la cual deben incluirse todos aquellos datos relevantes para un diagnóstico y para la determinación de un tratamiento, en forma que sea posible identificar el estado actual y su evolución en el curso del tratamiento médico.
- **Obligatorio:** la obligación de la historia clínica no es facultativa sino obligatoria. “En caso de atención médica a una persona, la apertura y posterior elaboración de una historia se ha convertido en obligación legal” (ley 23 de 1981). El médico, con miras a proteger la integridad de un paciente, está obligado a consignar la información recibida, el diagnóstico y posterior tratamiento.
- **Documento privado:** desde el punto de vista legal, se entiende por documento: “Todo escrito destinado a comprobar un hecho jurídico”. Los escritos, para que puedan considerarse documentos, deben contener las siguientes condiciones esenciales: Un contenido literal con significación jurídica y la indicación del sujeto que le otorga (nombre y firma). Los documentos escritos destinados a comprobar un hecho jurídico pueden ser públicos o privados.

En este orden de ideas, vale la pena anotar que son dos los tipos de falsedad en documento en los que se puede caer:

Falsedad material: Se constituye por la fabricación, alteración y suplantación en que se incurre en la elaboración de la historia clínica.

Falsedad ideológica: Consiste en consignar una falsedad en el documento que pueda servir de prueba o en callar total o parcialmente la verdad.

No se pretende decir que su valor probatorio sea absoluto e incontrovertible, pero sí que su papel dentro del conjunto de pruebas que se allegan a un proceso es fundamental y sin duda preferente.

Una historia bien llevada es el mejor y único elemento para establecer, mantener y mejorar la calidad asistencial y para demostrar la calidad de la atención médica. Toda anotación en la historia clínica debe estar refrendada por el nombre, firma y registro de la persona responsable de ella y cumplir con los siguientes requisitos:

- **Completa:** que contenga toda la información relevante sobre antecedentes del paciente, diagnóstico y tratamiento; en general, que consigne de manera CLARA E INTEGRAL, la información que necesita un profesional de la medicina para conocer y atender de forma adecuada a una persona.
- **Coherente:** entender que cada anotación es un elemento integrante del todo fundamental. Las contradicciones dentro de una historia la cubren de dudas con un manto de duda que a ningún profesional le conviene.
- **Sustentada:** soportada en estudios científicos. No dejar espacios en blanco para llenar: es importante no dar oportunidad a que se hagan anotaciones posteriores, que desvirtúen la verdad.

- La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- Estado de salud: información completa acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- Equipo de salud: son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- Para efectos de archivos, se entiende la historia clínica como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter reservado.
- Archivo de gestión: es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- Archivo central: es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco años desde la última atención.

- Archivo histórico: es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Las características básicas de la historia clínica son:

Integridad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencial: los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista de archivos, la historia clínica es un expediente que de manera cronológica acumula documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie de forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.

Oportunidad: es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después que ocurre la prestación del servicio.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención de un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Apertura e identificación de la historia clínica

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros, con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo según el número de orden del menor en el grupo familiar.

3. COMITÉ DE INFECCIONES, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

El decreto 1582 del 22 de julio de 1984, en sus artículos 23 y 24, menciona:

Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud conformará su respectivo comité de infecciones intra hospitalarias, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.

Todo comité de infecciones intra hospitalarias efectuará por lo menos, un estudio anual de la situación de estas infecciones en el hospital respectivo, de acuerdo con las normas que establezca sobre el particular el Ministerio de Salud

4 Comité de farmacia y terapéutica

La resolución 5061 de 1997, del Ministerio de Salud, reglamenta que en las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, los comités técnicos científicos constituirán los comités de farmacia y terapéutica de la respectiva institución, y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el comité técnico científico de la EPS.

Por lo menos uno de los miembros del comité deberá ser médico.

Funciones:

El comité técnico-científico deberá atender reclamaciones que presenten los afiliados y beneficiarios de las EPS en relación con la ocurrencia de hechos de naturaleza asistencial y que afecten la adecuada prestación de los servicios de salud

Para efectos de dicha resolución, se entienden por hechos de naturaleza asistencial los relacionados con la atención en salud en las etapas de prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para

todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Se hace especial mención a los criterios de costo efectividad que deben ser tenidos en cuenta con todas aquellas condiciones y medicamentos esenciales que no se encuentren en el listado de medicamentos aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Deberá reunirse semanalmente, y de sus decisiones se dejará constancia en un acta.

Criterios para la autorización de medicamentos no incluidos en el listado autorizado:

La norma citada menciona además que el comité deberá tener en cuenta para la autorización de los medicamentos no incluidos en el listado de medicamentos esenciales, los siguientes criterios, entre otros:

- La prescripción de medicamentos no incluidos en el listado de medicamentos esenciales sólo podrá realizarse por el personal autorizado.
- Su prescripción será la consecuencia de haber utilizado agotado otras posibilidades terapéuticas, sin obtener respuesta clínica o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado; de lo anterior debe quedar constancia en la histórica clínica.
- Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentre debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país.
- Cuando se trate de la prescripción de medicamentos para atender enfermedades de alto costo en tratamientos hospitalarios o ambulatorios,

éstos deben ser asumidos por la entidad de aseguramiento con cargo al reaseguro de las mismas.

5. COMITÉ DE TRANSPLANTES

El Ministerio de Salud, mediante la resolución 3199 de 1998 establece, entre otras, las funciones del comité de trasplantes:

Seleccionar el recurso humano para conformar el grupo de trasplantes, evaluar la calidad de prestación del servicio, verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales para el servicio, comprobar la existencia de indicadores de gestión de programas de trasplantes, verificar manuales de procesos, identificar problemas y buscarles solución.

ANEXO 10

MANUAL DE FUNCIONES

Director Ejecutivo

(Según Estatutos)

- Propender por el logro de los objetivos de la Fundación, para lo cual presentará planes, proyectos y propuestas al consejo Directivo.
- Velar por el cumplimiento de los Estatutos.
- Representar judicialmente y / o extrajudicialmente a la Fundación.
- Ejecutar y hacer cumplir las decisiones del Consejo Directivo.
- Celebrar toda operación, negocio y acto jurídico que no este atribuido al Consejo Directivo.
- Presentar informes, balances y cuentas al Consejo Directivo.
- Elaborar y sustentar los proyectos de presupuesto, para someterlos a consideración de Consejo Directivo.
- Contratar a los funcionarios de la Fundación.
- Asistir con voz, pero sin voto a las sesiones y reuniones del Consejo Directivo.
- Las demás que le correspondan de acuerdo con la Ley, los estatutos y las que sean delegadas o atribuidas por el Consejo Directivo.

