



"ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEJORAS EN LA GESTION DE CALIDAD EN HOSPITAL UTPL"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

TEMA:

“ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEJORAS EN LA GESTION DE CALIDAD EN HOSPITAL UTPL”

Trabajo de investigación previo la obtención del título de Magister en Auditoria de Gestión de la Calidad

Autor: Jenny María Cuenca Aguilar

Director: Ing. Pablo Martínez

Centro universitario Loja

2011



CERTIFICACIÓN

Ing.

Pablo Martínez

DOCENTE MAESTRIA EN AUDITORIA DE GESTION DE LA CALIDAD

CERTIFICA:

Que el presente trabajo realizado por la estudiante Jenny María Cuenca Aguilar, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por lo tanto autorizo su presentación.

.

Loja, 15 de mayo del 2011

Ing. Pablo Martínez



CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Jenny María Cuenca Aguilar declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Jenny María Cuenca Aguilar



AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Jenny María Cuenca Aguilar



DEDICATORIA

A Dios quien me ha permitido llegar a culminar con éxito el presente trabajo, a mis padres David Cuenca y Jenny Aguilar, por estar siempre a mi lado y ser el mejor ejemplo de vida para mí, a Edwin Michael, Gina Paola, Jorge Augusto por ser más que mis queridos hermanos mis amigos incondicionales por su paciencia, apoyo y cariño por siempre darme su mano cuando más la necesito, a mi esposo por su amor incondicional, por ser mi ejemplo para hacer más y mejores cosas, por brindarme su conocimiento, a todos ellos gracias por siempre demostrarme su apoyo absoluto.



AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sentido agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja y al personal docente del Postgrado en Auditoría de Gestión de Calidad que me ha brindado el conocimiento y apoyo necesario para mi formación profesional

Al personal que labora en el Hospital UTPL, por darme las facilidades necesarias para el desarrollo de mi proyecto.

Y para finalizar quiero dar un agradecimiento especial a mi director de tesis Dr. Pablo Martínez y a la coordinadora de postgrados Econ. Miriam Guajala por su amistad, asesoramiento y apremio constante durante cada una de las fases de proyecto.

A mis amigos y maestros que de una u otra forma estuvieron conmigo durante toda la carrera universitaria.

EL AUTOR



CONTENIDO

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	2
CESIÓN DE DERECHOS	3
AUTORÍA.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	6
CONTENIDO	7
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	14
ÍNDICE DE TABLAS.....	15
INTRODUCCIÓN.....	16
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
HIPÓTESIS.....	17
ASPECTOS GENERALES	19
ANTECEDENTES DEL HOSPITAL UTP.....	19
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL HOSPITAL UTP.....	20
<i>Visión</i>	<i>20</i>
<i>Misión.....</i>	<i>20</i>
<i>Fortalezas Hospital UTP.....</i>	<i>20</i>
EL HOSPITAL UTP Y SU ENTORNO	21
<i>Infraestructura</i>	<i>21</i>
Personal Médico.....	21
Equipamiento	22
Clientes.....	22
Hospital Docente.....	23



HOSPITAL UTPL SA.....	23
MARCO TEÓRICO	25
CONCEPTOS BÁSICOS	25
<i>Calidad</i>	25
<i>Gestión de Calidad</i>	26
<i>Proceso</i>	26
<i>Mejora</i>	26
<i>Mejoramiento Continuo</i>	26
<i>Normalización</i>	27
<i>Norma</i>	27
FAMILIA DE NORMAS ISO 9000	28
<i>ISO 9000:2000</i>	28
<i>ISO 9001:2000</i>	29
<i>ISO 9004:2000</i>	29
<i>ISO 19011</i>	29
<i>ISO 9004:2000</i>	29
TIPOS DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN UN HOSPITAL.....	29
<i>Gestión contable y financiera</i>	30
<i>Gestión de recursos humanos</i>	30
<i>Gestión de recursos tecnológicos</i>	30
<i>Gestión de recursos material y residuos</i>	30
REGLAMENTO INTERNO HOSPITAL UTPL	31
<i>Gestión Contable y financiera – Compras</i>	31
Compras Generales	31
Farmacia y Almacén	31
Servicios Generales	31
Mantenimiento y Caja Chica	32
<i>Gestión Contable y financiera – Cuenta por Cobrar</i>	32
<i>Gestión Contable y financiera – Cuenta por Pagar</i>	32
<i>Gestión Contable y financiera – Facturación</i>	33
<i>Gestión de recursos Materiales y residuos – Limpieza general y manejo de residuos</i>	33
<i>Gestión de recursos Materiales y residuos – Provisión de Alimentación</i>	33
<i>Gestión de recursos Materiales y residuos – Salida de productos de bodega y almacén</i>	34
<i>Gestión de recursos Materiales y residuos – Servicio de lavandería</i>	34



SITUACIÓN HOSPITAL UTPL MAYO 2010	36
ALCANCE DEL ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROCESOS EN HOSPITAL UTPL.....	36
DIAGNOSTICO.....	36
<i>Presentación de la empresa.</i>	36
<i>Observaciones:</i>	37
SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL UTPL.	40
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	40
4.1. REQUISITOS GENERALES.	40
Observaciones:	41
Recomendaciones:	41
4.2. REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACIÓN	42
4.2.1. GENERALIDADES.	42
Observaciones:	42
Recomendaciones:	42
4.2.2. MANUAL DE LA CALIDAD	43
Observaciones:	43
Recomendaciones:	43
4.2.3. CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	43
4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS	44
Observaciones:	44
Recomendaciones:	44
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	44
5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.....	44
5.2. ENFOQUE AL CLIENTE.....	45
Observaciones:	45
Recomendaciones:	46
5.3. POLÍTICA DE CALIDAD.....	46
Observaciones:	47
Recomendaciones:	47
5.4. PLANIFICACIÓN.....	47
5.4.1. OBJETIVOS DE CALIDAD	47
5.4.2. PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	47
Observaciones:	47
Recomendaciones:	48
5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.....	48



5.5.1.	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	48
5.5.2.	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	48
	Observaciones:	48
	Recomendaciones:	49
5.5.3.	COMUNICACIÓN INTERNA.....	49
	Observaciones:	49
	Recomendaciones:	49
5.6.	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	50
5.6.1.	GENERALIDADES	50
5.6.2.	INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	50
5.6.3.	RESULTADOS DE LA REVISIÓN.....	50
	Observaciones:	50
	Recomendaciones:	50
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	51
6.1.	PROVISIÓN DE RECURSOS.....	51
6.2.	RECURSOS HUMANOS.....	51
6.2.1.	GENERALIDADES	51
6.2.2.	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	51
	Observaciones:	51
	Recomendaciones:	52
6.3.	INFRAESTRUCTURA	53
6.4.	AMBIENTE DE TRABAJO	53
	Observaciones:	53
	Recomendaciones:	53
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	54
7.1.	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO.....	54
	Observaciones:	54
	Recomendaciones:	54
7.2.	PROCESOS RELACIONADOS CON LOS CLIENTES	55
7.2.1.	IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS CLIENTES	55
7.2.2.	REVISIÓN DE LOS REQUISITOS CON EL PRODUCTO.....	55
	Observaciones:	55
	Recomendaciones:	56
7.2.3.	COMUNICACIÓN CON LOS CLIENTES	56
	Observaciones:	56
	Recomendaciones:	57



7.3.	DISEÑO Y DESARROLLO.....	57
7.3.1.	PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	57
	Observaciones:	57
	Recomendaciones:	58
7.3.2.	ELEMENTOS DE ENTRADAS PARA EL DISEÑO Y/O DESARROLLO	58
7.3.3.	RESULTADOS DEL DISEÑO Y/O DESARROLLO	58
	Observaciones:	58
	Recomendaciones:	59
7.3.4.	REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	59
	Observaciones:	59
	Recomendaciones:	60
7.3.5.	VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y/O DESARROLLO.....	60
	Observaciones:	60
	Recomendaciones:	60
7.3.6.	VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	61
	Observaciones:	61
	Recomendaciones:	61
7.3.7.	CONTROL DE LOS CAMBIOS DE DISEÑO Y DESARROLLO	61
	Observaciones:	61
	Recomendaciones:	62
7.4.	COMPRAS.....	62
7.4.1.	PROCESO DE COMPRAS	62
7.4.2.	INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS	62
7.4.3.	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS.....	62
	Observaciones:	63
	Recomendaciones:	63
7.5.	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	64
7.5.1.	CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIO.	64
	Observaciones:	64
	Recomendaciones:	64
7.5.2.	VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	65
	Observaciones:	65
7.5.3.	IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.....	65
	Observaciones:	66
	Recomendaciones:	66
7.5.4.	PROPIEDAD DEL CLIENTE.....	66



Observaciones:	66
7.5.5. PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO.	67
Observaciones:	67
Recomendaciones:	67
7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO.....	67
Observaciones:	68
Recomendaciones:	68
8. MEDIDA, ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO.....	68
8.1. GENERALIDADES	68
8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.....	69
8.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.	69
Observaciones:	69
Recomendaciones:	70
8.2.2. AUDITORÍA INTERNA.....	70
Observaciones:	71
Recomendaciones:	71
8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.	72
8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO.....	72
Observaciones:	72
Recomendaciones:	72
8.3. CONTROL DE NO CONFORMIDADES.	73
Observaciones:	73
Recomendaciones:	74
8.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	74
Observaciones:	74
Recomendaciones:	74
8.5. MEJORA.....	75
8.5.1. PLANIFICACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA.	75
8.5.2. ACCIONES CORRECTIVAS	75
8.5.3. ACCIONES PREVENTIVAS	75
Observaciones:	75
Recomendaciones:	76
PROYECTO DE MEJORA HOSPITAL UTPL.....	78
FORMULACIÓN DEL PROYECTO	78
“DISMINUIR LA ROTACIÓN LABORAL DEL HOSPITAL UTPL”	78



<i>Antecedentes</i>	78
<i>Meta</i>	78
<i>Alcance</i>	79
<i>Impacto</i>	79
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROYECTO.....	79
<i>Descripción del problema</i>	79
<i>Situación Actual</i>	80
Análisis de causas.....	81
Monitoreo de las causas.....	83
Determinación de las causas potenciales.....	84
Causa Raíz.....	84
Propuesta de acción para causa raíz.....	85
ANÁLISIS RESULTADO DE SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA.....	87
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	94
ANEXOS I: ORGANIGRAMA HOSPITAL UTPL.....	94
ANEXOS II: CE.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS III: ANEXOS IV:.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS IV:.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS V: MODE.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1:</i> Clientes Hospital UTPL.....	22
<i>Ilustración 2:</i> Comparativo deserción 2009-2010.....	81
<i>Ilustración 3:</i> deserción Hospital UTPL por áreas.....	81
<i>Ilustración 4:</i> ISHIKAWA - Monitoreo causas deserción Hospital UTPL.....	83



ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1:</i> Normas Básicas de la Familia ISO 9000	28
<i>Tabla 2:</i> Personal Hospital UTPL.....	80
<i>Tabla 3:</i> Determinación Causas Potenciales de deserción Hospital UTPL	84
<i>Tabla 4:</i> Cronograma Plan de acción para causa raíz Hospital UTPL.....	86



INTRODUCCIÓN

Es muy importante realizar la presente investigación ya que por medio de esta podrá aplicar los conocimientos impartidos a lo largo del diplomado, especialidad y maestría. Así mismo esta investigación ayudará a la UTPL a generar nuevos temas de investigación y a garantizar que sus estudiantes tengan temas actualizados y una fuente de investigación.

