

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Antecedentes**

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia; actualmente, atiende una demanda de la población Colombiana que se asentado en nuestro país; el Área de Consulta Externa presta servicios de salud de segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia.

#### **¿Qué es un hospital y cuáles son sus funciones?**

En términos generales, Hospital es el establecimiento público que se ocupa del diagnóstico de las enfermedades y del tratamiento y cuidado de los enfermos.

Oficialmente, el Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil conceptúa al “hospital” sosteniendo que es parte integrante de una organización médica y social, cuya función básica consiste en proporcionar a la población asistencia médica completa, tanto curativa como preventiva, bajo cualquier forma de atención, inclusive domiciliaria, cuyos servicios externos llegan hasta el ámbito familiar, constituyéndose también en centros de educación y capacitación de recursos humanos y de investigaciones en salud, así como la orientación de los pacientes en esta materia, correspondiéndole, asimismo, supervisar y orientar a los establecimientos de salud vinculados a éste técnicamente.

Basado en el concepto anterior, el Dr. Lima Goncalves agrupa las funciones hospitalarias en las siguientes:

- a) Prestación de atención médico y complementaria a los enfermos en régimen de internación;
- b) Desarrollo, siempre que sea posible, de actividades de naturaleza preventiva; y
- c) Participación en programas de naturaleza comunitaria procurando abarcar el contexto socio – familiar de los pacientes, incluyendo la educación en salud, que comprende la divulgación de los conceptos de promoción, protección y prevención de la salud.

**LIMA GONÇALVES, E.:** El Hospital – Empresa: Revista RAE • v. 39 • n. 1 • Enero./Marzo. São Paulo, Brasil, 1999.

Las palabras hospital, hotel, huésped, hospedería, hostería y hospicio provienen todas ellas de una raíz común: la palabra latina "**hospes**", huésped, en su doble aceptación de comensal y hospedero. Antes del cristianismo existían hospitales en diferentes lugares de la tierra. En la actualidad, nadie duda que el mejor lugar donde acudir si uno está seriamente enfermo, es un hospital. El hospital está reconocido socialmente como la institución central de la atención médica, independientemente del status social y económico del enfermo.

## **1.2. El Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la Ciudad de Ibarra**

En términos generales, la consulta externa “es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento

*Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidad”.*

El Área de Consulta Externa está ubicado en la Planta baja del Hospital y tiene a su disposición 26 consultorios, 28 Médicos, 2 Enfermeras, 8 Auxiliares de Enfermería, 2 Auxiliar Administrativo de Salud. El horario asignado a los profesionales médicos y enfermeras en las diferentes especialidades es de 8h00 a 12h00 en Medicina Interna; de 05h00 a 10h00, en Pediatría y Ginecología; y de 10h00 a 12h00, para las demás especialidades.

La Institución cuenta con una Asignación Presupuestaria anual entregada por el Estado más el presupuesto obtenido por cogestión y autogestión. La Consulta Externa ha venido trabajando con todos los elementos físicos, administrativos, humanos y económicos que dispone el Hospital; sin embargo, hace falta implementar una comunicación e información adecuada, una estrategia organizativa, trabajo en equipo, estadística formal, una evaluación de desempeño, así como, capacitación permanente al Personal; que permita mejorar la calidad de atención al paciente o usuario.

El Servicio cuenta con una Enfermera Líder de Equipo con un horario de 05h00 a 14h00 horas, al momento con capacitación en la Especialidad de Gerencia en Salud y Desarrollo Local, además, un sistema informativo diario por cada profesional médico o personal de enfermería en donde se registran las actividades realizadas, documentos que permiten evaluar la productividad, sin embargo de que esta información, no ha sido difundida ni en el Servicio ni en la Institución de manera oportuna.

### **1.2.1. Integración del Área de consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra**

#### **MÉDICOS**

Las siguientes especialidades

- Medicina interna
- Medicina general
- Neurología
- Gastroenterología
- Alergología
- Psiquiatría
- Psicología

#### **CIRUGÍA:**

Las siguientes especialidades

- Cirugía general
- Traumatólogos
- Oftalmólogo
- Otorrinolaringólogo
- Urólogo
- Cirujano plástico
- Gineco-Obstetricia
- Pediatría

#### **PERSONAL DE ENFERMERÍA**

- Enfermera Líder de equipo con Maestría en Gerencia en Salud
- Enfermera de Control y Vigilancia Epidemiológico con Maestría en Salud Pública
- Auxiliares de enfermería
- Personal Auxiliar Administrativo de Salud

## **1.2.2. Necesidades del Área de consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra**

Según índices de enfermería

Se necesita: 3 enfermeras de planta y 5 auxiliares.

Los ausentismos programados y no programados, tanto de profesionales como de no profesionales, nunca son cubiertos,

Respecto del Personal Auxiliar Administrativo de Salud, en ausentismos nunca se cubre este faltante.

## **1.3. La Calidad del servicio**

### **1.3.1. Conceptos de Calidad**

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios.

Según el español Dr. Rafael Torregrosa Sánchez, el significado literal de la palabra “**calidad**” es de aptitud o adecuación al uso, señalando que se dice que un producto o servicio “**es de calidad**” cuando satisface las necesidades del cliente o usuario en función de parámetros como:

- **Seguridad:** que es el producto o servicio que confieren al cliente
- **Fiabilidad o capacidad:** que tiene el producto o servicio para cumplir las funciones especificadas sin fallo y por un período determinado de tiempo.

- Servicio o medida en que el fabricante o distribuidor responden caso de fallo del producto o servicio.

**TORREGROSA SÁNCHEZ, Raúl:** Calidad, concepto y generalidades. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España, 2006.

Al analizar el Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria de la República de Chile, el Ministerio de Salud de dicho país entiende por “calidad de la atención en salud”: ***“la entrega de servicios que satisfacen las expectativas y necesidades de los actores involucrados en los procesos de atención en salud”***.