Marco De Ejecución

- Vigilar y aplicar las normas, procedimientos, decretos, reglamentaciones y legislación que configuran el entorno legal del Ministerio de Salud y de la Secretaria de Salud que supervisan y reglamentan el funcionamiento de la Fundación Leonística de Salud Ocular.
- Implementar correctivos, métodos, directrices, planes y las asignaciones que sean necesarias para el buen funcionamiento de la Fundación Leonística de Salud Ocular que propendan hacia una optima calidad y al buen cumplimiento de su objeto social.
- Evaluar, motivar, corregir y objetivizar al personal calificándolo y motivándolo en entrevistas individuales por lo menos una vez al año con el fin de motivarlo e incentivarlo hacia el cumplimiento de sus funciones, su integración y sentido de pertenencia a la Institución siempre a la sombra de la filosofía de la Asociación Internacional de clubes de Leones.
- Generar directrices en cumplimiento de la misión de la Institución así como generar los logros para llegar a la visión establecida.
- Preseleccionar al personal para cargos vacantes y seleccionar al personal apropiado a los cargos establecidos de acuerdo al Manual de Funciones y Procedimientos y paralelo a la filosofía de los Estatutos de la Fundación y a la filosofía de la Asociación Internacional de clubes de Leones.
- Elaborar y dirigir charlas periódicas con el personal administrativo y profesional de la institución generando políticas de calidad así como de eventos especiales para optimizar el servicio a los pacientes y al entorno social de la Fundación.
- Racionalizar, evaluar y cumplir los presupuestos y metas propuestas generando las variables cuantitativas y cualitativas que se requieran para el cumplimiento de los fines propuestos.
- Supervisar y evaluar el cumplimiento de las tareas y funciones de los diferentes comités así como la integración de sus resultados como una ayuda de cambio positivo hacia directrices de mejoramiento en calidad, en dirección e información al consejo y a la Asamblea de la institución,

generando a través de estas nuevas pautas de control y de cambio que retroalimenten la filosofía de servicio y satisfacción del paciente.

- Recomendar los cambios en los manuales de funciones y procedimientos de acuerdo a las condiciones económicas y necesidades del entorno social de la Fundación.
- Dar las directrices para que la dimensión técnica (mejor aplicación del conocimiento) (idoneidad profesional) y tecnología (procedimientos equipos) disponibles en favor del paciente se ejecuten de acuerdo a la misión de la Fundación.
- Considerar, evaluar, promover y aplicar como norma principal la seguridad, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que esta se aplique. Debe instruir sobre la importancia de la dimensión de seguridad la cual se enfatiza en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.
- La alta dirección define la política de calidad, los planes para lograrla y lidera el trabajo de la organización en la búsqueda de calidad. La calidad es el servicio en una identidad interpersonal en el paciente, reflejando respeto, privacidad y comodidad al mismo. Prestando este servicio en el lugar, momento y manera adecuados, generando la satisfacción en el servicio de salud al paciente.
- Debe establecer políticas de atención con un costo racional, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, propendiendo los mayores beneficios sociales y generando el manejo de herramientas técnicas adecuadas que mantengan la racionalidad del factor costo beneficio tanto para el paciente como para la Institución.
- Debe tener la firme voluntad de mantener y mejorar la calidad, generando acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad, con el fin de permitir siempre la garantía de calidad hacia el paciente.

- El director debe asignar claramente las responsabilidades respecto a calidad que, dependiendo del tamaño de la institución, requieran cargos de dedicación total o parcial y diferente número de personas y opciones de organización de apoyo a calidad por ejemplo: comité de calidad, director de calidad, o coordinador de calidad, unidad o área de garantía de calidad, incluyendo sus responsabilidades, formas de trabajo, seguimientos, propósitos y alcances. Como base para el PLAN DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD. El sistema será revisado por la alta dirección, para ello debe haber un mecanismo de seguimiento al trabajo de las personas, comités, las áreas y los proyectos que participan del plan de calidad.

Colorario

La dirección actual debe tener la capacidad de Integrar totalmente el equipo de trabajo, posicionar correctamente la Fundación Leonística de Salud Ocular y conseguir una excelente relación con clientes y empleados, la comunidad local y los proveedores. Así mismo, debe haber innovación constante, flexibilidad, espíritu de equipo, y se debe desarrollar una capacidad de adaptabilidad a los constantes cambios exigidos por los pacientes.

ASISTENTE DE DIRECCION

- Dar un ejemplo integral a los empleados como principio cumplimiento de sus funciones en aras de generar las mejores relaciones que propendan hacia la productividad, calidad y función social de la Institución con sus pacientes y su entorno.
- Mantener actualizada hojas de vida para los diferentes departamentos para suplir las vacantes necesarias para la Institución

- Prever y presupuestar las horas extras necesarias para el buen funcionamiento de los diferentes departamentos, previa autorización de la dirección.
- Dar inducción al personal seleccionado en cuanto a la misión - visión de la institución, así como de las políticas funciones y procedimientos que su cargo requiera. También instruirlo sobre la historia de la Institución, el Club de Leones de Tenjo Monarca La Asociación Internacional de Clubes de Leones en su filosofía de servicio a la comunidad, presentarlo en las diferentes dependencias a todos los compañeros que laboran en la Institución dándole una cálida bienvenida.
- Exigir a los empleados nuevos para el ingreso a la Fundación un examen medico de acuerdo a las normas legales establecidas.
- Exigir al empleado cesante un examen medico para su retiro de acuerdo a las normas establecidas.
- Propender por tener la mejor comunicación por el personal en representación de la Dirección, generando motivación e identidad hacia la Institución, evaluando las cargas de trabajo y generando instrucciones de acuerdo al manual de funciones y procedimientos de cada cargo.
- Supervisar sus actividades a través del *Tikler* o Agenda Diaria para dar prioridad, orden y cumplimiento a las tareas a realizar cotidianamente en beneficio de la racionalización y buen cumplimiento de sus funciones.
- Supervisar el uso racional de los elementos, equipos y servicios (teléfono, agua, luz) en la Institución por parte del personal y de los pacientes en tráfico.
- Informar a la dirección sobre necesidades de personal, elementos, mantenimiento de las instalaciones etc que sean necesarias para el buen funcionamiento de los diferentes departamentos.
- Supervisar los cierres de caja e informar diariamente a la dirección sobre sus resultados, así como los arqueos correspondientes de caja menor.

- Coordinar las reuniones e informes (Actas) de los diferentes comités (de calidad, científico, de ética, de docencia e investigación, ADHOC para análisis para casos y quejas, de óptica y lentes de contacto) de acuerdo a un cronograma previamente establecido, estandarizando dicha información e informarle a la dirección y al departamento de Asesoría y Mercadeo.
- Solicitar las Actas, su tabulación y resultados, dar copia al departamento de asesoría y mercadeo y / o al comité de calidad y a la Dirección.
- Informar al director sobre las normas, decretos, leyes etc. de obligatorio cumplimiento (entorno jurídico) para revisar y aplicarlas de acuerdo a las directrices dadas por el Ministerio de salud y la Secretaria Distrital de Salud.
- Coordinar (según cronogramas preestablecidos) reuniones sobre seguridad:
- Prevención: Seguridad industrial, Incendios, robos o atracos, evacuación etc.
- Elaborar y controlar los horarios del personal administrativo y profesional, supervisar su cumplimiento.
- Elaborar la programación de los horarios de los profesionales para las consultas de los sábados.
- Velar por el buen desempeño de cada uno de los integrantes del personal administrativo así como el cumplimiento de los horarios de descanso (cuarto de hora) de acuerdo a las políticas establecidas.
- Coordinar las actividades que se realizan en la Institución, como talleres de actualización, Instructivos sobre ventas etc. de las diferentes proveedores, para el personal de óptica, laboratorio y profesionales.
- Mantener actualizada la lista de precios de venta y costo en lentes oftálmicos, lentes de contacto, monturas y demás elementos necesarios para el correcto funcionamiento de los departamentos técnicos y profesionales en coordinación con las directrices dadas por el departamento de consultoría y mercadeo.