Para el Hospital UTPL es importante realizar una investigación en relación al tema que se propone en virtud de que siendo una institución de salud con gran afluencia de personas en los diferentes servicios que esta presenta, el hospital debe mantener sus procesos debidamente estructurados y documentados para facilitar las actividades y toma de decisiones que se realiza día a día.

Así mismo debido a que es una institución relativamente nueva se puede realizar muy fácilmente el análisis de la situación actual y la implementación de la calidad dentro del área administrativa del Hospital UTPL.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar el estudio de la situación actual, formulación y seguimiento de mejoras en la gestión de calidad en Hospital UTPL, conforme los estándares contenidos en la norma ISO 9001:2008

HIPÓTESIS

Es factible estructurar un Sistema de gestión de Calidad basado en enfoque de proceso para una empresa de servicios de salud que desarrolle sus actividades dentro de un esquema funcional.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES



ASPECTOS GENERALES

En la actualidad el Hospital UTPL es una institución de salud que muestra una solidez tanto a nivel local como nacional, por tanto es necesario mostrar cómo esta entidad inicio sus actividades desde el momento que abrió sus puertas al público lojano, además es de vital importancia tener un breve conocimiento de cuál es su estructura organizacional.

Antes de iniciar con el estudio de la situación actual, formulación y seguimiento de mejoras en la gestión de calidad en el Hospital UTPL es necesario conocer el origen del Hospital UTPL.

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL UTPL

Debido al importante papel que juegan los centros de educación Superior en la sociedad al impartir conocimientos, fomentar la investigación y poner los resultados a disposición de quien lo necesite, la Universidad Técnica Particular de Loja basada en su misión:

*“Buscar la verdad
Y formar al hombre
A través de la ciencia
Para que sirva a la sociedad”*

Y considerando la oportunidad de brindar servicios médicos en la ciudad de Loja; ha construido y dotado una institución prestadora de Servicios de Salud, para ofrecer un servicio acorde a las características propias de la oferta y la demanda; que permita resolver las afecciones más frecuentes, orientado a la atención integral del individuo y su familia, pero no sólo en el área de tratamiento, sino también haciendo énfasis en la atención cálida, humana y sentida.

El hospital de la UTPL, es una entidad privada por pertenecer a personas jurídicas de derecho privado y ser responsables de la prestación de atención



médica, ambulatoria y de hospitalización, siendo su función primordial la recuperación y prestando además servicios de protección, fomento y rehabilitación, en forma ambulatoria o internamiento.¹

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL HOSPITAL UTPL

Cuenta con una estructura organizacional clara y de igual manera su Visión, Misión y valores institucionales definidos de la siguiente manera:

VISIÓN

“Una población saludable en un entorno Humanista Cristiano”

MISIÓN

“Cuidar la salud de las personas para que vivan a plenitud”

FORTALEZAS HOSPITAL UTPL

- Atención médica de calidad y con sentido humano
- Tecnología de punta
- Personal Capacitado
- Atención oportuna
- Precios y tarifas accesibles

Para ver el detalle de la estructura organizacional revisar [ANEXO I: ORGANIGRAMA HOSPITAL UTPL](#)

¹ Pagina web Hospital UTPL www.hospitalutpl.med.ec



EL HOSPITAL UTPL Y SU ENTORNO

El Hospital UTPL a partir de su creación en el 2007 inicio con una capacidad asistencial en el área de hospitalización de diez y siete camas (incluidas dos ubicadas en la unidad de cuidados intensivos). Y ofreciendo los siguientes servicios:

- Urgencias 24 horas
- Quirófano con la mejor tecnología
- Área de diagnóstico: Radiografía, Tomografía, Ecografía
- Laboratorio clínico
- Hospitalización
- Cirugía general y Laparoscopia
- Sala de Partos
- Unidad de Cuidados intensivos: Adultos y Neonatal
- Consulta Externa

INFRAESTRUCTURA

Durante el 2006-2007 la Universidad Técnica Particular de Loja inicio el proyecto de creación de una entidad de salud. Para esto se conformo una alianza con el Instituto del Cáncer SOLCA. Dentro de la misma permitió a la UTPL construir en el cuarto y quinto piso del edificio de SOLCA la infraestructura del Hospital UTPL. Inaugurándose oficialmente el dos de mayo de 2007. Con las siguientes áreas.

PERSONAL MEDICO

Inicialmente el Hospital UTPL inició con cinco especialidades: Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía, Ginecología y Pediatría, sin embargo a partir del mismo año de creación se inicio el programa de médicos adscritos el mismo que permitió incorporar más de cuarenta especialistas de distintas especialidades de la ciudad de Loja y del Ecuador.



EQUIPAMIENTO

Desde la visión de la UTPL se pensó en el hospital como una institución de referencia a nivel de la región en la parte tecnología por lo que desde el inicio la telemedicina fue una herramienta para trabajar dentro del hospital. El mismo que incluye:

- Quirófano inteligente
- Área de diagnóstico con equipos de última tecnología (DICOM)
- Proyectos de telemedicina Rural "Tutupaly".
- Software asistencial y financiero

CLIENTES

Los principales clientes con los que cuenta el Hospital UTPL son los docentes y administrativos de la UTPL. Luego de esto están los clientes que están asociados algún tipo de seguro privado. Y para finalizar tenemos en un porcentaje mínimo los clientes particulares.

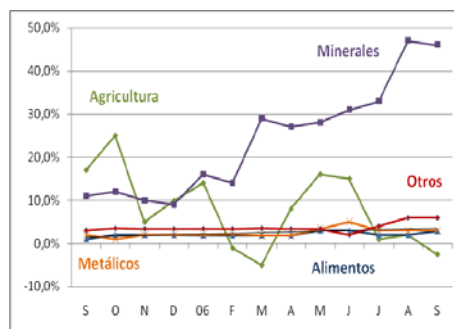


Ilustración 1: Clientes Hospital UTPL²

² Banco Central del Ecuador - "Información Estadística" # 46 Pág. 10 - Elaborado por: Revista Análisis Semanal



HOSPITAL DOCENTE

Siendo parte de la Universidad Técnica Particular de Loja, entre sus objetivos esta el orientarse a la educación utilizando herramientas como la educación continua. Adicional a esto también los estudiantes de los últimos ciclos realizan el internado dentro del hospital.

HOSPITAL UTPL

El Hospital UTPL con el fin de expandir su negocio y a su vez ofrecer una mayor gama de servicios asistenciales, ha realizado varios convenios, entre ellos importantes asociaciones con aseguradoras a nivel nacional entre las principales tenemos: Panamericana, Salud SA, Humana; además de convenios de cooperación con otras instituciones como: Hospital Militar, SOLCA, UTPL, AURELEAN. Las mismas que han generado distintas formas de facturación y de beneficios para los clientes del hospital.



CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

Dado que las instituciones de salud a través de los años han evolucionado en la forma de manejar a sus pacientes así como también sus productos y servicios. Obteniendo actualmente la mayor parte de sus clientes a través de las aseguradoras privadas.

Y sabiendo que a la hora de tomar un nuevo convenio, la institución de salud le interesa tres cuestiones: el bienestar del paciente, la forma de pago de la deuda, y el plazo para devolverla. En muchos casos, la gestión de calidad puede ofrecer mejores alternativas para el bienestar del paciente. Es de vital importancia todo el proceso que implica la atención administrativa dentro del hospital UTPL

Es por esto que se debe hacer énfasis en la importancia entender los conceptos básicos de la gestión de calidad y de cada proceso que rige la misma. Razón por la cual en este capítulo se incluirán los principales conceptos y normas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Antes de iniciar con los procesos administrativos de una institución de salud es necesario tener claro que es la calidad. Luego la norma ISO 9001:2008.

CALIDAD

De origen latín **Qualitatem** cuyo significado es: atributo o propiedad que distingue a las personas, a bienes y servicios. Es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio, que le confieren la aptitud para satisfacer necesidades expresas³.

³ Rico, R(2001): **Total Quality Management**. Buenos Aires. Ediciones Macchi, pag. 5



“La calidad es un valor humano, está en las personas. Ellas son las que depositan ese valor en lo que hacen” Vicente Córdova⁴.

GESTIÓN DE CALIDAD

Es aquel aspecto de función general de la gestión de una organización que define y aplica la política de calidad. La gestión de la calidad incluye la planificación, las asignaciones de recursos y otras actividades sistemáticas, tales como los planes de calidad.

PROCESO

Una serie de tareas de valor agregado (contribuye a su habilidad para producir un resultado del proceso) que se vinculan entre sí para transformar un insumo en un producto (mercadería o servicio)⁵.

MEJORA

Según el capítulo 5 del manual de calidad de Juran, mejora se define como la creación organizada de un cambio beneficioso y el logro de niveles de rendimiento sin precedentes.

MEJORAMIENTO CONTINUO

La organización deberá tener un proceso para identificar y gestionar las actividades de mejora. Según el diccionario de Lengua Española, normalizar es regularizar o poner en orden aquello que no lo estaba, según el Real Decreto Español 1641/85 se define normalizar como:

⁴ SENLLE, Andrés (2005): *ISO 9000:2000 Calidad y Excelencia*, Barcelona, Editora Gestión 2000. Pag. 156

⁵ CHANG Richard (1996): *Mejora Continua de Procesos*, Ediciones Granica. España. Pag. 8



NORMALIZACIÓN

Según el diccionario de Lengua Española, normalizar es regularizar o poner en orden aquello que no lo estaba, según el Real Decreto Español 1641/85 se define normalizar como:

Toda actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, fundamentalmente en el ámbito de la ciencia, la tecnología y economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima en un determinado contexto⁶.