**BRENNER, Pola:** PECAH Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria, Ministerio de Salud de la República de Chile

Básicamente, la norma ISO9001, son un conjunto de reglas de carácter social y organizativo para mejorar y potenciar las relaciones entre los miembros de una organización. Cuyo último resultado, es mejorar las capacidades y rendimiento de la organización, y conseguir un aumento por este procedimiento de la calidad final del producto. Las normas ISO 9001 básicamente, son un conjunto de reglas de carácter social y organizativo orientadas a mejorar y potenciar las relaciones entre los miembros de la organización, con el objetivo de suministrar un servicio que, de manera consistente, cumpla con las reglamentaciones y los requisitos de los clientes, incluyendo la prevención de no-conformidades y el proceso de mejora continua.

### **1.3.2. Principios de Gestión de Calidad**

En particular la Norma ISO 9001 2000 se plantea como un modelo de referencia para los sistemas de gestión de calidad de las empresas y que a su vez es utilizado como requisito contractual por muchos clientes hacia sus

proveedores de manera directa o a través de organismos de certificación. Por lo anterior todas las empresas, y en este caso nuestra organización, deben evaluar la conveniencia y necesidad de ajustarse a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001. Necesario es señalar que la adopción de un sistema de gestión de calidad es una decisión estratégica de una organización.

Las normas ISO son parámetros de carácter internacional emitida por la Organización Internacional de Normalización (ISO), cuya sede se encuentra en Ginebra, Suiza. La oficina encargada de las mismas series de normas adecuada a la región latinoamericana es la Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT). En esta nueva versión, las normas ISO 9001 se fundamentan en los ocho principios de administración de la calidad, de alto nivel, que reflejan las mejores prácticas de administración.

**Estos ocho principios son:**

#### **1.3.2.1. Enfoque al cliente**

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes. La razón de ser de las organizaciones son sus clientes, sin clientes una organización no tiene sentido.

Las organizaciones dependen de sus clientes (pacientes) y por lo tanto comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

La organización depende del cliente, en el caso de nuestro servicio, una mala atención implicará un grave problema de incumplimiento por parte del Estado del derecho humano a la salud y la calidad de vida de la población.

Cumplir con los requerimientos del cliente;

- Direccionar para exceder las expectativas del cliente;
- Comunicar a través de la organización las necesidades y expectativas del cliente;
- Medir la satisfacción del cliente y actuar sobre los resultados;
- Asegurar que los objetivos y metas de la organización están relacionados con las necesidades y expectativas del cliente;
- El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio;
- El mejor modo de mantener la fidelidad y retener al cliente, así como incrementar la participación en el mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.

### **1.3.2.2. Liderazgo**

Los líderes establecen unidad de propósito y dirección a la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en la consecución de los objetivos de la organización.

El concepto de liderazgo está intrínsecamente asociado al de organización. Para que una organización funcione hace falta que sus líderes visualicen lo que quieren hacer, que tengan una idea más allá de qué vamos a hacer esta mañana. Las estrategias las desarrolla el equipo directivo, los que toman las

decisiones al más alto nivel, y deben asumir ellos el papel de líder de la organización.

Un líder no debe entenderse como una persona que da órdenes, sino como una persona que tiene claro lo que se ha de hacer y que sirve de guía a los demás. La consecución de los objetivos de la organización es tanto más exitosa cuanto mejores son sus líderes.

Los líderes, son los encargados de movilizar y encauzar los esfuerzos de la organización. Deben de ser un ejemplo y referente para el resto de miembros de la organización. Planean y desarrollan el plan estratégico de la empresa. y tienen la obligación de transmitir su impulso al resto de la organización.

### **1.3.2.3. Participación del personal**

El personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.

La aplicación del principio de participación del personal, impulsa a las siguientes acciones:

- Aceptar sus competencias y la responsabilidad en la resolución de problemas.
- Identificar las limitaciones en su trabajo.
- Evaluar su actuación de acuerdo a sus objetivos y metas personales.
- Búsqueda activa de oportunidades para aumentar sus competencias, conocimiento y experiencias.
- Compartir libremente conocimientos y experiencias.
- Comprender su contribución en la organización.

**Beneficios clave:**

- Un personal motivado, involucrado y comprometido con la empresa
- Contribución del personal en la mejora de la política y estrategia de la empresa.
- Todo el mundo deseará participar y contribuir en la mejora continua.

**1.3.2.4. Enfoque basado en procesos**

Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso. Tanto la planificación como los procedimientos a aplicar deben establecerse en función de los procesos a ejecutar. El análisis de los procesos y su secuencia debe proporcionar información para definir cómo queremos que sean las entradas y salidas de los procesos que están interrelacionados, qué recursos necesitan, cómo los vamos a controlar, la ISO 9001:2000 desarrolla este concepto en sus “Requisitos generales”.

El sistema por procesos, es más fácil de implementar, y más económico de mantener en correcto funcionamiento. Tiene la ventaja, de que aunque un proceso afecte al resto de procesos. Es más sencillo cambiar o mejorar el proceso, o partes de la cadena de procesos, sin que el resto de procesos se vea afectado de forma negativa por la transformación. La responsabilidad de la mejora del proceso, corresponde a los integrantes del proceso, con la ayuda de toda la organización.