- Supervisar cada departamento y servir de conducto regular a la dirección para dar solución eficaz a los problemas que presente cada uno.
- Supervisar en coordinación con la dirección y el almacén los pedidos previstos por el comité de compras de acuerdo a presupuestos preestablecidos.
- Informar a la dirección sobre ausencias laborales del personal administrativo y profesional (oftalmólogos, optómetras) para generar correctivos y proceder de acuerdo a las políticas establecidas.
- Coordinar con los profesionales (optómetras y; oftalmólogos) los permisos y cambios de turno realizando sus reemplazos, para evitar traumatismo en el momento de la consulta.
- Elaborar actas del buzón de sugerencias, estandarizarlas e informar a la dirección y al departamento de consultoría y mercadeo para generar los correctivos necesarios de acuerdo a las políticas de calidad establecidas.
- Supervisar los descuentos a empleados y familiares en servicios y atención profesional.
- Conocer y mantener los record de ventas diarios por servicios y productos e informar a la dirección sobre los resultados concordantes a cuotas preestablecidas.
- Recomendar las mejoras necesarias en la parte locativa, técnica y de atención que propenda por calidad de servicio a los pacientes.
- Elaborar la estadística sobre reclamos, quejas, sugerencias y problemas de garantía y cumplimiento en los diferentes servicios y productos que se proveen a los pacientes. (Formato Reporte de Reclamos y Garantías - Formato Control Ordenes de Trabajo), informándole a la dirección sobre las novedades causadas diariamente y reportando mensualmente la valoración al comité de calidad y / o al departamento de Consultoría y Mercadeo.
- Atender solicita y comedidamente las sugerencias, quejas, reclamos y necesidades del personal a su cargo informándolo a la dirección para generar los mejores correctivos para cada caso.

- Coordinar e integrar con el director y el departamento de asesoría y mercadeo reuniones mensuales con el personal de la institución para motivar el cumplimiento de los objetivos de calidad, rentabilidad y función social de la Institución.
- Asignar a la secretaria de la Fundación la delegación de trabajos (previamente evaluados) que faciliten el cumplimiento de sus funciones.
- Entregar inventariado diariamente los consultorios, equipos técnicos y ayudas logísticas a los diferentes profesionales haciéndoles firmar el formato de responsabilidad establecido para tal fin.
- Las demás que sean inherentes á su cargo para el buen cumplimiento de sus funciones y de los objetivos de la institución.

SECRETARIA

- Recepción de la correspondencia y radicarla según su destino.
- Informar a los pacientes sobre las tarifas en las cirugías y exámenes especiales, orientándolos sobre las políticas establecidas (convenios de servicios) para tal fin. Elaborando un informe a la Dirección para su aprobación y ejecución. (estos informes deben ser archivados en un consecutivo)
- Recibir de Tesorería la relación de cheque para proveedores y pagos en general. Entregar cheques a los proveedores con el lleno de los requisitos contables establecidos.
- Relacionar los cheques entregados a los proveedores para luego tabular los comprobantes de egreso y entregarlos en tesorería.
- Manejar la caja menor según las recomendaciones del revisor fiscal y la dirección.
- Elaborar la relación de comprobantes de los diferentes gastos realizados por caja menor y entregarlos para su aprobación.

- Solicitar reembolso de caja menor.
- Llenar las solicitudes de auxilio de los pacientes y radicarlas en un AZ para el comité científico.
- Elaborar cartas para la nomina, proveedores, y demás documentos necesarios para el funcionamiento de la Institución.
- Elaborar comunicados circulares y memorandos según las necesidades de acuerdo al mandato de la dirección o su asistente.
- Informar vía telefónica o por escrito a los pacientes, proveedores, socios y profesionales de las reuniones, citas, exámenes y otros.
- Transcribir las actas de las reuniones de consejo de la Fundación, y generar su archivo en el consecutivo del libro de actas. Preparando las diferentes copias del ultimo acta para su aprobación en la próxima reunión del consejo.
- Elaborar los contratos de trabajo de cada uno de los empleados administrativos de la Fundación. Abriendo y archivándolos en un folder individual de personal.
- Elaborar las tarjetas de los horarios de cada uno de los empleados administrativos de la Fundación.
- Mantener organizado y al día el archivo de la administración
- Entregar a los profesionales los suministros tales como: gotas, parches, jeringas, y demás elementos indispensables para el desarrollo de la consulta, haciendo firmar la entrega de dichos elementos.
- Enviar al almacén solicitudes de pedido de papelería, litografía, aseo y cafetería entre otros.
- Archivar en un consecutivo la copia de las requisiciones de útiles y elementos entregados por el almacén a la secretaría.
- Coordinar los elementos necesarios (tableros, pápelografos, papelería, fotocopias, ayudas audiovisuales. Viandas etc.) necesarios para las reuniones citadas por la dirección con el personal administrativo y

profesional, comité de Calidad, departamento de consultoría y mercadeo, consejo de administración, Asamblea de Socios y demás reuniones.

- Utilizar y Contestar el teléfono de acuerdo a instrucciones preestablecidas, como el reflejo de la viva imagen en calidad y servicio de la Institución.
- Atender solicita y comedidamente los reclamos, consultas, orientaciones y demás informaciones necesarias con los pacientes de la Institución, generando el canal pertinente para su solución.
- Atender solicita y comedidamente las sugerencias, quejas, problemas etc. del personal de la Institución, generando la comunicación a la asistente de la dirección o a la dirección, para la solución pronta de lo expuesto.
- Asistir al director en el manejo de su agenda, citas y compromisos.
- Supervisar sus actividades a través del Tikler o Agenda Diaria para dar prioridad, orden y cumplimiento a las tareas a realizar cotidianamente en beneficio de la racionalización y buen cumplimiento de sus funciones.
- Elaborar los listados de inventario de elementos técnico administrativos de cada uno de los departamentos haciendo firmar un formato preestablecido original y dos copias, sobre las responsabilidades de cada uno de los empleados de los elementos a su cargo. (con excepción de los profesionales).
- Archivar el original del inventario correspondiente a los elementos de los departamentos, entregando la primera copia al departamento o persona a cargo y enviando la segunda copia al departamento de contabilidad.

RECEPCIÓN Y ARCHIVO

RECEPCIÓN

Conmutador

- Dar citas telefónicamente para las diferentes especialidades
- Informar y orientar al paciente para la consulta.