NORMA

Andrés Senlle define una norma como "Un documento ordenado de cierta actividad, elaborado voluntariamente y con el consenso de las partes interesadas que, conteniendo especificaciones técnicas extraídas de las experiencias y los avances de la tecnología.

La organización encargada de la normalización en todo el mundo con una agrupación actual de noventa y un países es ISO - organización Internacional para la Normalización. En Ecuador el representante de ISO es el Instituto Ecuatoriano de Normalización INEN.

ISO tiene como propósito promover el desarrollo de la normalización para fomentar a nivel internacional el intercambio de bienes y servicios para el desarrollo de la cooperación en actividades económicas, intelectuales, científicas y tecnológicas. A continuación detallaremos los conceptos básicos más importantes de la familia de normas ISO 9000.

⁶ SENLLE, Andrés (2005): *ISO 9000:2000 Calidad y Excelencia*, Barcelona, Editora Gestión 2000. Pag. 12



FAMILIA DE NORMAS ISO 9000

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas de calidad que se pueden aplicar en todo tipo de organización desde empresas de productos, servicios hasta instituciones públicas o privadas. Estas normas son un grupo de normas individuales, pero relacionadas entre sí, enfocadas a la administración de la calidad y aseguramiento de calidad.

FAMILIAS	DEFINICIÓN	PROPOSITO
ISO 9000:2005	Sistemas de gestión de la calidad, fundamentos y vocabulario	Enfatizar el papel de la dirección, incluyendo su compromiso en el desarrollo y mejora del sistema de gestión de calidad, con el cumplimiento de los requisitos reglamentarios y controlando el desempeño de las funciones de la organización
ISO 9001:2008	Sistemas de gestión de calidad, requisitos. (en adelante la única norma certificable)	Proporcionar un enfoque basado en: procesos organizacionales, la satisfacción del cliente y la mejora continua, orientada hacia la eficacia del sistema
ISO 9004:2005	Sistemas de gestión de calidad directrices para mejorar el desempeño	Proporciona ayuda para la mejora del sistema de gestión de calidad, beneficiando a las partes interesadas a través de la satisfacción del cliente.

Tabla 1: Normas Básicas de la Familia ISO 9000

ISO 9000:2000

Describe los principios y terminología de los sistemas de gestión de calidad.



ISO 9001:2000

Especifica los requisitos para los sistemas de gestión aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan con los requisitos de sus clientes y los reglamentos. Es la única norma sujeta a certificación.

ISO 9004:2000

Proporciona directrices que consideran tanto la eficiencia como la eficacia del sistema de gestión de la calidad (SGC). Su objetivo es la mejora en el desempeño de la organización.

ISO 19011

Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

ISO 9004:2000

Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

TIPOS DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN UN HOSPITAL

Dentro de una institución de salud es necesario mantener un grupo de procesos administrativos que interactúen tanto con el personal médico como con los clientes. Los principales procesos con las que debe contar un hospital son:

- Gestión contable y financiera
- Gestión de recursos humanos
- Gestión de recursos tecnológicos
- Gestión recurso material y residuos



GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA

Dentro de este proceso encontramos los siguientes procedimientos:

- Compras
- Facturación
- Cuentas por cobrar
- Cuentas por pagar

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Dentro de este proceso encontramos los siguientes procedimientos:

- Selección
- Contratación de personal
- Manejo del talento humano.

GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

En este proceso se maneja la compra, manejo capacitación y mantenimiento de los equipos. Aquí encontramos:

- Administración y mantenimiento de equipos.

GESTIÓN DE RECURSOS MATERIAL Y RESIDUOS

Dentro de este proceso encontramos los siguientes procedimientos:

- Salida de productos de farmacia y almacén
- Limpieza general y manejo de desechos
- Servicio de lavandería
- Provisión de alimentos



REGLAMENTO INTERNO HOSPITAL UTPL

El hospital UTPL cuenta con un reglamento interno que rige cada uno de los procedimientos que maneja. Este reglamento interno está dado independientemente para cada procedimiento.

GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA – COMPRAS

COMPRAS GENERALES

- Toda compra estará respaldada con los comprobantes respectivos de acuerdo a las disposiciones del Servicio de Rentas Internas.
- Cualquier compra que se no esté contemplada en las políticas específicas de Farmacia y Almacén, Mantenimiento y Caja Chica que se detallan a continuación deberá ser autorizada directamente por el Gerente General.
- Las compras de equipos médicos requerirán autorización de la Dirección Médica y la Gerencia.

FARMACIA Y ALMACÉN

- El Comité de Compras aprobará mensualmente el tipo y la cantidad de medicamentos necesarios para el correcto funcionamiento del Hospital.
- Revisión física quincenal de los inventarios y constatación de saldos en el sistema. (hasta regularización del sistema HOSVITAL).
- Todas las compras de medicamentos e insumos deberán ser a crédito.
- Farmacia y Almacén negociarán siempre el mayor plazo posible de crédito en sus compras.

SERVICIOS GENERALES

- La contratación de cualquier servicio requerido para el Hospital requiere autorización del Gerente General.



MANTENIMIENTO Y CAJA CHICA

- Antes de cada compra por concepto de mantenimiento es necesaria la autorización del Director del Departamento de Operaciones Administrativas y en conformidad al presupuesto asignado para dicha actividad.
- Las compras realizadas con el fondo de caja chica corresponderán a montos inferiores a 50,00 USD.
- La orden de compra con el fondo de caja chica deberá ser autorizada por el Director del Departamento de Finanzas y Contabilidad o en su defecto por el Director del Departamento de Operaciones Administrativas. Para los casos imprevistos en horas fuera de oficina la autorización se firmará al siguiente día.

GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA – CUENTA POR COBRAR

- La concesión de crédito para pacientes del Hospital es competencia exclusiva del Gerente General.
- El cliente firmará como respaldo del crédito una letra de cambio.
- Los parámetros de pago de aseguradoras e instituciones con las cuales se tiene convenio se registrarán a las establecidas en los convenios y contratos.

GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA – CUENTA POR PAGAR

- La factura con requerimiento de cancelación estará debidamente sustentada con los documentos respectivos.
- El responsable de Cuentas por Pagar comparará mensualmente los rubros gastados con el presupuesto asignado.
- Los desembolsos se realizarán únicamente por medio de cheque o transferencia bancaria.
- La reposición del fondo de Caja Chica se hará una vez por mes.
- Para el incremento del fondo de Caja Chica se requiere autorización del Director del Departamento de Finanzas y Contabilidad.



GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA – FACTURACIÓN

- En la factura estarán desglosados todos los bienes suministrados y servicios prestados al paciente.

GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y RESIDUOS – LIMPIEZA GENERAL Y MANEJO DE RESIDUOS

- El jefe de mantenimiento estará a cargo del control diario del personal de limpieza.
- Después de todo procedimiento realizado en el área Quirúrgica, la Secretaria Clínica informará al personal de limpieza para que cumpla sus labores.
- Es obligatorio para todo el personal de limpieza el uso del uniforme e implementos de seguridad.
- El personal de limpieza llenará el registro Ingreso y Salida del Personal dispuesto para su control. (establecer quién firma el control- Recepción)
- El Jefe de Mantenimiento revisará mensualmente el registro de Ingreso y Salida del Personal y enviará un reporte por escrito al Director del Departamento de Operaciones Administrativas en caso de percibir regularidades.

GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y RESIDUOS – PROVISIÓN DE ALIMENTACIÓN

- La Secretaria Clínica deberá pedir cada semana al Director del Departamento de Operaciones Administrativas el número y cargos del personal administrativo que dispondrá del servicio de alimentación.
- El personal médico que tendrá acceso al servicio de la alimentación es exclusivamente aquel que esté de turno.
- Las dietas de los pacientes hospitalizados deberán ser autorizadas exclusivamente por el médico.



GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y RESIDUOS – SALIDA DE PRODUCTOS DE BODEGA Y ALMACÉN

- Todos los viernes se realizará la reposición del inventario del área Quirúrgica y de Emergencia.
- La distribución y ordenación de los medicamentos en las góndolas de Farmacia se realizará de acuerdo al Laboratorio al que pertenezcan (disposición del Instituto Izquieta Pérez).
- La hoja de Pedido de Medicamentos e Insumos deberá estar firmada por el Médico Residente de turno
- El Médico Residente de turno deberá realizar una revisión diaria de los pedidos de medicamentos e insumos que se efectúan a través del sistema del Hospital para evitar irregularidades.
- Todas las áreas del Hospital deberán retirar los pedidos de medicamentos e insumos desde Farmacia o Almacén.
- La entrega de medicamentos a los pacientes particulares se efectuará únicamente bajo la presentación de la factura.
- La Jefa de Enfermeras es la encargada de pedir los medicamentos e insumos para la reposición del inventario de Hospitalización y Emergencia.

GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y RESIDUOS – SERVICIO DE LAVANDERÍA

- El mensajero motorizado será el encargado del transporte de la indumentaria de la Unidad de Medicina Familiar.
- Las pérdidas de indumentaria deberán ser informadas al Director del Departamento y Operaciones Administrativas.



CAPITULO III: SITUACIÓN ACTUAL HOSPITAL UTPL



SITUACIÓN HOSPITAL UTPL MAYO 2010

El trabajo de diagnóstico desarrollado para Hospital UTPL se realizó en el mes de mayo del 2010, según el cronograma establecido y basados en la norma ISO 9001:2008.

Este trabajo se realizó por la Ing. Jenny María Cuenca para la obtención del título de Magister en Gestión de la calidad, en la ciudad de Loja.

ALCANCE DEL ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROCESOS EN HOSPITAL UTPL

El diagnóstico abarcó las actividades administrativas incluyendo el área de enfermería que realiza el Hospital UTPL respecto a los lineamientos de una organización de Calidad, orientada a los procesos existentes y a satisfacer a los clientes externos por medio de la interrelación de los clientes internos y los procesos.

La metodología aplicada en el proceso de recolección de información de las diferentes áreas administrativas, fue la entrevista con los responsables de las diversas áreas de la empresa y la revisión de los registros y documentación sobre calidad con la que contaba la empresa.

DIAGNOSTICO

PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.

Actualmente el hospital UTPL, en especial el área administrativa del mismo se encuentran muy motivadas por realizar un rediseño de todos los procesos administrativos seguir la norma: 9001:2008.