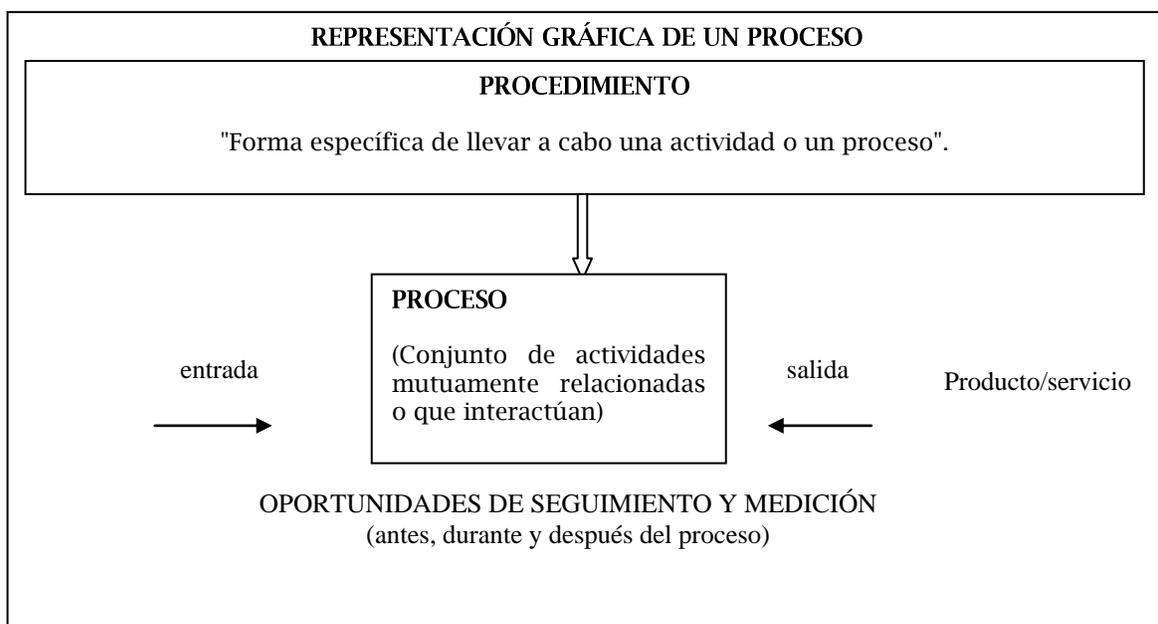
La aplicación del principio del enfoque a procesos conduce a las siguientes acciones:

- Definir el proceso para lograr el resultado deseado.
- Establecer responsabilidades claras y dar indicaciones para gestionar los procesos.
- Comprender y medir la capacidad de las actividades clave.
- Identificar las interfaces del proceso con las funciones de la organización.
- Enfocar la gestión sobre factores tales como, recursos, métodos y materiales que mejorarán las actividades clave de la organización.
- Evaluar riesgos, consecuencias e impactos en los clientes, proveedores y otras partes interesadas.
- Identificar los clientes internos y externos, proveedores de los procesos.

**Beneficios clave:**

- Capacidad para reducir los costes y acortar los ciclos de tiempo a través del uso efectivo de recursos.
- Resultados mejorados, consistentes y predecibles.
- Permite la definición de nuevos objetivos y metas.

Cuadro No.1



### 1.3.2.5. Gestión enfocada en sistemas

Como definición de sistema se puede decir que **es un conjunto de elementos con relaciones de interacción e interdependencia que le confieren entidad propia al formar un todo unificado. Un sistema puede ser cualquier objeto, cualquier cantidad de materia, cualquier región del espacio, etc., seleccionado para estudiarlo y aislarlo (mentalmente) de todo lo demás. Así todo lo que lo rodea es entonces el entorno o el medio donde se encuentra el sistema.**

Según la Cámara de Comercio de Madrid: *“Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objetivo dado, mejora la eficacia y eficiencia de una organización. La aplicación del principio de enfoque del sistema hacia la gestión conduce a las siguientes acciones:*

- *Determinar un sistema estructurado para alcanzar los objetivos de la organización de la forma más eficaz.*
- *Comprender las interdependencias existentes entre los diferentes procesos del sistema.*
- *Definir cómo las actividades específicas dentro del sistema deberían de funcionar y establecerlo como objetivo.*
- *Mejorar continuamente el sistema a través de la medición y la evaluación.*

#### **Beneficios clave:**

- *La habilidad para enfocar los esfuerzos en los procesos principales.*
- *Proporcionar a las partes interesadas clave, confianza en la efectividad y eficacia de la organización”.*

### **1.3.2.6. Mejora continua**

La mejora continua debería ser un objeto permanente de la organización. La autosatisfacción está reñida con la calidad. La organización debe realizar esfuerzos continuados por ser mejor, ya que una organización que no evoluciona hacia la mejora de todas sus partes, inexorablemente cambiará a peor (su calidad disminuirá con el tiempo). El contexto de las organizaciones está en continuo cambio, lo que antes al cliente le parecía bien, ahora no lo es. La mejora de las organizaciones está relacionada con la mejora de nuestro nivel de vida. La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de toda empresa.

La aplicación del principio de mejora continua, según la Cámara de Comercio de Madrid, conduce a las siguientes acciones:

- *Aplicar un enfoque consistente a toda la organización para la mejora continua.*
- *Suministrar al personal de la organización formación en los métodos y herramientas de mejora continua.*
- *Hacer que la mejora continua de productos, procesos y sistemas sea un objetivo para cada persona dentro de la organización.*
- *Definir criterios de mejora y evaluarlos para detectar nuevas áreas de mejora.*
- *Conocer las mejoras.*

**Beneficios clave:**

- *Incrementar la ventaja competitiva a través de la mejora de las capacidades organizativas.*
- *Flexibilidad para reaccionar rápidamente a las oportunidades*
- *Definición de objetivos y metas realistas y desafiantes.*

Sanchís Pérez, Alfredo: ¿Es válida la **ISO 9001: 2000** como herramienta estratégica de **Mejora Continua**? [www.camaramadrid.es/lindex.php?elem=415&sec=6](http://www.camaramadrid.es/lindex.php?elem=415&sec=6)

El objetivo de la mejora continua del sistema de gestión de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

Las siguientes son acciones destinadas a la mejora:

- a. análisis y evaluación de la situación existente para identificar áreas para la mejora, el establecimiento de los objetivos para la mejora;
- b. la búsqueda de posibles soluciones para lograr los objetivos;
- c. la evaluación de dichas soluciones y su selección;
- d. la implementación de la solución seleccionada;
- e. la medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación para determinar que se han alcanzado los objetivos,
- f. la formalización de los cambios.