Caja

- Elaborar el recibo de caja donde se cancela la consulta, exámenes especiales o procedimiento sencillo.
- Realizar un reporte de ingresos y entregarlo a tesorería.
- Elaborar el recibo de caja donde se realiza el abono o la cancelación de los trabajos (monturas, lentes, líquidos y accesorios) dando siempre las gracias al paciente por acudir a la Institución.
- Elaborar los recibos de saldo de los pacientes, verificando los mismos contra el pago inicial para generar la cancelación total de la factura entregándola al paciente para la entrega de los trabajos.
- Generar un reporte diario de ingresos, Adjuntando y diligenciando el reporte sobre presupuesto de ventas en sus diferentes casillas (diario -- cumplimiento -incremento - proyección) el cual es entregado a tesorería con copia a la dirección.
- Realizar arqueos diarios de caja reportando los faltantes o sobrantes a la dirección o a su asistente.
- Reportar a la dirección o a la asistente de la dirección cualquier novedad en el manejo de dineros a cargo de su responsabilidad en el momento en que estos ocurran
- Disponer la información necesitada por el revisor fiscal en el momento de su solicitud.

Citas

- Solicitar al paciente los datos necesarios para elaborar la historia clínica.
- Expedir el carne para el paciente.
- Asignar la cita para cada paciente según el procedimiento clínico de la siguiente manera: Optometría (todo paciente debe consultar primero esta sección y según sus necesidades será remitido al departamento correspondiente). Oftalmología para pacientes con infecciones. ojo rojo, pterigio. Ortóptica pacientes remitidos de optometría por discapacidad muscular, disminución de AV no corregible con anteojos. Lentes de contacto por estados refractivos altos, irregularidades corneales, o por decisión del paciente.
- Buscar la historia antigua del paciente en el sistema para ser anexada a la nueva historia.
- Elaborar un reporte diario de consultas para el día siguiente.

Archivo

- Recoger los recibos de pago de la caja de recepción para buscar historias en el archivador o para pacientes nuevos remitiendo a cada consultorio correspondiente.
- Unificar la historia antigua con la historia nueva.
- Recoger la historia de cada consultorio al terminar la jornada de consulta tanto para la mañana como para la tarde.
- Archivar correctamente las historias según su numero específico en cada uno y de manera consecutiva.

- Elaborar una planilla para lentes de contacto para cada profesional relacionando los nombres y numero de historia clínica con el fin de controlar los pacientes usuarios de lentes de contacto.

CONTABILIDAD

Contadora

Es responsabilidad de la contadora aplicar el Plan Único de cuentas PUC existente en Colombia de acuerdo a las normas legales vigentes, establecidas para tal fin. Velando porque la Contabilidad este sujeta y se fundamente en los principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia. La identidad de sus funciones están enmarcadas entre la ética, responsabilidad y sentido de pertenencia con la Fundación Leonística de Salud ocular, como logro primario para generar calidad en la prestación de sus servicios.

Funciones

- Asistir al director y al revisor fiscal en la parte de control, auditoria, presupuesto, estadísticas, balances, estados de ingresos y egresos y demás herramientas contables paralelas a los planes presupuéstales y directrices preestablecidas bacía la mejor rentabilidad de la Institución.
- Vigilar que los asientos contables y los libros de contabilidad se lleven en forma correcta.
- Preparación y análisis de los Estados Financieros
- Elaboración y presentación de los Estados financieros y sus anexos para el Consejo Directivo y la Asamblea
- Elaboración de presupuestos, cuadros estadísticos.
- Elaborar las declaraciones tributarias
- Revisar las autoliquidaciones de aportes patronales, liquidación de nomina y prestaciones sociales.

- Vigilar que las novedades de personal se ajusten a las normas de acuerdo al código sustantivo del trabajo.
- Preparar los informes contables para terceros.
- Elaborar los costos de ventas de los productos.
- Informar a la dirección sobre cualquier novedad o desviación que altere la situación financiera de la Institución.
- Realizar un informe mensual al director sobre recaudos, pagos realizados en el mes, saldo en bancos y cuentas por pagar.
- Realizar quincenalmente el Proyecto de cuentas por pagar
- Entregar un informe diario al director sobre los recaudos de la Institución.
- Realizar mensualmente la Estadística sobre el número de consultas
- Colaborar oportuna y eficientemente con los informes, preceptos y requerimientos solicitados por el Revisor Fiscal.
- Evaluar y aplicar con la Dirección las recomendaciones emitidas por el Revisor Fiscal.

Informes Que Presenta El Departamento De Contabilidad

- Balance general mensual
- Estado de resultados acumulado mensual
- Anexos al balance y al estado de resultados
- Flujo de caja (mes de diciembre de cada año)
- Estado de cambios en el patrimonio (anual)
- Presupuesto de ingresos y egresos (anual)
- Estados Financieros comparativos (anual)
- Informe mensual al director de recaudos, pagos realizados en el mes, saldo en bancos y cuentas por pagar a fin de mes.

- Proyecto de cuentas por pagar (quincenal)
- Informe al director de recaudos diarios
- Estadística mensual de numero de consultas
- Los demás informes que sean solicitados durante el año.

AUXILIAR CONTABLE

- Codificar y Realizar los comprobantes de egreso e ingresarlos al sistema de forma consecutiva.
- Codificar las facturas y radicarlas en el libro de correspondencia, pasarlas a Tesorería para su respectivo pago e ingresar al sistema dicha información.
- Elaborar y revisar la nomina del personal administrativo y profesional.
- Preparar las prestaciones sociales y las prestaciones de aportes patronales mensualmente e ingresarlas al sistema.
- Revisar las consignaciones ingresarlas al sistema y hacer el respectivo cuadro con Tesorería.
- Verificar las notas crédito y débito enviadas por los bancos, verificar a que rubro pertenecen e ingresarlas al sistema.
- Realizar las notas de contabilidad a que haya lugar de acuerdo a la revisión y análisis de cuentas de fin de mes y las que se presenten durante el mes.
- Realizar las conciliaciones bancarias mensualmente.
- Realizar las autoliquidaciones de aportes en salud, pensiones y riesgos profesionales en la fecha legalmente prevista y cuadrarlas en la nomina con cada uno de los empleados.
- Revisar y cuadrar de acuerdo a los papeles de trabajo y de los comprobantes del sistema, los proveedores, acreedores, caja, clientes,

bancos, cartera, recaudo de saldos, impuestos de retención en la fuente, IVA, e ICA para realizar el respectivo cierre de mes.

- Mostrar cuando el Revisor Fiscal lo ordene los Libros Oficiales y los listados de trabajo para archivo y consulta.
- Controlar estadísticas diarias del sistema por errores de recepción, óptica y del sistema.
- Controlar las estadísticas mensuales de consultas de optometría, oftalmología, ortóptica, lentes de contacto, pequeñas cirugías, exámenes especiales y monturas.
- Realizar el Informe para INTERNAL
- Las demás actividades que se presenten según las necesidades de la Fundación y las que requiera el Sistema de Elisa en Recepción y Óptica.

TESORERÍA

- Revisar facturas y reportes de óptica - recepción: esta revisión se hace a diario para verificar que el consecutivo de las facturas este completo, tanto en el reporte como en las facturas físicas y el valor que aparece en el reporte debe coincidir con el efectivo que esta entregando el cajero. Si se presenta alguna diferencia el cajero debe dar una explicación de dicha diferencia y tesorería pasara un informe a la Administración con copia a Dirección.
- Hacer varias recogidas de dinero en el día tanto en óptica como en recepción: la primera hacia as 12:00 M, la segunda a la 4:30 PM. y la ultima antes de las 6:00 PM. para hacer el cierre final de caja, esto de Lunes a Viernes y los sábados a las 11:00 AM. y a la 1:00 PM. para el cierre final.