OBSERVACIONES

- Dentro del diagnóstico se pudo observar que el desarrollo de la documentación de los procesos administrativos se encuentra de manera parcial.
- No existen procesos de evaluación, medición de productividad y rendición de cuentas en el desempeño de las responsabilidades.
- Aunque se encuentra definida la estructura de los procesos, aun se debe definir y documentar todas las actividades y responsabilidades de las personas que son parte de los procesos del hospital UTPL.
- Existen reglamentos y políticas para el cumplimiento de las responsabilidades, sin embargo hace falta estímulos y beneficios para los miembros de la empresa.
- No existe personal que se encargue de actualizar la documentación, manuales y procedimientos.
- No existe un proceso establecido para la selección del personal, lo que implica que no se cuenta con perfiles de competencias requeridos por parte del Hospital UTPL.
- Frente a los nuevos procesos que se están realizando en el Hospital UTPL, se debe robustecer el trabajo en equipo y la cultura.
- Las estrategias de mercado e imagen corporativa no se han realizado en base a las necesidades del cliente.
- Las acciones correctivas se deben tomar en base al resultado del diagnóstico esto ayudara a solucionar los incumplimientos detectados respecto a los requisitos expuestos en la ISO 9001:2008 sobre una organización de calidad.
- Es preciso que se considere establecer una estructura documental para la administración de procesos donde se incluya: manual de proceso (existente), procedimientos, registros y documentos externos.



- Para el control de registros de calidad es necesario que se organicen los registros que se tengan disponibles de acuerdo a la estructura que establezca el Hospital UTPL.
- Con el fin de socializar con todos los miembros de la organización y lograr una mejor implantación del sistema de calidad se recomienda que se desarrollen actividades de capacitación en temas de calidad y la norma ISO 9001:2008.



CAPITULO IV: FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITAL UTPL



SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL UTPL.

Dado que la alta dirección decidió adoptar el sistema de gestión de calidad para el Hospital UTPL, durante este capítulo se analizara el diseño y la implementación de este sistema dentro de la organización. El sistema de gestión de la calidad debería ser el más sencillo que trabaje bien. Necesita ser sólo lo suficientemente comprensivo para alcanzar los objetivos de calidad de la organización.

Todo sistema de gestión se ve influenciado por diferentes necesidades, objetivos, productos y procesos y el tamaño y estructura de la organización. Por consiguiente puede esperarse que un sistema de gestión de calidad varíe de una institución a otra. Es por esto que no se evaluara la uniformidad en la estructura, sino mas bien el cumplimiento de cada una de las clausulas, a partir de esto se levantarán observaciones y recomendaciones en el caso de incumplimiento de alguna.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. REQUISITOS GENERALES.

La organización debe documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional.

La organización debe:

- a. Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad, y su aplicación a través de la organización*
- b. Determinar la secuencia e interacción de estos procesos,*
- c. Determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces.*
- d. Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.*
- e. Realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos,*



- f. *Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.*

La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requerimientos de esta norma internacional

En casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos. El tipo y grado de control a aplicar sobre dichos procesos contratados externamente debe estar identificado dentro del sistema de gestión de la calidad.

Nota 1: los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad a los que se ha hecho referencia anteriormente incluyen los procesos para las actividades de dirección, la provisión de recursos, la realización del producto, la medición, el análisis y la mejora.

Nota 2: un "proceso contratado externamente" es un proceso que la organización necesita para su sistema de gestión de la calidad y que la organización decide que sea desempeñado por una parte externa.

Nota 3: Asegurar el control sobre los procesos contratados externamente no exime a la organización de la responsabilidad de cumplir con todos los requisitos del cliente, legales y reglamentarios. El tipo y el grado de control a aplicar al proceso contratado externamente puede estar influenciado por factores tales como:

- a. *El impacto potencial del proceso contratado externamente sobre la capacidad de la organización para proporcionar productos conformes con los requisitos,*
- b. *El grado en el que se comparte el control sobre el proceso,*
- c. *La capacidad para conseguir el control necesario a través de la aplicación del apartado 7.4*

OBSERVACIONES

- En la organización se ha identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y se ha levantado la información respecto a ellos.
- Existe la secuencia e interacción entre los procesos.
- No se ha establecido los criterios para asegurar la operación eficaz y el control de los procesos.
- El 90% del personal administrativo no se encuentra identificado con la normativa de referencia.

RECOMENDACIONES

- Redefinir el levantamiento de los procesos realizado en el 2009 ya que con la implementación del software medico se realizó cambios en los procesos administrativos.



- Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y satisfacer los requerimientos de la norma de referencia.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

4.2. REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACIÓN

4.2.1. GENERALIDADES.

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- a. Declaraciones documentadas de una política de calidad y los objetivos de la calidad,*
- b. Un manual de la calidad,*
- c. Los procedimientos documentados requeridos en esta norma internacional; y*
- d. Los documentos incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.*

Nota 1: Cuando aparezca el término "procedimiento documentado" dentro de esta Norma Internacional, significa que el procedimiento sea establecido, documentado, implementado y mantenido. Un solo documento puede incluir los requisitos para uno o más procedimientos. Un requisito relativo a un procedimiento documentado puede cubrirse con más de un documento

NOTA 2 La extensión de la documentación del sistema de gestión de la calidad puede diferir de una organización a otra debido a:

- a. El tamaño de la organización y el tipo de actividades.*
- b. La complejidad de los procesos y sus interacción, y*
- c. La competencia del personal.*

Nota 3: La documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio.

OBSERVACIONES

- El Hospital UTPL tiene la estructura documental formal de procedimientos.

RECOMENDACIONES

- Se realice el levantamiento formal de la estructura documental de los manuales, instructivos, reglamentos y normativas propias del Hospital.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

4.2.2.MANUAL DE LA CALIDAD

La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:

- a. El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo detalles y la justificación de cualquier exclusión,*
- b. Los procedimientos documentados establecidos en el sistema de gestión de calidad, o referencia a los mismos, y*
- c. Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad.*

OBSERVACIONES

- El Hospital UTPL cuenta con el manual de calidad respectivo, sin embargo no constan todas las partes requeridas por el mismo.

RECOMENDACIONES

- Se debe completar este manual con el alcance y las exclusiones respectivas.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

4.2.3.CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en la [4.2.4](#).

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a. Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión,*
- b. Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.*
- c. Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión vigente de los documentos,*
- d. Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.*
- e. Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables*
- f. Asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y*



- g. *Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.*

4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS

Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse.

La organización debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables

OBSERVACIONES

- Se ha realizado el levantamiento de la documentación en el año del 2009, a partir de esto no existe registro de que se han generados nuevas versiones.
- Según se informa se levanto un comité para realizar las mejoras pero no se integro en el manual, ya que estas actualizaciones no tuvieron revisiones luego que el responsable del procedimiento realizo los cambios
- La ubicación del manual se encuentra en el área de sistemas y en gerencia se cuenta con una copia.

RECOMENDACIONES

- El Hospital UTPL cuenta con el manual de calidad respectivo, sin embargo no constan todas las partes requeridas por el mismo.
- Establecer un registro de acuerdo a como determina la norma.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia:



- a. *Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios;*
- b. *Estableciendo la política de calidad*
- c. *Asegurando que se establecen los objetivos de calidad;*
- d. *Llevando a cabo las revisiones por la dirección; y*
- e. *Asegurando la disponibilidad de los recursos.*

5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del clientes ([véase 7.2.1](#) y [8.2.1](#))

OBSERVACIONES

- Se observa que existe la administración por procesos donde se encuentran identificados los procesos operativos, estratégicos, y de apoyo, tomando en cuenta las entradas, salidas, control y servicios del cliente.
- Respecto a las necesidades y expectativas de los clientes tanto internos como externos no se evidencia la identificación documentada.
- Se evidencia el compromiso de la alta dirección, sin embargo, no se puede identificar el mismo documentadamente como lo exige la norma.
- No se pudo identificar la existencia de la política de calidad.
- No se pudo evidenciar los objetivos e indicadores de calidad.
- El personal desconoce la política de calidad así como los objetivos e indicadores que tiene la organización.
- Existe una revisión por parte de Dirección la misma que se realizó al levantar por primera vez los procesos.
- No existe evidencia documentada de la relación directa entre la dirección y el cliente, ni la identificación de necesidades y expectativas para que se conviertan en requisitos y se cumplan para alcanzar la satisfacción del cliente.
- En lo relacionado con las obligaciones del servicio incluyendo requisitos legales y reglamentarios no se encuentra nada



documentado. Existe un documento en la parte médica donde consta la orden de hospitalización y el consentimiento informado en caso de procedimiento.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda formalizar el compromiso de la dirección con el desarrollo y mejora del sistema de calidad mediante la documentación del mismo.
- Se sugiere que se establezca, revise y documente los objetivos de calidad, la política de calidad del Hospital UTPL y demás elementos estipulados en la norma, a través de indicadores que sean cuantificables y mensurables.
- Se recomienda que el Hospital UTPL, desarrolle e implemente el sistema de calidad para de esta manera permita a la dirección realizar las revisiones correspondientes.
- Se recomienda durante el desarrollo del sistema de calidad asegurar la disponibilidad de la documentación para el personal del Hospital UTPL.
- Se recomienda que se identifiquen y documenten las expectativas y necesidades de los clientes, para de esta forma convertirlas en requisitos y se cumplan en su totalidad para alcanzar la satisfacción del cliente.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5.3. POLÍTICA DE CALIDAD

La alta dirección debe asegurar que la política de calidad:

- a. Es adecuada al propósito de la organización.*
- b. incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad,*
- c. proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,*
- d. es comunicada y entendida dentro de la organización, y*
- e. es revisada para su continua adecuación.*



OBSERVACIONES

- No se evidencia la existencia de la política de calidad.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda elaborar la política de calidad de acuerdo a los elementos establecidos en la norma y documentarla.
- Se recomienda que una vez elaborada la política de calidad esta se comunique y se asegure que la misma es entendida por los niveles apropiados de la organización.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5.4. PLANIFICACIÓN

5.4.1. OBJETIVOS DE CALIDAD

La alta dirección debe asegurar de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto ([véase 7.1 a](#))) se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.

5.4.2. PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

La alta dirección debe de que

- a. la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1, así como los objetivos de la calidad, y,*
- b. se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.*

OBSERVACIONES

- Se evidencia el desconocimiento por parte del personal sobre los objetivos de calidad del Hospital UTPL
- Se observa la documentación de los procesos requeridos en el sistema de gestión de calidad, sin embargo, no existe documentación sobre los objetivos de calidad en concordancia con la norma.



RECOMENDACIONES

- La dirección debe establecer y documentar los objetivos de calidad para el Hospital UTPL.
- Se sugiere se desarrollen planes por departamentos para alcanzar los objetivos de calidad.
- Se recomienda que la planificación se encuentre documentada y se mantenga registro que demuestre su cumplimiento.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

5.5.2. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

La alta dirección debe designar a un miembro de la dirección, quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y la autoridad que incluya:

- a. Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad,*
- b. Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y*
- c. Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.*

Nota: la responsabilidad del representante de la dirección puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el sistema de gestión de la calidad.