Los resultados se revisan, cuando es necesario, para determinar oportunidades adicionales de mejora. De esta manera, la mejora es una actividad continua. La información proveniente de los clientes y otras partes interesadas, las auditorías, y la revisión del sistema de gestión de la calidad pueden, asimismo, utilizarse para identificar oportunidades para la mejora.

### **1.3.2.7. Toma de decisiones basadas en hechos**

Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y de la información. La toma de decisiones basadas en suposiciones conllevan un riesgo elevado, ya que es añadir incertidumbre a un acto que ya es de por sí arriesgado: decidir. Las organizaciones deben contar con un sistema de gestión que genere información de forma natural (sin esfuerzo suplementario) y que su tratamiento permita extraer conclusiones acerca de la situación real de la organización y su entorno. En la época de la información, una organización no debe permitirse el lujo de renunciar a ella o desaprovecharla. Cuanto mejor sea la información mejores serán las decisiones.

### **1.3.2.8. Relación mutuamente beneficiosa**

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y unas relaciones mutuamente beneficiosas intensifican la capacidad de ambos para crear valor. En la relación con los proveedores, las tensiones, disputas y enfrentamientos no rendirán nunca beneficios, sino pérdidas. Las organizaciones deben esforzarse por establecer relaciones de mutua confianza con sus proveedores ya que esta situación aumenta la capacidad de ambos para crear valor. Las dificultades de los proveedores repercuten negativamente tarde o temprano en los clientes de éstos

### **1.3.3. Calidad total**

La calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está localizado hacia el cliente.

La calidad total no solo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es la mejoría permanente del aspecto organizacional, gerencial; tomando una empresa como una máquina gigantesca, donde cada trabajador, desde el gerente, hasta el funcionario del más bajo nivel jerárquico están comprometidos con los objetivos empresariales.

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

La norma ISO 9001, es un método de trabajo, que tiene por objeto mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor, persiguiendo la calidad total. La versión actual, la **ISO 9001:2000** ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad.

Los principios fundamentales de este sistema de gestión son los siguientes:

- Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la empresa (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin).
- Total compromiso de la Dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo.
- Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo hacia una Gestión de Calidad Total.

- Involucración del proveedor en el sistema de Calidad Total de la empresa, dado el fundamental papel de éste en la consecución de la Calidad en la empresa.
- Identificación y Gestión de los Procesos Clave de la organización, superando las barreras departamentales y estructurales que esconden dichos procesos.
- Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos objetivos sobre gestión basada en la intuición. Dominio del manejo de la información.

### **1.3.4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

#### **1.3.4.1. Requisitos generales**

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

La organización debe:

- a) Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización
- b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos 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 y el análisis de estos procesos, y
- 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 requisitos de esta norma internacional. En los 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 control sobre dichos procesos contratados externamente debe estar identificado dentro del sistema de gestión de la calidad.

#### **1.3.4.2. Requisitos de la documentación**

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

- a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
- b) Un manual de la calidad
- c) Los procedimientos documentados requeridos en esta norma internacional,
- d) Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos, y
- e) Los registros requeridos por esta norma internacional (véase 4.2.4).

**NOTA 1.** Cuando aparezca el término “procedimiento documentado” dentro de esta norma internacional, significa que el procedimiento se ha establecido, documentado, implementado y mantenido.

**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 interacciones, y
- c) La competencia del personal.

**NOTA 3.** La documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio.

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

#### **1.3.5.1. 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.

#### **1.3.5.2. Control de los registros**

Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el

almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

#### **1.4. Definición ISO 9001-2000**

##### **Generalidades**

Con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, y con algunos antecedentes en los sectores nuclear, militar y de automoción, en 1987 se publican las Normas ISO 9000, un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el Aseguramiento de la Calidad de los procesos. De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

En los últimos años se está poniendo en evidencia que no basta con mejoras que se reduzcan, a través del concepto de Aseguramiento de la Calidad, al control de los procesos básicamente, sino que la concepción de la Calidad sigue evolucionando, hasta llegar hoy en día a la llamada Gestión de la Calidad Total. Dentro de este marco, la Norma ISO 9000 es la base en la que se asientan los nuevos Sistemas de Gestión de la Calidad.

##### **1.4.1. La norma ISO 9001 – 2000**

La norma ISO 9001, es un método de trabajo que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad, basándose en principios básicos de la gestión de la calidad, las que, a la larga, son reglas de carácter social encaminadas a mejorar la marcha y funcionamiento de una organización mediante la mejora de sus relaciones internas. Estas normas, han de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumidor.

La Norma ISO 9001 especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

La norma ISO 9001:2000, establece los requisitos de un sistema de Gestión de calidad, para el desarrollo de estos requisitos es necesario referirse específicamente a la Norma ISO 9001:2000, señalando en cada tema a tratar cada uno de los sub títulos que trata la referida norma.

Primeramente, a modo de aclaración cualquier referencia al vocablo “producto” habrá de entenderse, atendida la naturaleza de la organización que se analiza a los “servicios”. Asimismo, se deja constancia que en los diversos subtítulos a tratar se especificarán los números con que se identifica a estos en la norma ISO 9001:2000.

## **1.4.2. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN**

### **1.4.2.1. 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 una política de la calidad,
- c) asegurando que se establecen los objetivos de la calidad
- d) llevando a cabo las revisiones por la dirección, y
- e) asegurando la disponibilidad de recursos.

### **1.4.2.2. 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 cliente

### **1.4.3. Política de la calidad**

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la 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 la 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.

### **1.4.4. Planificación**

#### **1.4.4.1. Objetivos de la calidad**

La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos 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.

#### **1.4.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad**

La alta dirección debe asegurarse de que:

- a) La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados , 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 de éste.

#### **1.4.4.3. Responsabilidad, autoridad y comunicación**

##### **Responsabilidad y autoridad**

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

##### **Representante de la dirección**

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

- a) Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de la gestión de la 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.

#### **1.4.4.4. 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.

#### **1.4.4.5. Revisión por la dirección**

##### **Generalidades**

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, 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.