- Hacer arqueos de caja: periódicamente se hacen arqueos de caja en óptica y recepción, si se presenta algún faltante o sobrante de dinero se pasa un informe a la Administración con copia a Dirección.
- Cuentas por pagar: Cuando las facturas de los proveedores llegan a Tesorería se debe revisar que cumplan todos los requisitos legalmente exigidos. Estas facturas se relacionan en una planilla en original y copia (una para el archivo de Dirección y otra para el archivo de Tesorería) para llevar el control de pagos. El director autoriza pagos cada 15 días (los 10 y 25 de cada mes) o antes si hay que hacer un pago urgente.
- Efectuar giros o traslados de bancos: cuando se giran cheques por Conavi se elabora el comprobante de egreso, se hace una relación y una carta para Conaví, se envían con el talonario diligenciado y firmado por el Presidente y el Director, para que nos elaboren los cheques. Cuando los cheques son entregados se anota el número del cheque en el comprobante de egreso y se verifica que el valor y el nombre del beneficiario sean iguales, se coloca el sello de cancelado a todas las facturas que se estén pagando, llenando todos los datos que trae el sello. Luego se elabora una planilla en original y dos copias; original para Pagaduría, una copia para el archivo de Dirección y otra copia para el informe de bancos; relacionando la fecha de giro, nombre del beneficiario número del comprobante de egreso, número del cheque y el valor del cheque. Estos cheques se llevan a pagaduría para que los entreguen al proveedor.
- Llenar planilla diaria de estado de caja y bancos.
- Elaborar los informes de caja de óptica y recepción con los datos del reporte que genera el sistema a diario.
- Archivar los comprobantes de egreso que se van elaborando y los originales cuando ya se entrega el cheque al proveedor.
- Custodiar los documentos importantes de la Fundación tales como: Escrituras, CDT, Chequera, libretas de Conavi, el recaudo diario, la base de caja para mantener sencillo etc.

- Enviar la consignación de los recaudos diarios, 1 vez en el día o 2 si es necesario.
- Elaborar un informe mensual para el director de los recaudos y pagos efectuados en el mes.
- Llenar relación diaria de recaudos de óptica y recepción.
- Hacer conciliación de bancos con los extractos mensuales.
- Elaborar los formularios de las EPS (mensual)
- Llenar los formularios de los impuestos de la Fundación (mensual)
- Mantener actualizados los archivos de dirección, tales como: cuentas por pagar, cheques girados, saldo en bancos etc.
- Enviar los pagos de las EPS, servicios públicos y los impuestos.
- Manejar la caja rotatoria de la Fundación Leonística de Salud Ocular.
- Elaborar estadísticas que soliciten en dirección o en administración.
- Aplicar formatos de cuentas por cobrar en saldos pendientes de lentes de contacto evaluando (según políticas) los tiempos de cancelación, e informando su comportamiento a administración y óptica.

PRESUPUESTOS

Como las operaciones empresariales no son complejas y son de un tamaño relativamente reducido el trabajo presupuestal, es responsabilidad del departamento de Contabilidad en su cuantificación numérica y porcentual, y en la cualificación oportuna como ayuda básica al Director de la Fundación, en esta forma el proceso puede tener el siguiente marco operativo:

- Informar a la Dirección General sobre el comportamiento presupuestal y sus desviaciones de acuerdo a las políticas establecidas para su control; analizar las desviaciones, sus causas y sugerir los correctivos pertinentes.

- Revisar el sistema de contabilidad de costos, fijar criterios en torno a la intervención de los diferentes departamentos y diseñar los métodos y formatos que se aplicaran en las fases de control contable.
- Difundir la técnica de la presupuestación en los niveles operativo y administrativo y capacitar sobre el adecuado diligenciamiento de la información técnica, precisa, clara, operativa y oportuna.
- Preparar informes a la dirección sobre:
 - Tendencias de ventas y costos (participación por sectores en la aplicación de inversiones y rentabilidad).
 - Niveles de inventario
 - Situación de tesorería
 - Análisis pormenorizado de los Estados Financieros

ALMACEN

- Toda requisición de compra, recepción de artículos debe ser aprobada por la dirección con asistencia para casos específicos del comité de compras, una vez aprobada esta requisición. el almacén es el ente central de acopio de todos los elementos técnicos, administrativos, útiles etc. en su totalidad, que se utilicen en la Fundación Leonística de Salud Ocular.
- Las requisiciones una vez aprobadas son solicitadas directamente por el almacenista o por el auxiliar de almacén a los diferentes proveedores con el lleno de las formas establecidas de control y aplicando las políticas preestablecidas para tal fin.

ALMACENISTA

- Ingresa la mercancía de los diferentes proveedores al kardex manual y al sistema. Si son artículos nuevos se deben ingresar a la cartilla del programa Elisa.
- Para hacer entrega de la mercancía a la sección de ventas (óptica) debe marcar con el precio de venta cada producto y realizar el traslado contable aplicado en el sistema del almacén para la óptica, expidiendo tres copias las cuales se distribuyen para el almacén, la óptica y al departamento de contabilidad, las ACUMULADAS MENSUALMENTE para soportar y controlar las salidas de almacén.
- Ejecutar inventarios físicos mensuales en almacén y óptica, expedir un reporte con el resultado comparativo entre los inventarios presentados por el kardex y el ejecutado en los dos sitios, informando sobre faltantes, sobrantes o igualdades en inventario.
- Realizar pedidos de lentes terminados a los laboratorios externos de la Fundación previa aprobación de la dirección en concordancia con el comité de compras. Al recibir los pedidos inmediatamente deben ser ingresados al kardex y los entrega al laboratorio de la Fundación cuando así se requiera con la firma del encargado del laboratorio en el FORMATO DE CONTROL DE ORDENES DE TRABAJO, en el cual el Laboratorio asume la responsabilidad de la fecha de entrega que debe estar en concordancia con el compromiso adquirido en el departamento de óptica con los pacientes.
- Archivar en un AZ las remisiones de los laboratorios para ser adjuntadas con su respectiva factura de cada proveedor y producto y enviar copia al departamento de contabilidad
- Recibir los lentes de contacto de la óptica y llevar una estadística de los mismos los cuales serán entregados al profesional quien deberá firmar el recibido copia del profesional
- Solicita lo correspondiente a aseo y cafetería de acuerdo a las necesidades de la Institución. Por medio de una requisición la cual debe ser autorizada por la Dirección

- Entregar mediante remisión los diferentes artículos para el aseo y la cafetería solicitados por la persona encargada de esta labor.
- Solicitar los útiles y papelería por medio de requisiciones previa autorización de la Dirección, tener el control de las existencias y entregar previo diligenciamiento del formato de control y recibo a cada uno de los departamentos. Llevar las estadísticas de consumo por departamento (trimestralmente).
- Remitir copias de los suministros solicitados al DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD para su archivo y control de excepciones
- Solicitar con debido tiempo las dotaciones del personal legalmente exigidas, previa autorización e instrucciones de la dirección.
- Llenar el reporte de reclamos y garantías según instrucción de' departamento de Consultoría y Mercadeo cada vez que sea necesario, reportándolo a la asistencia de la dirección.
- Llenar el reporte de control de ordenes de trabajo en elaboración al laboratorio de la Institución, a los laboratorios externos, proveedores para dar cumplimiento a las fechas de entrega comprometidas por los mismos y dadas a los pacientes. Reportando LA NOVEDAD a la asistencia de la dirección y comunicándose con los proveedores para generar los correctivos necesarios. Siempre debe reportar a óptica de ser posible antes de generarse el incumplimiento, para que óptica informe INMEDIATAMENTE al paciente sobre la nueva fecha de entrega del producto.
- Realizar las devoluciones necesarias a los proveedores que no cumplan con los requisitos de la calidad exigida o al diagnostico solicitado, exigiendo su inmediata corrección y cambio y reportándolo en el formato de control de ordenes de trabajo.