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que se encuentra definida y documentada los roles, funciones y sus interrelaciones dentro de la organización. Incluyendo responsabilidades.
- Se pudo observar que no existe un representante oficial que se encargue de coordinar el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la dirección designe a un representante para cumplir con los requisitos que la norma establece.
- Se recomienda actualizar la documentación donde se establecen las funciones dentro de la organización, incluyendo niveles de responsabilidad y autoridad del personal para facilitar la gestión eficaz de la calidad.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5.5.3.COMUNICACIÓN INTERNA

La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

OBSERVACIONES

- Se evidencia que la comunicación es adecuada entre los distintos niveles y funciones, según sea el caso se la realiza de manera verbal, escrita, electrónica.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere formalizar la comunicación entre los distintos niveles y funciones y documentarla para que demuestre su cumplimiento.
- Se recomienda la revisión, emisión, difusión y distribución del manual de calidad, además de incluir en el manual de calidad todos los elementos que faltan según lo que establece la norma (alcance del sistema de gestión de calidad y sus exclusiones).
- Se sugiere establecer un medio de comunicación formal para el personal con responsabilidad dentro del sistema de gestión de calidad.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. GENERALIDADES

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección ([véase 4.2.4](#)).

5.6.2. INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a. Los resultados de auditorías*
- b. la retroalimentación del cliente*
- c. el desempeño de los procesos y conformidad del producto*
- d. el estado de las acciones correctivas y preventivas*
- e. las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas,*
- f. los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, y*
- g. las recomendaciones para la mejora.*

5.6.3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con

- a. La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos,*
- b. la mejora del producto e relación con los requisitos del cliente, y*
- c. las necesidades de recursos*

OBSERVACIONES

- Debido a que el proceso de desarrollo de la administración por procesos esta iniciado esta cláusula no ha podido ser cumplido por la dirección.

RECOMENDACIONES

- Considerar los requerimientos de la norma en lo referente a la revisión de la Dirección para establecer un procedimiento adecuado para el efecto.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. PROVISIÓN DE RECURSOS

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:

- a. implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y*
- b. aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.*

6.2. RECURSOS HUMANOS

6.2.1. GENERALIDADES

El personal que realice trabajos que afecten a la calidad del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

Nota: la conformidad con los requisitos del producto puede verse afectadas directa o indirectamente por el persona que desempeña cualquier tarea dentro del sistema de gestión de la calidad.

6.2.2. COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN

La organización debe:

- a. determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto;*
- b. cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades*
- c. Evaluar la eficacia de las acciones tomadas,*
- d. Asegúrese de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad, y*
- e. Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidad y experiencia ([véase 4.2.4](#))*

OBSERVACIONES

- Se evidencia la existencia de documentación sobre la selección de personal en el Hospital UTPL.
- El hospital UTPL cuenta documentadamente con un manual de funciones y responsabilidades del área administrativas.
- No se pudo evidenciar los criterios de competencia.



- No se pudo evidenciar que se cuente con las facilidades de recursos para el desarrollo e implantación del sistema de gestión de calidad.
- No se pudo evidenciar documentadamente que el personal al que se le asignan las responsabilidades definidas en el sistema de calidad sea competente en función de la educación, entrenamiento, destrezas y experiencias.
- No se pudo evidenciar que se realice la calificación y evaluación del personal.
- No se observó que el personal esté familiarizado con la relevancia de su trabajo en el logro de los objetivos de calidad del Hospital UTPL.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el personal al que se le asignen responsabilidades definidas en el sistema de gestión de la calidad cumpla con lo estipulado en la norma.
- Se recomienda documentar los registros necesarios respecto a recursos humanos según lo estipulado por la norma.
- Se recomienda formalizar y documentar el procedimiento para identificar los criterios de competencias necesarias para el personal que realice actividades que afecten a la calidad.
- Se recomienda desarrollar y documentar mecanismos para facilitar la formación que satisfaga las necesidades de competencia.
- Se recomienda establecer los mecanismos para evaluar la eficacia de la formación proporcionada.
- Se sugiere realizar la difusión adecuada de la importancia de los objetivos de la calidad del hospital UTPL, entre los miembros de la organización.
- Se sugiere mantener los registros apropiados sobre la educación, experiencia, entrenamiento calificación.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

6.3. INFRAESTRUCTURA

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:

- a. edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,*
- b. equipo para los procesos, (tanto hardware como software), y*
- c. servicios de apoyo tales (como transporte, comunicación o sistemas de información).*

6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

Nota: el término "ambiente de trabajo" está relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo factores físicos, ambientales y de otro tipo (tales como el ruido, la temperatura, la humedad, la iluminación o las condiciones climáticas)

OBSERVACIONES

- Se pudo observar que la organización cuenta con las instalaciones necesarias para alcanzar la conformidad del servicio de acuerdo a lo establecido en la norma.
- Se pudo evidenciar que se han identificado y proporcionado los recursos necesarios para facilitar un adecuado entorno de trabajo que se asegure la calidad del servicio.
- Se evidenció que el Hospital UTPL cuenta con los servicios de apoyo para alcanzar la conformidad del servicio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda incorporar aspectos ergonómicos y salud ocupacional en el sistema de gestión de calidad para integrar los factores físicos y humanos en la conformidad del servicio.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad ([véase 4.1](#)).

Durante la planificación de la realización del producto, la organización deberá determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente

- a. los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto,*
- b. la necesidad de establecer procesos y documentos, y de proporcionar recursos específicos para el producto;*
- c. las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.*
- d. los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos ([véase 4.2.4](#)).*

El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.

Nota: Un documento que especifica los procesos del sistema de gestión de la calidad (incluyendo los procesos de realización del producto) y los recursos que deben aplicarse a un producto, proyecto o contrato específico, puede denominarse como un plan de la calidad.

Nota: La organización también puede aplicar los requisitos citados en 7.3 para el desarrollo de los procesos de realización del producto.

OBSERVACIONES

- No se evidencia de manera documentada requisitos identificados por los clientes.
- Se evidencia la adecuada documentación de los requisitos reglamentarios y legales respecto a la prestación del servicio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda formalizar los mecanismos utilizados para la identificación de los requisitos de los clientes respecto al servicio.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON LOS CLIENTES

7.2.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS CLIENTES

La organización determinar:

- a. *Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,*
- b. *los requisitos no establecidos por el cliente pero necesario para el uso específico o para el uso previsto, cuando sea conocido,*
- c. *los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto, y*
- d. *cualquier requisito adicional determinado por la organización.*

Nota: las actividades posteriores a la entrega incluyen, por ejemplo, acciones cubiertas por la garantía, obligaciones contractuales como servicios de mantenimiento, y servicios suplementarios como el reciclaje o la disposición final.

7.2.2. REVISIÓN DE LOS REQUISITOS CON EL PRODUCTO

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos), y debe asegurar de que:

- a. *están definidos los requisitos del producto*
- b. *están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente, y*
- c. *la organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.*

Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma. ([véase 4.2.4](#))

Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación.

Cuando se cambien los requisitos del producto, la organización debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.

Nota: En algunas situaciones, tales como las ventas por internet, no resulta práctico efectuar una revisión formal de cada pedido. En su lugar, la revisión puede cubrir la información pertinente del producto, como son los catálogos o el material publicitario.

OBSERVACIONES

- No se evidencia los requisitos del servicio especificados por el cliente.



- Se evidencia los requisitos no específicos por el cliente pero necesarios para la utilización especificada o propuesta.
- Se evidencia documentadamente las obligaciones relativas a servicio, incluyendo los requisitos reglamentarios y legales, establecidos por la organización.
- No se evidencia la existencia de mecanismos para realizar la revisión de los requerimientos de los servicios del cliente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer el proceso debidamente documentado en lo que se refiere a los requisitos del cliente de tal forma que se cumpla con los requisitos de la norma.
- Se recomienda mantener un registro de los cambios realizados sobre los requerimientos de los clientes y asegurarse de que el personal sea consciente de los cambios de los requisitos.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.2.3.COMUNICACIÓN CON LOS CLIENTES

La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:

- a. Información sobre el producto*
- b. las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y*
- c. la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.*

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que existe la respectiva información del servicio debidamente documentada
- No se evidencia la existencia de un esquema de comunicación formal con el cliente sobre el servicio.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda formalizar el proceso de comunicación con los clientes y mantener la debida documentación que evidencie el cumplimiento de este requisito.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3. DISEÑO Y DESARROLLO

7.3.1. PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto.

Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización debe determinar:

- a. Las etapas del diseño y desarrollo*
- b. la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo, y.*
- c. Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo*

La organización debe gestionar las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.

Los resultados de la planificación deben actualizarse, según sea apropiado, a medida que progresa el diseño y desarrollo.

Nota: la revisión, la verificación y la validación del diseño y desarrollo tienen propósitos diferentes. Pueden llevarse a cabo y registrarse de forma separada o en cualquier combinación que sea adecuada para el producto y para la organización.

Para la evaluación de la clausula 7.3 de la norma es necesario explicar que todo lo que respecta a el área de enfermería es manejado por parte del área administrativa por lo que este análisis se base en las normas, procedimientos que maneja enfermería en el trato diario con el paciente.

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que se cumple la clausula dentro del sistema de gestión de calidad del Hospital UTPL.



RECOMENDACIONES

- Mantener los resultados de la planificación actualizados y debidamente documentados.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3.2.ELEMENTOS DE ENTRADAS PARA EL DISEÑO Y/O DESARROLLO

Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y mantenerse registros ([véase 4.2.4](#)). Estos elementos de entrada deben incluir

- a. Requisitos funcionales y de desempeño*
- b. Requisitos legales y reglamentarios aplicables*
- c. La información proveniente de diseños previos similares, cuando sea aplicable, y*
- d. Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.*

Estos elementos deben revisarse para verificar su adecuación. Los requisitos deben estar completos, sin ambigüedades y no deben ser contradictorios.

7.3.3.RESULTADOS DEL DISEÑO Y/O DESARROLLO

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación.

Los resultados del diseño y/o desarrollo deben:

- a. cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo,*
- b. proporcionar información apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio,*
- c. contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto, y*
- d. especificar las características del producto que son esenciales para el uso seguro y correcto.*

OBSERVACIONES

- Se evidencia que esta cláusula se encuentra aplicada en los procesos de hospitalización, consulta externa pero no existe documentación.
- Se evidencia que no existe documentación actualizada de esta cláusula sobre los procesos de facturación y farmacia.