#### **1.4.4.6. Información para la revisión**

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

- a) Resultados de auditorías
- b) Retroalimentación del cliente
- c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto
- d) Estado de las acciones correctivas y preventivas

- e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas
- f) Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, y
- g) Recomendaciones para la mejora.

#### **1.4.4.7. 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 en relación con los requisitos del cliente, y
- c) Las necesidades de recursos.

### **1.5. GESTIÓN DE LOS RECURSOS**

#### **1.5.1. 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.

#### **1.5.2. Recursos humanos**

##### **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.

### **1.5.2.1. 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) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas
- d) Asegurarse 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, habilidades y experiencia.

### **1.5.3. 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) Equipos para los procesos, (tanto hardware como software) y
- c) Servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación).

### **1.5.4. Ambiente de trabajo**

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

## **1.6. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DE SERVICIO**

### **1.6.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio**

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.

### **1.6.2. Procesos relacionados con el cliente**

#### **1.6.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto**

La organización debe 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 necesarios para el uso especificado 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.

#### **1.6.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el servicio**

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un servicio al cliente y debe asegurarse de que:

- a) Están definidos los requisitos del servicio

- 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.

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 servicio, la organización debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.

### **1.6.2.3. Comunicación con el cliente**

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

- a) La información sobre el producto
- b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y
- c) La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas

### **1.6.3. Diseño y desarrollo**

#### **1.6.3.1. 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.

#### **1.6.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo**

Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y mantenerse registros. Estos elementos de entrada deben incluir:

- a) Los requisitos funcionales y de desempeño
- b) Los 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.

### **1.6.3.3. Resultados del diseño y desarrollo**

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de tal manera que permitan 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 desarrollo deben:

- a) Cumplir con 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.

### **1.6.3.4. Revisión del diseño y desarrollo**

En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.

- a) Evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, e
- b) Identificar cualquier problema y proponer las 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.

#### **1.6.3.5. Verificación del diseño y desarrollo**

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado 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.

#### **1.6.3.6. Validación del diseño y desarrollo**

Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado 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.

#### **1.6.3.7. Control de los cambios del 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 el producto ya entregado.

Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.

## **1.6.4. Compras**

### **1.6.4.1. Proceso de compras**

La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados. El tipo y alcance 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 reevaluación. Deben mantenerse registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.

### **1.6.4.2. Información sobre 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.

### **1.6.4.3. Verificación de los productos 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 compras las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.

### **1.6.4.4. Producción y prestación del servicio posventa**

### **1.6.4.5. Control de la producción y prestación del 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 adecuado,
- d) La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición,
- e) La implementación del seguimiento y de la medición, y
- f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.

#### **1.6.4.6. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio**

La organización debe validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. Esto incluye a cualquier proceso en el que las deficiencias se hagan aparentes 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), y
- e) La revalidación.

#### **1.6.4.7. 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.

Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar y registrar la identificación única del producto (véase 4.2.4).

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

#### **1.6.4.8. 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. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso debe ser registrado (véase 4.2.4) y comunicado al cliente.

#### **1.6.4.9. Preservación del producto**

La organización debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto.

#### **1.6.4.10. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN**

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento 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.

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.

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.

## **1.7. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

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

- a) Demostrar la conformidad del servicio
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) 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.

## **1.7.1. Seguimiento y medición**

### **1.7.1.1. 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.

### **1.7.1.2. Auditoría interna**

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 auditoría, 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 dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se toman acciones 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.

### **1.7.1.3. 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, para asegurarse de la conformidad del producto.

### **1.7.1.4. Seguimiento y medición del servicio**

La organización debe medir y hacer un seguimiento de las características del servicio 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.

Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto.

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

### **1.7.1.5. Control del servicio no conforme**

La organización debe tratar los productos no conforme 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 originalmente previsto.

Se deben mantener registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.

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

Cuando se detecta un producto no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la organización debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad.

#### **1.7.1.6. Análisis de 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 donde 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
- b) la conformidad con los requisitos del servicio
- c) las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas,  
y

d) los proveedores.

## **1.7.2. Mejora**

### **1.7.2.1. 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.

### **1.7.2.2. Acción correctiva**

La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva 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 vuelvan a ocurrir
- d) determinar e implementar las acciones necesarias,
- e) registrar los resultados de las acciones tomadas, y
- f) revisar las acciones correctivas tomadas.

### **1.7.2.3. Acción preventiva**

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 establecerse 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, y
- e) revisar las acciones preventivas tomadas.

### **1.7.3. AUDITORIA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Para la adecuada aplicación de una Auditoría de Calidad, se basa en lo establecido en la Norma ISO 19011: 2002, denominada Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiental.

Algunos términos utilizados en esta Norma Internacional los recogemos a continuación:

**Auditoría:** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

**Criterios de auditoría:** conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

**Evidencia de la auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. La evidencia de auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa

**Hallazgos de la auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

**Conclusiones de la auditoría:** resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

### **1.7.3.1. Principios de Auditoría**

Los principios siguientes se refieren a los auditores:

**Conducta ética-** *el fundamento de la profesionalidad.* La confianza, integridad, confidencialidad y discreción son esenciales para auditar.

**Presentación ecuánime—** *la obligación de informar con veracidad y exactitud.* Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría reflejan con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría. Se informa de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado.

**Debido cuidado profesional** - *la aplicación de diligencia y juicio al auditar.* Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas. Un factor importante es tener la competencia necesaria.

Los principios de auditoría que siguen se refieren a la auditoría, la cual es por definición independiente y sistemática:

**Independencia** - la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría.

Los auditores son independientes de la actividad que es auditada y están libres de sesgo y conflicto de intereses. Los auditores mantienen una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados sólo en la evidencia de la auditoría.

**Enfoque basado en la evidencia** - el método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiable y reproducible en un proceso de auditoría sistemático.