OPTICA

El departamento de óptica es la representación del servicio y el cumplimiento de los objetivos de calidad para los pacientes asesorándolos de

acuerdo a sus condiciones económico - sociales, en la adquisición de las monturas apropiadas para cada prototipo humano así como, generando las indicaciones de los lentes formulados en la aplicación de las monturas más convenientes.

El personal debe tener la suficiente capacitación sobre accesorios y complementos que generen la mejor adaptación y complemento de las necesidades del paciente redundando en su satisfacción y calidad en la solución del problema específico. La presentación personal, la cortesía, el conocimiento de los diferentes productos y el entendimiento de las instrucciones técnicas elementales que propendan para generar esa satisfacción son bases fundamentales para el cumplimiento de una venta apropiada técnica y profesional.

Funciones

- Mantener en orden y aseo las vitrinas y elementos de exhibición de los artículos en la óptica.
- Conocer la ubicación de cada uno de los artículos así como su relación de costo beneficio y ventajas comparativas en la ubicación dentro de las instalaciones de la óptica.
- Recepcionar los diferentes trabajos, monturas y otros elementos a través del almacén verificando su óptimo estado y ubicándolos de acuerdo al ordenamiento de los mismos previamente establecidos (gavetas, exhibición e inventarios de disposición).
- Verificar la firma y el registro en las formulas generadas por los profesionales
- Cotizar al paciente las formulas y las monturas de acuerdo a los requerimientos y a la experiencia propia para satisfacción del paciente.
- Tomar alturas de bifocales, progresivos en necesidades específicas

- Previa aceptación del paciente del producto entregar las cotizaciones a caja para tramitar el respectivo recibo de pago.
- Verificar la presentación de la factura cancelada en su totalidad en caja, por el paciente (donde costara la gaveta del trabajo) para hacer entrega del trabajo.
- Asesorar al paciente en la clase de lentes y monturas apropiadas según las condiciones físicas y económicas del mismo.
- Realizar inventario mensual físico de las existencias en óptica reportando copia al departamento contable y al almacén.
- Informar sobre reclamos en precios, garantías, diagnósticos y novedades presentadas por el paciente diligenciando el formato de (Reporte de Reclamos y Garantía) el cual se entrega a la asistente de dirección.
- En el evento del reclamo de un paciente sobre un trabajo que no se encuentre listo, se le debe aclarar en forma amable y clara la naturaleza del problema presentado y asistiéndolo de la mejor manera en el traumatismo causado, según las instrucciones establecidas para estos casos.
- Llamar a los pacientes y comunicar sobre las demoras en la entrega de trabajos (según reporte de almacén) e informar el día exacto de la entrega explicándole al paciente las causas de la novedad.
- Entregar al almacenista según (Reporte de control de Ordenes de Trabajo) los trabajos a realizar. De acuerdo a los horarios establecidos para tal fin.
- Despachar las formulas de acuerdo a las indicaciones preescritas por el profesional.
- Realizar pedidos de lentes de contacto, previa elaboración de la orden por parte del profesional

- Recibir los pedidos, confrontando la remisión del laboratorio con la orden de pedido y entregarlos al almacén llevando el cuaderno de control.
- Controlar el cumplimiento de los laboratorios en la entrega de los pedidos.

CAJA OPTICA

- Elaborar el recibo de caja donde se realiza el abono o la cancelación de los trabajos (monturas, lentes, líquidos y accesorios) dando siempre las gracias al paciente por acudir a la Institución.
- Elaborar los recibos de saldo de los pacientes, verificando los mismos contra el pago inicial para generar la cancelación total de la factura entregándola al paciente para la entrega de los trabajos.
- Generar un reporte diario de ingresos. Adjuntando y diligenciando el reporte sobre presupuesto de ventas en sus diferentes casillas (diario -- cumplimiento - incremento -proyección) el cual es entregado a tesorería con copia a la dirección.
- Realizar arqueos diarios de caja reportando los faltantes o sobrantes a la dirección o a su asistente.
- Reportar a la dirección o a la asistente de la dirección cualquier novedad en el manejo de dineros a cargo de su responsabilidad en el momento en que estos ocurran.
- Disponer la información necesitada por el revisor fiscal en el momento de su solicitud.

LABORATORIO

ENCARGADO LABORATORIO

- Realizar la neutralización de los lentes en el lensómetro demarcando los lentes según su fórmula y grados, procediendo a colocarle una chapeta que tiene una pegatina para que la distancia pupilar del lente izquierdo y derecho.
- Dibujar en el pantógrafo la montura con el numero de recibo correspondiente.
- Relacionar en una planilla diaria los trabajos que se realizan en el laboratorio de la Fundación.
- Programar la biseladora para cortar los lentes y biselar.
- Apoyar a la óptica técnicamente (tornillos, ajustes de montura)
- Llamar a los laboratorios ópticos para averiguar por trabajos pendientes.
- Biselar trabajos urgentes para ser entregados en un tiempo limite de 10 minutos.
- Realizar mantenimiento a la biseladora.

AUXILIAR DE LABORATORIO

- Recoger los trabajos pendientes en óptica para realizar en la Fundación o en laboratorios externos.
- Llevar un control de todos los laboratorios a donde se envían trabajos mediante un talonario de remisiones relacionando la clase de lente, montura y recomendaciones especiales para cada trabajo.
- Colocar sello y precio de venta a las diferentes remisiones para ser entregadas en el almacén y poder controlar los precios de costo que se relacionan en la posterior factura.
- Entregar reporte diario a administración y contabilidad de los pedidos diarios a los diferentes laboratorios de los lentes oftálmicos.
- Organizar trabajos para ser entregados en la óptica.

- Relacionar en una planilla los números de factura con su respectiva gaveta.
- Entregar a los mensajeros de los laboratorios los trabajos que no se realizarán en la Fundación.
- Recibir los trabajos que traen los mensajeros de los diferentes laboratorios ópticos, y revisarlos para constatar la calidad del lente.
- Aplicar filtro UV y color a los trabajos que se realizan en la Fundación.
- Generar requisiciones a almacén de acuerdo a los pedidos y ordenes de entrega.

DEPARTAMENTO CLÍNICO - PROFESIONAL

LENTE DE CONTACTO

En este departamento se realiza la consulta especializada para la adaptación de lente de contacto

Funciones

- Generar la lista de precios.
- Mantener la caja de lentes de contacto actualizada con la colaboración de los proveedores.
- Protocolo de historia clínica
- Los profesionales de esta área no realizan consulta de optometría ni de ortóptica.