- Se observa que para los procesos restantes del Sistema de Gestión de la Calidad no aplican este requisito debido a que no transforman los requisitos del cliente en especificaciones del servicio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los registros que dan cuenta de los elementos de entrada, resultados, revisión, verificación, validación y control de cambios para el diseño y desarrollo de los procesos antes mencionados, estén establecidos en los procedimientos operativos e instructivos.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3.4. REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado ([véase 7.3.1](#))

- a. evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, e;*
- b. Identificar cualquier problema y proponer acciones necesarias.*

Los participantes en dichas revisiones deben incluir representantes de las funciones relacionadas con la(s) etapa(s) de diseño y desarrollo que se está(n) revisando. Deben mantenerse registros de los resultados de las revisiones y de cualquier acción necesaria ([véase 4.2.4](#)).

OBSERVACIONES

- No se evidencia registros de la revisión del diseño y desarrollo de los procesos del hospital UTPL.
- No se evidencia ninguna documentación de la evaluación de la capacidad del hospital UTPL para cumplir con los requisitos.
- No se evidencia de manera documentada los problemas presentados por parte del área de enfermería en el momento de realizar los procesos, sin embargo, no existe evidencia en la parte administrativa.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar y documentar periódicamente revisiones formales y sistemáticas del diseño y desarrollo.
- Se sugiere que para el proceso de revisión del diseño se incluyan representantes de todas las funciones implicadas en la fase de diseño que se está revisando.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3.5. VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y/O DESARROLLO

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado ([véase 7.3.1](#)), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria ([véase 4.2.4](#)).

OBSERVACIONES

- No se evidencia la existencia de mecanismos para verificar el cumplimiento de los requisitos de entrada en los procesos administrativos.
- Se pudo evidenciar que durante el proceso de implementación del software hospitalario se realizó la debida documentación para verificar el cumplimiento de los requisitos de entrada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la verificación del diseño se realice continuamente.
- Se sugiere que esta actividad se realice ya sea internamente por cualquier especialista que no haya participado en el diseño y desarrollo verificado, o externamente.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3.6. VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado ([véase 7.3.1](#)), para asegurarse de que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido. Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto. Deben mantenerse registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria ([véase 4.2.4](#)).

OBSERVACIONES

- Se evidencia que en la implementación del software hospitalario se realizó la validación del software resultante previamente a la instalación y al uso.
- No se evidencia así la validación de los servicios previamente a su introducción generalizada.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se genere suficientes datos a través de las actividades de validación y verificación como para permitir que se lleve a cabo la revisión de las decisiones en el diseño y desarrollo de los servicios.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.3.7. CONTROL DE LOS CAMBIOS DE DISEÑO Y DESARROLLO

Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo debe incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto ya entregado. Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria ([véase 4.2.4](#))

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar el cumplimiento de esta cláusula solo en la implementación del sistema de software hospitalario.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los cambios o modificaciones del diseño y/o desarrollo sean identificados, documentados, controlados y aprobados antes de su implantación.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.4. COMPRAS

7.4.1. PROCESO DE COMPRAS

La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados. El tipo y el grado del control aplicado al proveedor y al producto adquirido debe depender del impacto del producto adquirido en la posterior realización del producto o sobre el producto final.

La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas ([véase 4.2.4](#)).

7.4.2. INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS

La información de las compras debe describir el producto a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado:

- a. requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos,*
- b. requisitos para la calificación del personal, y,*
- c. requisitos del sistema de gestión de la calidad*

La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.

7.4.3. VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS.

La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.

Cuando la organización o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización debe establecer en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.



OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que existe el procedimiento por medio del cual se controla la realización de compras dentro del Hospital UTPL.
- Se pudo evidenciar la documentación que registra la selección, evaluación y seguimiento de cada proveedor dentro de las áreas, pero los criterios de selección no se encuentran estandarizados para toda la institución.
- Se evidencia registro debidamente documentado de las evaluaciones de los proveedores de las distintas áreas: almacén, farmacia, informática, activos fijos.
- Se evidencia que los documentos de compra contiene toda la información con los requerimientos de la norma.
- Se evidencia de que los documentos de compras son aprobados por el personal responsable el cual que se encuentra debidamente identificado dentro del procedimiento de compras.
- No se pudo comprobar la existencia de actividades aplicadas por el hospital para la verificación de los productos o servicios comprados.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda estandarizar los criterios de selección de proveedor para todo el Hospital UTPL.
- Se recomienda incluir dentro del procedimiento de compras las actividades relacionadas con la verificación de los productos o servicios comprados.
- Se recomienda mantener actualizado y debidamente documentado el procedimiento de compras.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIO.

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- a. La disponibilidad de información que describa las características del producto.*
- b. La disponibilidad de instrucciones de trabajo cuando sea necesario*
- c. El uso del equipo apropiado*
- d. La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición.*
- e. La implantación del seguimiento y de la medición y*
- f. La implantación de actividades de liberación, entrega y posteriores al entrega.*

OBSERVACIONES

- Se observa que existe la información que define las características del servicio y estas se encuentran disponibles para el cliente.
- No existe la disponibilidad de las instrucciones de trabajo cuando sea necesarios.
- Se evidencia la existencia de los equipos adecuados y que estos cuentan con el debido mantenimiento para la realización del servicio.
- No se evidencia la existencia de dispositivos de medición y seguimiento.
- No se evidencia de manera formal actividades de seguimiento para el servicio durante la realización del servicio.
- No existe de manera formal métodos adecuados para las actividades postventa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se documente y se mantenga una disponibilidad total las instrucciones de trabajo para los colaboradores.
- Se recomienda mantener actualizada los procedimientos en cada área de trabajo.



- Se recomienda formalizar el programa de mantenimiento correctivo y preventivo para todos los equipos tanto médicos como computacionales.
- Se recomienda implementar y documentar mecanismos de medición y seguimiento, para dar cumplimiento a la norma.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.5.2.VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores, y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable

- a. los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos,*
- b. la aprobación de equipos y calificación del personal,*
- c. el uso de métodos y procedimientos específicos,*
- d. los requisitos de los registros ([véase 4.2.4](#)), y*
- e. la revalidación*

OBSERVACIONES

- No se evidencia la existencia de servicios dentro del hospital a los cuales se les pueda aplicar esta cláusula debería aplicarse.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.5.3.IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD

Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.

La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto.



Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros ([véase 4.2.4](#)).

NOTA.- En algunos sectores industriales, la gestión de la configuración es un medio para mantener la identificación y trazabilidad.

OBSERVACIONES

- Se evidencia que existe la debida trazabilidad e identificación a través de los medios adecuados en el área de farmacia, enfermería y gestión de recursos Materiales y residuos
- No se evidencia la identificación y trazabilidad que va más allá de los requisitos con el fin de recopilar datos que puedan utilizarse para la mejora dentro de los procesos administrativos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda mantener actualizada la documentación de los procedimientos de farmacia, enfermería y gestión de recursos y materiales.
- Se sugiere la posibilidad de identificar el servicio a lo largo de los procesos, a través de un sistema de control adecuado.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.5.4. PROPIEDAD DEL CLIENTE

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso, la organización debe informar de ello al cliente y mantener registros ([véase 4.2.4](#)).

OBSERVACIONES

- No se pudo evidenciar que esta clausula se aplique dentro del sistema de gestión de calidad del Hospital UTPL.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.5.5.PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO.

La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto

OBSERVACIONES

- Se evidencia la preservación adecuado de los medicamentos y debidamente documentada en el procedimiento de Gestión de recursos Materiales y residuos.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere mantener actualizada y llevar el control de cambio de este procedimiento.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

- calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación, (véase 4.2.4)*
- ajustarse o reajustarse según sea necesario,*
- estar identificado para poder determinar el estado de calibración,*
- protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición,*



- e. *protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.*

Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.

Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación ([véase 4.2.4](#))

Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar su utilización y confirmarse de nuevo cuando sea necesario.

NOTA: La confirmación de la capacidad del software para satisfacer su aplicación, prevista incluiría habitualmente su verificación y gestión de la configuración para mantener la idoneidad para su uso.

OBSERVACIONES

- Se pudo evidenciar que esta cláusula si aplica al sistema de gestión de calidad del Hospital UTPL, no disponen de equipos de medición para la realización del servicio.

RECOMENDACIONES

- Si en el futuro el Hospital UTPL decide incorporar algún equipo de medición tangible para realización del servicio, es necesario que se dé cumplimiento a los establecido en esta cláusula.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8. MEDIDA, ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO

8.1.GENERALIDADES

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para

- demostrar la conformidad del producto,*
- asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y*
- mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.*



Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.

8.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

Nota: El seguimiento de la percepción del cliente puede incluir la obtención de elementos de entrada de fuentes como las encuestas de satisfacción del cliente, los datos del cliente sobre la calidad del producto entregado, las encuestas de opinión del usuario, el análisis de la pérdida de negocios, las felicitaciones, las garantías utilizadas y los informes de los agentes comerciales.

OBSERVACIONES

- Se evidencia que la organización no realiza el seguimiento continuo de sus acciones para la mejora del desempeño, ni registra su implementación para mejoras futuras.
- No se evidencia herramientas de medición que verifiquen la exactitud e integridad de los datos.
- No se evidencia procesos para obtener fuentes de información de satisfacción del cliente.
- No se evidencia medidas de satisfacción del cliente.
- No se evidencia documentación de mediciones para la mejora del desempeño y tampoco esta implementada ninguna herramienta de comunicación de dicha información.
- No se evidencia técnicas estadísticas o de otro tipo orientadas a mejorar el desempeño del proceso y del producto.
- No se observa ningún proceso en el cual el Hospital UTPL, solicite, mida y de seguimiento a la retroalimentación de la satisfacción del cliente de manera continua.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer procesos para la medición, análisis y mejora de los productos y procesos del Hospital UTPL, según establece la norma.
- Se recomienda usar las distintas fuentes de información para la satisfacción del cliente entre las cuales pueden estar: quejas del cliente, comunicación directa.
- Se recomienda que la alta dirección se asegure de usar métodos eficaces y eficientes para identificar áreas para mejorar el desempeño del sistema de gestión de calidad.
- Se sugiere que los datos obtenidos de la medición sean usados como información y conocimiento para beneficio del Hospital UTPL.
- Se sugiere que se realice mediciones y la generación y comunicación de información como base para la mejora del desempeño y que dicha información se encuentre vigente, y claramente definido su propósito.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8.2.2. AUDITORÍA INTERNA.

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema de gestión de la calidad

- a. es conforme con las disposiciones planificadas ([véase 7.1](#)), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización, y*
- b. se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.*

Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de auditorías, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y requisitos para la planificar y la realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados.