La evidencia de la auditoría es verificable. Está basada en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado y con recursos finitos. El uso apropiado del muestreo está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

### **1.7.3.2. Organización Internacional para la Normalización.**

La Organización ISO está compuesta por tres tipos de miembros:

- **Miembros natos**, uno por país, recayendo la representación en el organismo nacional más representativo.

- **Miembros correspondientes**, de los organismos de países en vías de desarrollo y que todavía no poseen un comité nacional de normalización. No toman parte activa en el proceso de normalización pero están puntualmente informados acerca de los trabajos que les interesen.
- **Miembros suscritos**, países con reducidas economías a los que se les exige el pago de tasas menores que a los correspondientes.

## 1.8. DE LA CALIDAD EN SALUD

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas, -atis* y significa ***propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.***

**Donabedian** define la calidad en salud como “el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud”, y plantea que la calidad de la atención se puede abarcar desde el esquema de estructura (Cantidad y calidad de los recursos humanos y materiales, y su organización), proceso (Actividades y decisiones realizadas para atender al paciente o población, y lo que los pacientes hacen en el curso de una determinada experiencia asistencia), y resultados.. Variación del nivel de salud y satisfacción del paciente o población con relación a la atención recibida). También ha señalado tres elementos de la asistencia sanitaria, que son fundamentales para la calidad de la atención; dimensión interpersonal, dimensión técnica y el entorno. Por lo tanto, bajo la concepción de **Donabedian**, la satisfacción del usuario sería una de las resultantes dentro del modelo de calidad de la atención en salud.

A objeto de clarificar los conceptos del presente capítulo se ha estimado necesario definir qué se entiende por “diagnóstico” y “servicio”.

DIAGNÓSTICO: Según el Dr. Armando Malebranch Eraso: “El diagnóstico, como lo han explicado hasta la saciedad expertos de diferentes disciplinas, es el proceso mediante el cual se llega a descubrir las causas de los problemas que tiene o presenta aquello que se diagnostica, que puede tratarse de cualquier persona, animal, cosa y fenómeno, o de cualquier sistema, al que en general se denomina “sujeto de diagnóstico”.

Finalmente, entendemos por “servicio” un conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades de un cliente. Se define un marco en donde las actividades se desarrollarán con la idea de fijar una expectativa en el resultado de éstas. Es el equivalente no material de un bien

## **CAPÍTULO II**

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

#### **2.1. Antecedentes**

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura; el Área de Consulta Externa presta servicios de salud de segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia y actualmente, atiende una demanda de la población Colombiana que se asentado en nuestro país.

El Área de Consulta Externa está ubicado en la Planta baja del Hospital y tiene a su disposición 26 consultorios, 28 Médicos, 2 Enfermeras, 8 Auxiliares de Enfermería, 2 Auxiliar Administrativo de Salud. El horario asignado a los profesionales médicos y enfermeras en las diferentes especialidades es de 8h00 a 12h00 en Medicina Interna; de 08h00 a 10h00, en Pediatría y Ginecología; y de 10h00 a 12h00, para las demás especialidades.

La Institución cuenta con una Asignación Presupuestaria anual entregada por el Estado más el presupuesto obtenido por cogestión y autogestión. La Consulta Externa ha venido trabajando con todos los elementos físicos, administrativos, humanos y económicos que dispone el Hospital; sin embargo, hace falta implementar una comunicación e información adecuada, una estrategia organizativa, trabajo en equipo, estadística formal, una evaluación de desempeño, así como, una capacitación permanente al Personal; que permita mejorar la calidad de atención al paciente o usuario.

## **2.2. Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la situación actual del servicio de consulta externa en el Hospital San Vicente de Paul

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar los aspectos más importantes de los procesos de gestión que realiza el área de Consulta Externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta.
2. Determinar los aspectos organizativos e infraestructura del área de Consulta Externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta.
3. Identificar los procesos de producción del servicio que realiza el área de Consulta externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta.
4. Comprobar el grado de aceptación del usuario para determinar la imagen que proyecta.
5. Determinar y el nivel de satisfacción del paciente, respecto del servicio que presta el área de Consulta Externa.

### 2.2.1. Variables

- Procesos de Gestión
- Organización e infraestructura
- Producción del servicio
- Satisfacción del paciente
- Nivel de aceptación

Variables	indicadores
PROCESO DE GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planificación</li><li>• Identificación</li><li>• Documentación</li><li>• Mejora continua</li><li>• Responsabilidad</li></ul>
PRODUCCIÓN DEL SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Empatía</li><li>• Valoración clínica</li><li>• Prescripción médica</li><li>• Efectividad farmacológica</li></ul>
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención</li><li>• Conformidad</li><li>• Oportunidad</li></ul>
NIVEL DE ACEPTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Satisfacción</li><li>• Interés</li><li>• Aprobación</li></ul>

## 2.2.2. Matriz de Relación Diagnóstica

### MATRIZ DE RELACIÓN DIAGNÓSTICA

OBJETIVO DIAGNÓSTICO	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	PÚBLICO
Determinar los aspectos más importantes de los procesos de gestión que realiza el área de Consulta Externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta	Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación</li> <li>• Identificación</li> <li>• Documentación</li> <li>• Mejora continua</li> <li>• Responsabilidad</li> </ul>	Entrevista Encuesta Encuesta Encuesta, entrevista Encuesta	Líder de Consulta Externa
Determinar los aspectos organizativos e infraestructura del área de Consulta Externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta	Estructura organizacional Estructura física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección</li> <li>• Distribución de espacio físico</li> <li>• Disponibilidad de equipos</li> </ul>	Encuesta, entrevista Encuesta Encuesta	Pacientes o usuarios
Identificar los procesos de producción del servicio que realiza el área de Consulta externa para tener una visión de la calidad de los servicios que oferta	Producción del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía</li> <li>• Valoración clínica</li> <li>• Prescripción médica</li> <li>• Efectividad farmacológica</li> </ul>	Encuesta	Pacientes o usuarios
Comprobar el grado de aceptación del usuario para determinar la imagen que proyecta	Satisfacción del usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Conformidad</li> <li>• Oportunidad</li> </ul>	Encuesta Encuesta Encuesta	Pacientes o usuarios
Determinar y el nivel de satisfacción del paciente, respecto del servicio que presta el área de Consulta Externa	Nivel de aceptación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción</li> <li>• Interés</li> <li>• Aprobación</li> </ul>	Encuesta, entrevista Encuesta, entrevista Encuesta, entrevista	Pacientes o usuarios