PROFESIONALES

- Realiza la consulta registrándola en la historia clínica

- Asesora al paciente en la adaptación de los lentes
- Revisa cuantifica y elabora cuenta de cobro por sus servicios a la institución (original y copia administración y contabilidad)

Procedimiento De Lentes De Contacto

- El profesional de lentes de contacto generará la orden de compra de dichos lentes.
- Se implementará un cuaderno con suficientes casillas para relacionar todos los datos de los lentes, laboratorio y el profesional que lo genera.
- En cada orden de lentes de contacto debe llevar el numero de factura del sistema y con la remisión original se hace el pedido y la copia se archiva en la Fundación.
- Para facturar se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - Si a los lentes de contacto le realizan- Abono o son cancelados, la facturación se debe expedir de la siguiente manera: original y copia para el paciente (la copia el paciente la entregará al profesional de lentes para que él elabore el pedido al laboratorio respectivo), 1 copia para contabilidad y 1 copia para la óptica la cual le servirá de control y sea archivada en una AZ.
 - Cuando se genere la cancelación del saldo se deberá efectuar los recibos así: original y copia para el paciente (la copia el paciente la entregara al profesional de lentes para que él proceda a la entrega de los lentes), 1 copia para contabilidad, y 1 copia para la óptica la cual le servirá de control y será archivada en un AZ.
 - Los profesionales realizaran la cuenta de cobro de acuerdo a los recibos que ellos poseen y contabilidad deberá realizar el cruce respectivo para proceder al pago de la comisión.
- Para realizar los pedidos a los diferentes laboratorio se elaborará mediante la remisión de cada uno de los laboratorios en el cual se especificará el

número de factura del sistema de la Fundación, clase de lentes, fórmula y demás datos necesarios para la solicitud.

- Los mensajeros recogen la orden de lentes cuando ellos pasan por la óptica de la Fundación. En el caso que se realicen los pedidos por teléfono se hará mediante el número de factura del paciente.
- Cuando el pedido de los lentes de contacto llega a la óptica, se empacan en una bolsa blanca de papel donde se escriben los siguientes datos: nombre del paciente, valor total de los lentes. Luego se entregarán al almacén relacionando todos los datos pertinentes en un cuaderno donde informarán a la persona que los entrega en óptica y quien los recibe en almacén. La persona encargada de almacén los entregara a los doctores de lentes de contacto y se guardarán en una vitrina bajo llave, a la cual se le realizara una auditoria como mínimo una vez a la semana y deberá coincidir el inventario físico con la existencia que esta reportada en el cuaderno de control.

OFTALMOLOGÍA

- En este departamento se realiza el diagnostico de las patologías oculares y el tratamiento quirúrgico y medico.

ORTOPTICA

- En este departamento se realiza la consulta especializada en las alteraciones del sistema sensorio motor del sistema visual, a través de la reeducación visual. Los profesionales en esta área se dedican únicamente a ortóptica y no realizan consulta de optometría ni lentes de contacto.

OPTOMETRÍA

- En este departamento se realiza la consulta de optometría general, la adaptación de anteojos y las remisiones correspondientes a oftalmología, lentes de contacto, ortóptica y al medico general si es necesario. Los profesionales de esta área no realizan ni lentes de contacto ni ortóptica.

COMITES

COMITÉ CIENTÍFICO

Se conformó un comité clínico como respuesta a la exigencia hecha por la Secretaria de Salud. Este comité se encarga de:

- Analizar casos clínicos, seguimiento de pacientes especiales
- Coordinación de charlas de tipo científico y técnico
- Establecer directrices de elaboración de historias clínicas
- Velar por el buen desempeño médico
- Crear un ambiente de investigación científica y técnica
- Realizar reuniones periódicas para informar al cuerpo médico sobre su gestión.
- Desarrollar protocolo de historias clínicas, optometría y oftalmología
- Servir de mediador en los problemas de consulta para generar directrices de cambio, para mejorar calidad.

SERVICIOS GENERALES

PORTERÍA

- Vigilar las puertas de acceso a la Institución para evitar hurtos; tanto de equipos de la Fundación como de productos de la óptica.
- Abrir la puerta principal de ingreso a las instalaciones de la Fundación al personal profesional, directivo, administrativo y pacientes en el horario correspondiente.
- Orientar a los pacientes para ubicarse en la fila según sean pagos, citas o información en general.
- Realizar vigilancia durante reuniones del Consejo Administrativo y demás actividades que se realicen en la Institución.
- Brindar la mejor información posible a todos los pacientes nuevos y antiguos de la Fundación.

ASEO Y CAFETERIA

- Mantener aseados y en orden los consultorios, recepción, óptica y en general las instalaciones de la Fundación.
- Ofrecer los tintos, agua cristal, a los profesionales, personal directivo y administrativo en el horario asignado.

BIBLIOGRAFIA

Decreto Ley 356 de 1975, artículo 12.

Enciclopedia SALVAT Diccionario. Salvat Editores S.A. Barcelona España. 1980.

Cabal sanclemente Jaime Alberto, Mercadeo social, Publicación IFL. Cali Junio 1991.

Drucker, Peter, Administración y futuro (De los 90 en adelante). Traducción de Silvia Lereendegui. Buenos Aires, 1992.

Evans James y otro, Administración y control de la calidad. International Thompson editores. México. 2000.

Falconi Campos Vicente, Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. Universidade Federal de Minas gerais. Escola de engenharia. Brasil. 1992.

Fea Ugo, Competitividad es calidad total. Alfaomega Marcombo. Madrid. 1993.

Galvis Tafur Alvaro, Las Personas Jurídicas sin ánimo de lucro y el estado. 1998.

Icontec, Normas técnicas elaboración y presentación de trabajos escritos y tesis de grado.. 2001.

Kinnear Thomas y otro, Investigación de MERCADOS.. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

Ladou Joseph, Medicina Laboral.. Editorial Manual Moderno. México 1990.

Malagón Londoño Gustavo, Administración Hospitalaria.. Y otro. Editorial médica panamericana. Bogotá. 1996.

Méndez Carlos E, Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. McGraw Hill. 1988.

Metodología de la Investigación para administración y economía. Cesar Augusto Bernal t. Prentice Hall. 2000.

Ortiz de la Roche, Mario. El cooperativismo camino de la revolución en Colombia. 1991

Overbach Maher, Palmer G y otros, Enriched jobs mean better inspection performance. Quality assurance . USA. 1969.

Porter Michael, Estrategia Competitiva. Compañía Editorial Continental. México. 1996.

Porter Michael, Ventajas Competitivas. Compañía Editorial Continental. México. 1998.

Tapscott Don y otro, Cambio de Paradigmas Empresariales.. McGraw-Hill. Bogotá. 1996.