Deben mantenerse registros de las auditorías y sus resultados ([véase 4.2.4](#))



La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación ([véase 8.5.2](#))

NOTA: Véase la Norma ISO 19011 para orientación.

OBSERVACIONES

- No se evidencia la realización de auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de calidad está conforme con las disposiciones de la norma.
- No existe evidencia de un procedimiento documentado, en donde consten las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda desarrollar un proceso de auditoría interna eficaz y eficiente para evaluar las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad.
- Se sugiere que en base a los resultados de las auditorías internas se asegure la toma de acciones de mejora.
- Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de auditorías, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.
- Deben definirse, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar de los resultados y para mantener los registros



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.

Nota: al determinar métodos apropiados, es aconsejable que la organización considere el tipo y el grado de seguimiento o medición apropiado para cada uno de sus procesos en relación con su impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y sobre la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO.

La organización debe hacer un seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas ([véase 7.1](#)). Se debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.

Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autorizan la liberación del producto ([véase 4.2.4](#)).

La liberación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas ([véase 7.1](#)), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.

OBSERVACIONES

- No se evidencia que el Hospital UTPL cuente con métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.
- No se evidencia que el Hospital UTPL mida y haga un seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer, implementar y documentar los métodos que demuestren la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.



- Se recomienda medir y hacer un seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo, según lo establece la norma.
- Se sugiere mantener evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8.3. CONTROL DE NO CONFORMIDADES.

La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer el procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme.

Cuando sea aplicable, la organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras

- a. tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;*
- b. autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;*
- c. tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente.*
- d. Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.*

Cuando se corrige un producto no conforme, debe someterse a nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Se deben mantener registros ([véase 4.2.4](#)) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.

OBSERVACIONES

- No se evidenciaron procedimientos documentados referentes al control de conformidades.
- Se evidencia mecanismos para impedir el uso o aplicación del producto no conforme.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer de manera formal el procedimientos para el control de no conformidades.
- Se recomienda mantener registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.

LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.

El análisis de datos debe proporcionar información sobre

- a. la satisfacción del cliente ([véase 8.2.1](#))*
- b. la conformidad con los requisitos del producto ([véase 8.2.4](#)).*
- c. las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas([véase 8.2.3 y 8.2.4](#)), y*
- d. los proveedores([véase 7.4](#))*

OBSERVACIONES

- No se pudo evidenciar la recopilación y análisis de los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de calidad.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda establecer, implementar y documentar los mecanismos que se utilizaran para determinar, recopilar y analizar los datos para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de calidad y establecer actividades de mejora.



LA NORMA ISO 9001:2008 ESTABLECE:

8.5.MEJORA.

8.5.1.PLANIFICACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA.

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

8.5.2.ACCIONES CORRECTIVAS

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para

- a. revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes);*
- b. determinar las causas de las no conformidades;*
- c. evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelven a ocurrir;*
- d. determinar e implementar las acciones necesarias;*
- e. registrar los resultados de las acciones tomadas ([véase 4.2.4](#)), y*
- f. revisar las acciones correctivas tomadas.*

8.5.3.ACCIONES PREVENTIVAS

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales

Debe establecer un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a. Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.*
- b. Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,*
- c. Determinar e implementar las acciones necesarias,*
- d. Registrar los resultados de las acciones tomadas ([véase 4.2.4](#)),*
- e. Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.*

OBSERVACIONES

- No se evidencia ningún mecanismo para mejorar la eficacia del sistema de gestión de la calidad.



- No se evidencia ninguna documentación donde se tomen acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.
- No se evidencia la existencia de procedimientos que aseguren que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se establezcan mecanismos adecuados para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.
- Se recomienda establecer los procedimientos necesarios para tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.
- Se recomienda que las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.
- Se recomienda establecer de acuerdo a la norma los controles, responsabilidades y autoridades que aseguren que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.



CAPITULO V: PROYECTO DE MEJORA HOSPITAL UTPL



PROYECTO DE MEJORA HOSPITAL UTPL

Las organizaciones deben mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad, basados en esta premisa durante este capítulo se presentará un proyecto de mejora continua enfocado en una estrategia para solucionar problemas con el cliente interno.

En este capítulo presentaremos la problemática actual, las posibles causas de dichas problemáticas y finalizaremos con una estrategia la cual generará aprendizaje, experiencia y se logrará fomentar la innovación y una nueva cultura de empresa basada en la formación de competencias, motivación y su orientación a resultados de sus clientes internos.

FORMULACIÓN DEL PROYECTO

“DISMINUIR LA ROTACIÓN LABORAL DEL HOSPITAL UTPL”

ANTECEDENTES

- Malestar en el cliente interno del hospital
- Retrasos en procesos del hospital UTPL
- Incremento de la carga administrativa
- Falta de continuidad en el trabajo

META

Mejorar en un 80% en el ambiente laboral y las prestaciones en el Hospital UTPL.



ALCANCE

Área de recursos humanos.

IMPACTO

- Optimizar el proceso de selección de personal
- Satisfacción del cliente interno
- Minimizar costos de desvinculación de la organización

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROYECTO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital UTPL a partir de su creación en el 2007 ha ido incrementando tanto personal en el área administrativa como asistencial, esto principalmente por incremento de actividad que se ha venido dando en las diferentes áreas asistenciales y por la necesidad de personal de apoyo en el área administrativa. La rotación de personal ha generado los siguientes problemas al hospital UTPL:

- En el área de seguros un reproceso en el pandillaje a las aseguradoras.
- En el área de enfermería reestructuración en cuanto al personal que ocupaba puestos de liderazgo.
- Costos de capacitación para el personal que ingresa.
- En general para todas las áreas sea incrementado la carga laboral para el personal que se encuentra laborando actualmente.
- Malestar en el cliente interno del hospital.
- Disminución en la eficacia por la no oportuna toma de decisiones en la parte contable.



- Retraso en el pago a proveedores y clientes externos.

Tomando en cuenta que la rotación de personal genera un costo económico para la empresa, el reducirla siempre genera un ahorro, pero ¿Cuanto debemos reducirla sin que la empresa quede estancada?, Debemos lograr quedarnos con el mejor personal para trabajar dentro de la empresa y su vez tener siempre personas con nuevas ideas; por lo que el índice de rotación de la empresa debe estar entre un 10% a un 15% para lograr un mejor desempeño empresarial.

SITUACIÓN ACTUAL

En el hospital UTPL se ha visto el incremento en la deserción del personal en el primer trimestre se registro la salida voluntaria del 16,4% del personal y un ingreso del 7,4%.

Para inicios del 2010 se contaba con 63 personas distribuidas entre la parte asistencial y administrativa. Actualmente se trabaja con 56 personas distribuidas de la siguiente manera:

<i>AREA DE TRABAJO</i>	<i>CANT PERSONAL</i>
Administrativos	22
enfermería	10
Médicos Tratantes	10
Médicos Residentes	8
Posgrados	6

Tabla 2: Personal Hospital UTPL

La deserción que se ha visto en el primer trimestre del 2010 ha sido del 18,8% incrementándose en un 15% con respecto al primer trimestre del año 2009.

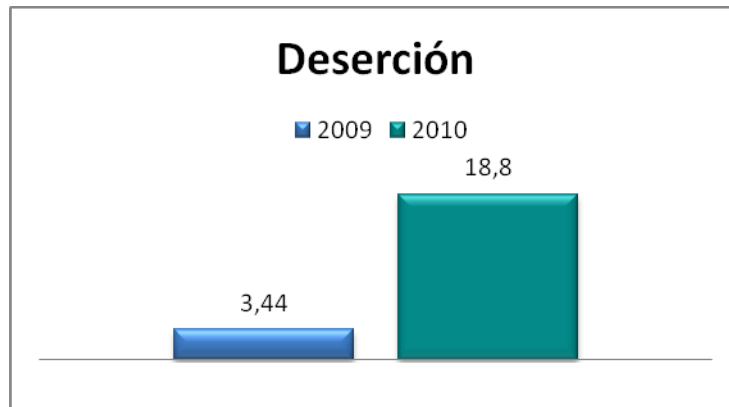


Ilustración 2: Comparativo deserción 2009-2010⁷

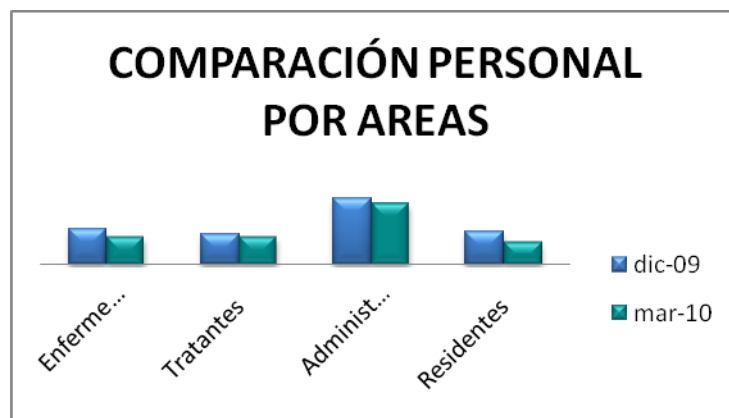


Ilustración 3: deserción Hospital UTPL por áreas⁸

ANÁLISIS DE CAUSAS

- Mejorar el ambiente de trabajo
- Implementar un sistema de incentivos para el personal
- Involucrar al personal con el hospital UTPL
- Mejora salarial
- Distribuir de la carga laboral
- Capacitaciones al personal
- Manejar procesos de recursos humanos
- Seguimiento al personal
- Estabilidad laboral
- Sistema de seguridad empresarial
- Valorar al personal del hospital
- Beneficios para el personal

⁷ Cálculo del IRP – indicador de rotación de personal.