Vroom Victor y otro, El nuevo Liderazgo. Dirección de la participación en las organizaciones. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1990.

www.popin.org/-unpopterms/tiles/data/esp01368.htm

www.alter.org.pe/xclan/congre08.htm

www.eafit.edu.co/fondo/administracion/administracion.htm

www.col.ops-oms.org/ONUSIDA/estrategia2.htm

www.comunica.org/chasqui/coe.htm

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------------------------|
| CAPITULO I | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. MARCO TEORICO | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.1. Marco Institucional | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2. Marco Histórico | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3. Marco Normativo | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.1. Reglas De Organización Y Funcionamiento ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.2. Financiamiento De Instituciones Sin Fines De Lucro | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.3. Contexto Constitucional | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.4. Control Administrativo Sobre Las Personas Privadas Sin Ánimo De Lucro Vinculadas Al Sistema Nacional De Salud | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4. Marco Conceptual | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.1. La Competitividad | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.2. Mercadeo Social | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.3. Calidad Total: Estrategia Clave De La Competitividad | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.4. Principios De Calidad | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.5. Marco Referencial | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.5.1. Introducción Y Definiciones | ¡Error! Marcador no definido. |

- [1.5.1.1. Calidad De La Atención En Salud: Dimensiones Que Hay Tener En Cuenta Cuando Se Juzga.....](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.1.2. ¿Cómo Se Logra Calidad En Una IPS?](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.1.3. El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad En Salud.](#) ¡Error! Marcador no defini
- [1.5.2. Qué Es Un Manual De Calidad Y Cómo Elaborarlo.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.2.1. Descripción De La Organización.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.2.2. Documentación De La Política De Calidad.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.2.3. Definición De La Estructura De Apoyo A Garantía De Calidad.](#) ¡Error! Marcador n
- [1.5.2.4. Trabajo De Los Comités Para Apoyo Y Seguimiento A La Calidad De La IPS.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.2.5. Apoyo A Las Metas En La Documentación De Procesos Críticos.](#) ¡Error! Mercado
- [1.5.2.6. Seguimiento Al Propio Sistema De Calidad..](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.2.7. Evaluaciones Externas De Calidad.....](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.3. Plan De Mejoramiento De Calidad](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.4. Pasos Para La Construcción Del Plan De Mejoramiento.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.4.1. Preparación Para El Plan.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.5.4.2. Desarrollo Del Plan.....](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.6.1. Conformación De Un Grupo De Trabajo Idóneo.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.6.2. Capacitación Del Grupo De Trabajo.](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.6.3. Recolección De Información Indispensable Para El Plan.](#) ¡Error! Marcador no definido
- [1.6.4. Definir Objetivos, Estrategias, Proyectos Y Desplegar Hacia Las Unidades Operativas.....](#) ¡Error! Marcador no definido.
- [1.6.5. Documentar El Plan De Mejoramiento De Calidad Detallado.](#) ¡Error! Marcador no defir

| | |
|--|-------------------------------|
| <u>1.7. SEGUIMIENTO DEL PLAN.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>CAPITULO II</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1. DIAGNOSTICO INICIAL DE LA FUNDACIÓN LEONÍSTICA DE SALUD OCULAR</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2. Cuestionario</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.1. Características Generales De La Empresa:</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.2. La Dirección:</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.3. Equipo Directivo.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.4. Políticas Y Procedimientos.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.5. Funciones Y Actividades.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.6. Indicadores De Desempeño.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.7. Posición Competitiva.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.8. Entrenamiento.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.9. Aseguramiento De La Calidad.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.10. Proyectos De Mejoramiento.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.2.11. Cultura Organizacional.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.3. MATRIZ DOFA.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.3.1. Análisis Interno</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.3.1.1. FORTALEZAS</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.3.1.2. DEBILIDADES.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |
| <u>1.3.2. Análisis Externo.</u> | ¡Error! Marcador no definido. |

| | |
|---|-------------------------------|
| 1.3.2.1. OPORTUNIDADES | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.2.2. AMENAZAS | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4. Cuestionario no. 2 | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.1. Profesionales | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.4.2. Empleados: | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.5. diagnostico del área administrativa | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.6. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO DE MERCADEO | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.6.1. Análisis De La Situación | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.6.1.1. MACROAMBIENTE | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.6.1.2. MICROAMBIENTE | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7. Diagnostico Manual de calidad de la empresa .. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.1. Documentación De La Política De Calidad ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.2. Definición De La Estructura De Apoyo A Garantía De Calidad | ¡Error! Marcador no def |
| 1.7.2.1. COMITÉ DE CALIDAD | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.2.2. DIRECTOR DE CALIDAD O COORDINADOR DE CALIDAD | ¡Error! Marcador no de |
| 1.7.2.3. UNIDAD O ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.2.4. UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.3. TRABAJO DE LOS COMITÉS PARA APOYO Y SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LA IPS | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.3.1 DEFINICIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ, AGENDA, MÉTODOS DE DOCUMENTACIÓN DE REUNIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.7.3.2. DEFINIR UN PLAN DE TRABAJO PARA CADA COMITÉ | ¡Error! Marcador no defin |

1.7.3.3. DEFINICIÓN, REVISIÓN, DOCUMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE PROCESOS CRÍTICOS EN LOS COMITÉS. ¡Error! Marcador no defi

1.7.4. APOYO A LAS METAS EN LA DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS CRÍTICOS..... ¡Error! Marcador no definido.

CAPITULO TRES ¡Error! Marcador no definido.

1. PLAN DE MEJORAMIENTO..... ¡Error! Marcador no definido.

1.1. RECOMENDACIONES DE ACCION SOBRE: ... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1. Area Administrativa..... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1.1. SEGURIDAD. ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1.2. RECEPCIÓN. ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1.3. ASISTENTE ADMINISTRATIVA...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1.4. ADMINISTRATIVO. ¡Error! Marcador no definido.

1.1.1.5. HISTORIAS CLINICAS...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2. AREA OPERATIVA..... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.1. SALA DE ESPERA. ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.2. PROFESIONALES. ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.3. DEPARTAMENTO DE ÓPTICA...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.4. COMITÉ DE COMPRAS...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.5. COMITÉ DE ÓPTICA...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.6. LENTES DE CONTACTO...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.7. LABORATORIO...... ¡Error! Marcador no definido.

1.1.2.8. PRESUPUESTOS...... ¡Error! Marcador no definido.

| | |
|---|-------------------------------|
| 1.2. RECOMENDACIONES DE ACCION SOBRE: ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.1. Planeación Estratégica De Mercadeo. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.1.1. OBJETIVOS DE MERCADEO. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.1.2. ESTRATEGIAS DE MERCADEO. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.2. Fuerza De Ventas. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.3. Plan De Mejoramiento De Calidad. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3. Pasos para la construcción del plan de mejoramiento | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.1. Misión. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.2. Visión. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.3. Direccionamiento Estratégico De La Institución. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3.4. Documentar El Plan De Mejoramiento De Calidad Detallado. | ¡Error! Marcador no defir |
| Bibliografía..... | 177 |

LISTA DE FIGURAS

Pág.

| | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| (Figura 1) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 2) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 3) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 4) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 5) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 6) | ¡Error! Marcador no definido. |
| (Figura 7) | ¡Error! Marcador no definido. |

LISTA DE ANEXOS

Pág.

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| ANEXO 1 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 2 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 3 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 4 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 5 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 6 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 7 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 8 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 9 | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO 10 | ¡Error! Marcador no definido. |