⁸ Datos tomados de registro de asistencia personal



- Realizar un análisis del porque se han realizado la salida del personal
- Mejorar la capacidad de liderazgo en el personal
- Uso de nuevas tecnologías
- Reuniones para mejorar el ambiente de trabajo
- Manejo de procesos
- Rotación interna del personal
- Mejorar la capacidad profesional en el personal
- Cursos y especializaciones
- Manejar un proceso de selección
- Poder realizar una carrera profesional en la empresa.
- Saber que piensan y que quieren los empleados
- Distribución adecuada de turnos
- Valorar el trabajo del personal
- Optimizar la rotación de personal
- Invertir en el capital humano
- Reconocimiento del trabajo extra.
- Incrementar la capacidad de toma de decisiones en el personal
- Incrementar las oportunidades de formación de profesional



MONITOREO DE LAS CAUSAS

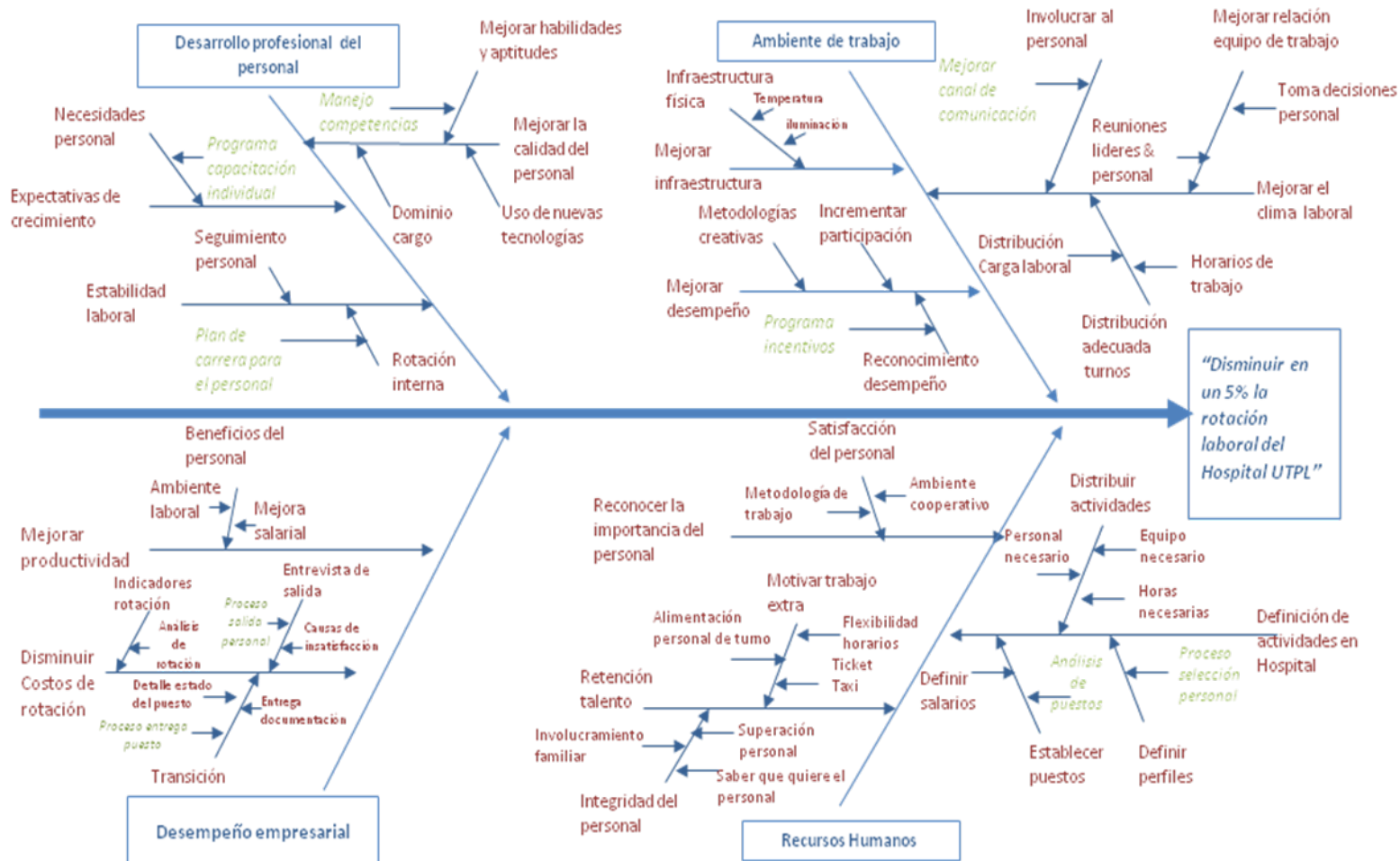


Ilustración 4: ISHIKAWA - Monitoreo causas deserción Hospital UTPL



DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS POTENCIALES

Luego de determinar las causas raíces con el diagrama de ISHIKAWA, se ha definido como las causas probables las que se muestran en la siguiente tabla. Para establecer sobre cuál de estas es prioritario trabajar se optó por la técnica del grupo nominal la misma que nos arrojó el siguiente resultado:

CAUSA RAÍZ	VOTOS																				TOTAL
<i>Mejorar canal de comunicación</i>	1	4	5	3	2	1	5	9	3	6	9	7	9	1	4	1	4	3	6	1	84
<i>Programa incentivos</i>	5	2	1	4	5	4	2	8	4	1	8	9	6	2	3	4	3	2	5	3	81
<i>Manejo competencias</i>	2	9	2	5	3	5	4	1	6	7	7	6	5	4	5	5	7	6	3	5	97
<i>Programa capacitación Individual</i>	6	3	4	1	7	2	7	7	2	2	6	5	4	5	6	6	2	7	2	7	91
<i>Plan de carrera para el personal</i>	3	1	3	2	6	6	1	5	1	3	1	4	1	3	1	3	1	5	1	2	53
<i>Proceso selección personal</i>	4	5	6	7	1	3	6	4	7	4	4	3	8	6	2	2	5	4	8	4	93
<i>Análisis de Puestos</i>	7	7	8	6	4	7	3	3	5	5	3	8	7	7	7	7	6	1	4	9	114
<i>Proceso salida personal</i>	8	6	7	9	8	9	8	2	9	8	2	1	2	9	8	8	8	9	7	8	136
<i>Proceso entrega puesto</i>	9	8	9	8	9	8	9	6	8	9	5	2	3	8	9	9	9	8	9	6	151

Tabla 3: Determinación Causas Potenciales de deserción Hospital UTPL

CAUSA RAÍZ

Para la decisión final se realizó el estudio a treinta personas del hospital UTPL, principalmente médicos residentes y personales administrativos.

Basados en este análisis se puede obtener que el plan de mejoramiento debe ir enfocado hacia la **“Elaboración de un plan de carrera para el personal dentro del Hospital UTPL”**



PROPUESTA DE ACCIÓN PARA CAUSA RAÍZ

CAUSA	SUB-CAUSA	ACCIÓN A TOMAR	RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO	RECURSOS	CRONOGRAMA DE TRABAJO												
						ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		
						1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-15	16-30	
plan de carrera para el personal dentro del Hospital UTPL	Falta de personal en RRHH para elaborar el plan	Definir el personal que laborar en el plan de carrera	RRHH	Equipo de 5 personas	Reuniones horas hombre													
	perfiles del personal	Recolectar información del personal	RRHH	Base de datos con la información actualizada	Reuniones horas hombre													
	Necesidades del personal	Entrevistas con el personal	RRHH Equipo mejoramiento	Expectativas de crecimiento laboral	Evaluador Horas - hombre													
	Estado actual del personal dentro de la institución	Analizar el estado actual contra la información recolectada	RRHH Equipo mejoramiento	Establecer orientaciones para el plan de carrera	Reuniones horas hombre													
	Personal apto para manejo de equipos	Capacitaciones en temas de trabajo en equipo	RRHH Equipo mejoramiento	Personal capacitado para roles de liderazgo	Instructores Logística Reuniones HH													
	Múltiples perfiles en el	Estratificar según carreras	RRHH Equipo	Grupo de personas para	Reuniones horas													



"ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEJORAS EN LA GESTION DE CALIDAD EN HOSPITAL UTPL"

hospital	y áreas del hospital	mejoramiento	capacitaciones	hombre															
	plan de acción según el grupo	Definir	RRHH Equipo	Plan de actividades	Reuniones														
		Socializar plan de acción	mejoramiento Personal UTPL	Reuniones	HH movilización														
		implementar	Gerencia	Especializaciones															
Seguimiento del personal	Implementar	RRHH	Conocer la situación personal																

Tabla 4: Cronograma Plan de acción para causa raíz Hospital UTPL



ANÁLISIS RESULTADO DE SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA

Durante todo el proceso se realiza el seguimiento de cada actividad propuesta, sin embargo, al finalizar este tema de investigación aun no se ha logrado una cantidad de datos aceptables para poner analizar la implementación del proyecto de mejora.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

A través del análisis realizado podemos concluir:

- Con el estudio realizado se cumplió con el objetivo del proyecto que es la realización del estudio de la situación actual, del cual se pudo formular observaciones y recomendaciones para la gestión de calidad en Hospital UTPL, conforme los estándares contenidos en la norma ISO 9001:2008.
- Así mismo en base a este estudio se pudo obtener que el plan de mejoramiento debe ir enfocado hacia la "Elaboración de un plan de carrera para el personal dentro del Hospital UTPL"
- El Hospital UTPL en la actualidad cuenta con un sistema de gestión de calidad que incluye todos los procesos administrativos incluidos los procesos de enfermería. Cuenta además con un manual de funciones y responsabilidades para cada uno de los puestos administrativos.
- A la fecha de término del análisis se pudo comprobar que no existe ningún tipo de actualización del mismo a partir de su creación, y tampoco existe un responsable del sistema de gestión de calidad.
- Durante la implantación del nuevo software se realizaron varios cambios en los procesos los cuales no se encuentran debidamente documentación.



RECOMENDACIONES

- Se recomienda tomar las acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades encontradas en el presente estudio con el fin de prevenir que vuelvan a ocurrir.
- Implementar las acciones apropiadas a los efectos de los problemas potenciales, para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.
- Se recomienda realizar estudios comparativos de procesos individuales como herramienta de mejora para la eficiencia y eficacia de los procesos.
- Se sugiere que se realice autoevaluaciones periódicamente para evaluar la madurez del sistema de gestión de calidad y el nivel de desempeño de la organización.
- Se recomienda establecer un programa de mejora continua para lograr la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- Se recomienda cumplir con el cronograma de actividades del proyecto de mejora y fomentar en base a los resultados de este una nueva cultura de empresa basada en la formación de competencias, motivación y su orientación a resultados de sus clientes internos.



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFÍA

- ISO 9001:2008, Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos Sistemas de Gestión de la calidad – Requisitos
- ISO 9001 para la pequeña empresa. Qué hacer. Recomendación del Comité Técnico ISO/TC 176, ISO, 2002.
- ISO Management Systems
- Rico, R(2001): Total Quality Management. Buenos Aires. Ediciones Macchi.
- SENLLE, Andrés (2005): ISO 9000:2000 Calidad y Excelencia, Barcelona, Editora Gestión 2000.

Sitios Web de referencia:

- <http://www.hospitalutpl.med.ec>, Febrero 2011
- <http://www.iso.org>
- <http://www.ic176.org>
- <http://www.iso.org/tc176/sc2>.
- <http://www.iso.org/tc176/ISO9001AuditingPracticeGroup>.



ANEXOS



ANEXOS

ANEXOS I: ORGANIGRAMA HOSPITAL UTPL