## 2.3. Población y muestra

### Determinación de la Población

Para determinar la población se ha tomado como base a los pacientes atendidos de la provincia de Imbabura, Carchi, Pichincha, Esmeraldas y Extranjeros que se expone:

Pacientes.....	:	12.354	es	100%
		Imbabura	=	10.590
		Carchi	=	1.000
		Pichincha	=	505
		Esmeraldas	=	239
		Extranjeros	=	20

### Cálculo de la Muestra

Para la obtención de la muestra se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{N \cdot \partial^2 \cdot Z^2}{(N - 1)E^2 + \partial^2 \cdot Z^2}$$

**Donde:**

N = Población

$\partial^2$  = varianza 0,5

$Z^2$  = confianza 1,96

(N-1) corrección de la población

$E^2$  = Error admisible 0,05

$$n = \frac{12354 * 0.5^2 * 1.96^2}{(12354 - 1) * 0.05^2 + 0,9604}$$

$$n = \frac{11864,78}{30,8825 + 0,9604} = \frac{11864,78}{31,8429}$$

$$n = 372,60$$

$$n = 373$$

Calculo de los informantes por estratos

estrato	población	constante	estrato de muestra
Imbabura	10.590	0,03019265	320
Carchi	1.000	0,03019265	30
Pichincha	505	0,03019265	15
Esmeraldas	239	0,03019265	7
Extranjeros	20	0,03019265	1
Total	12354	0,03019265	373

## **2.4. Evaluación de la Información**

**Encuestas dirigidas a los pacientes o usuarios.** Se practicó a los 373 pacientes o usuarios atendidos.

### **OBJETIVO DE LA ENCUESTA**

El objetivo de la encuesta fue obtener información precisa acerca si la atención a los pacientes fue satisfactoria y si se cuenta con los medios adecuados para dar un buen servicio.

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS**

En cuanto a las encuestas, se escogió un número de trescientas sesenta y tres (373) personas, se realizó del 15 al 30 de octubre, y fue dirigida a los pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa, utilizando el sistema de la entrevista cerrada, es decir, aquel donde las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas por el encuestado.

## 2.4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 2.4.1.1 Análisis e Interpretación de datos de la Encuesta

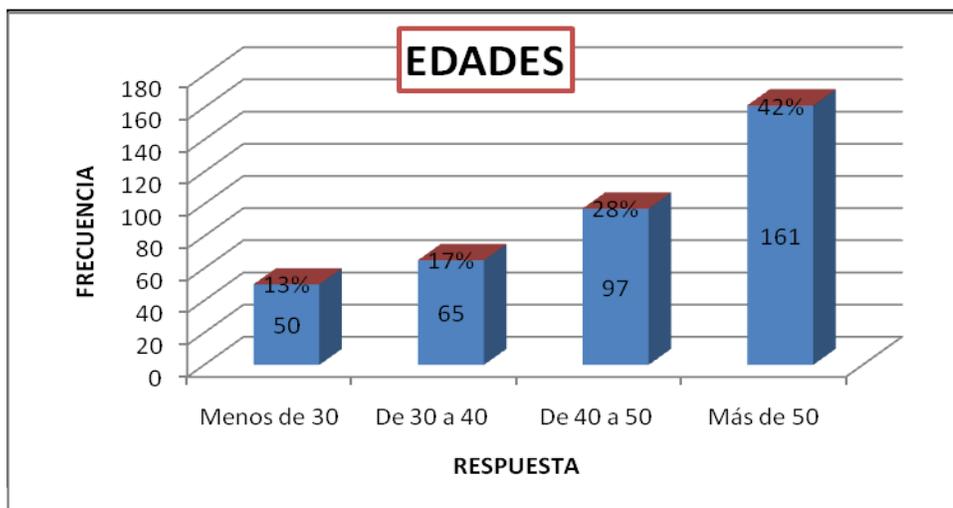
1.- Su edad se encuentra comprendida entre:

**Cuadro N° 2**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Menos de 30	50	13%
2. De 30 a 40	65	17%
3. De 40 a 50	97	28%
4. Más de 50	161	42%
TOTAL =	373	100,00 %

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 2: Edades**



### 1.1 Análisis y Interpretación

Como puede apreciarse en el cuadro N° 1 mayoritariamente los pacientes, en un 70% son mayores de 40 años

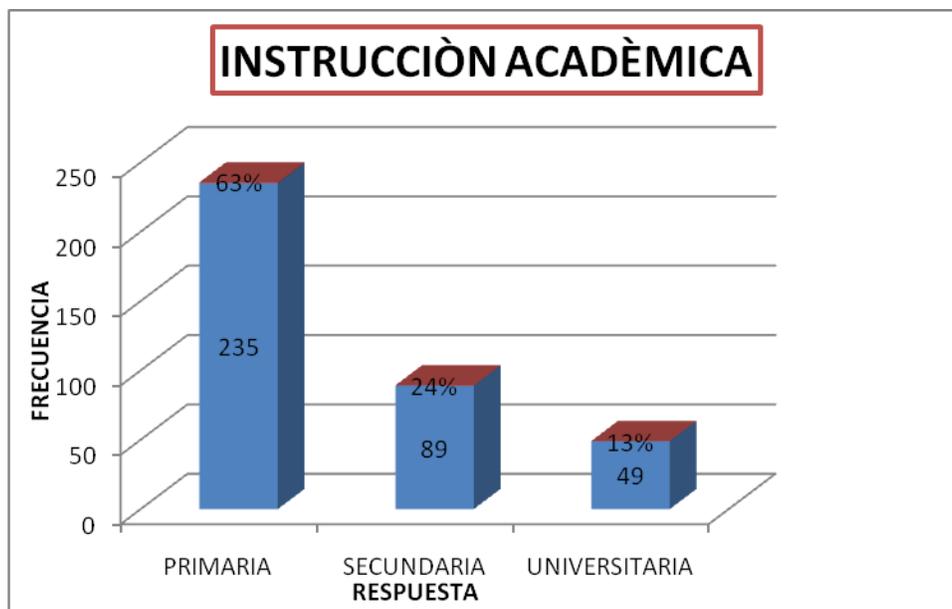
## 2.- Su instrucción académica es:

**Cuadro N° 3**

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	235	63%
SECUNDARIA	89	24%
UNIVERSITARIA	49	13%
TOTAL =	373	1

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 3**



### 2.1 Análisis y Interpretación

Mayoritariamente, El 63% de los pacientes atendidos tiene instrucción primaria

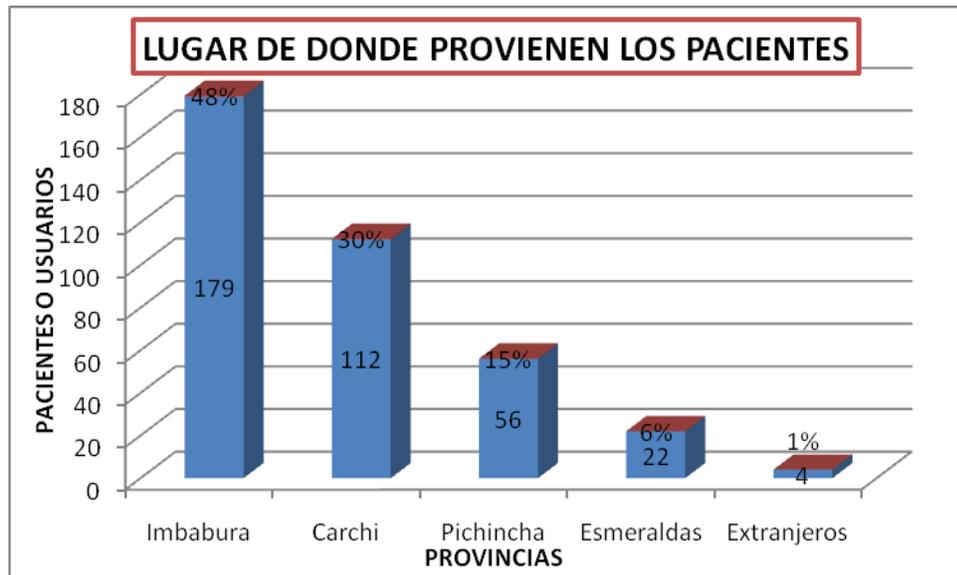
### 3.- ¿De qué lugar proviene?

**Cuadro N° 4**

PROVINCIA	PACIENTES O USUARIOS	PORCENTAJE
Imbabura	179	48%
Carchi	112	30%
Pichincha	56	15%
Esmeraldas	22	6%
Extranjeros	4	1%
<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100,00%</b>

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 4**



#### 3.1 Análisis y Interpretación

Como puede apreciarse casi en un 48% los pacientes son de la provincia de Imbabura, siguiendo 30% pacientes de la Provincia del Carchi, luego, la Provincia de Pichincha con un 15%, a continuación, Esmeraldas con un 6,78%. Finalmente, el número de extranjeros no excede de 1%.

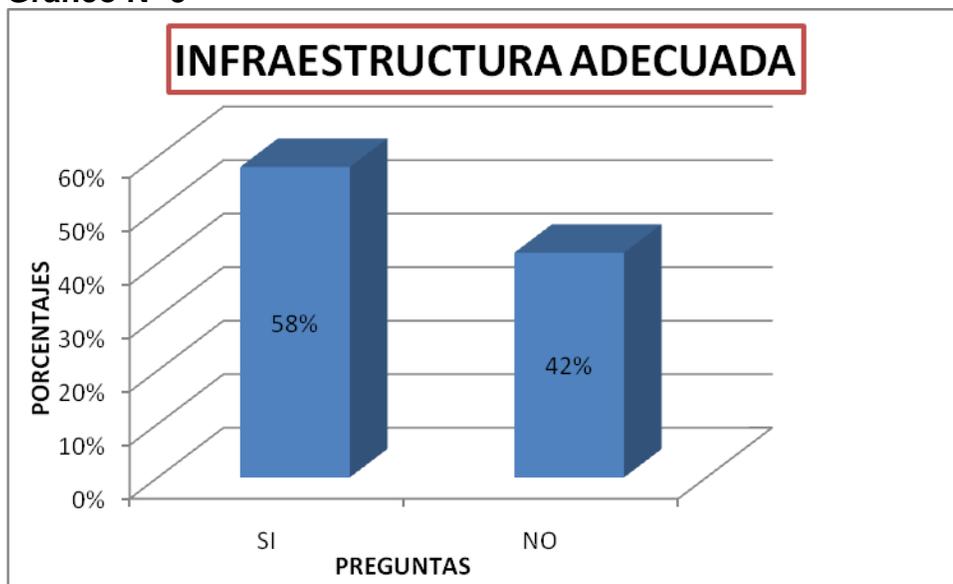
**4.- ¿Considera usted que es adecuada la infraestructura del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul?**

**Cuadro N° 5**

	Frecuencia	%
Si	216	58%
No	157	42%
Total	373	1

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 5**



**4.1 Análisis y Interpretación**

La percepción de los ciudadanos encuestados, sobre la infraestructura, mayoritariamente 58% expresa que si es adecuada, mientras que el 42% que manifestó que no es adecuada. Lo que se infiere que algún problema tuvo en la atención misma; como falta de una sala de espera.

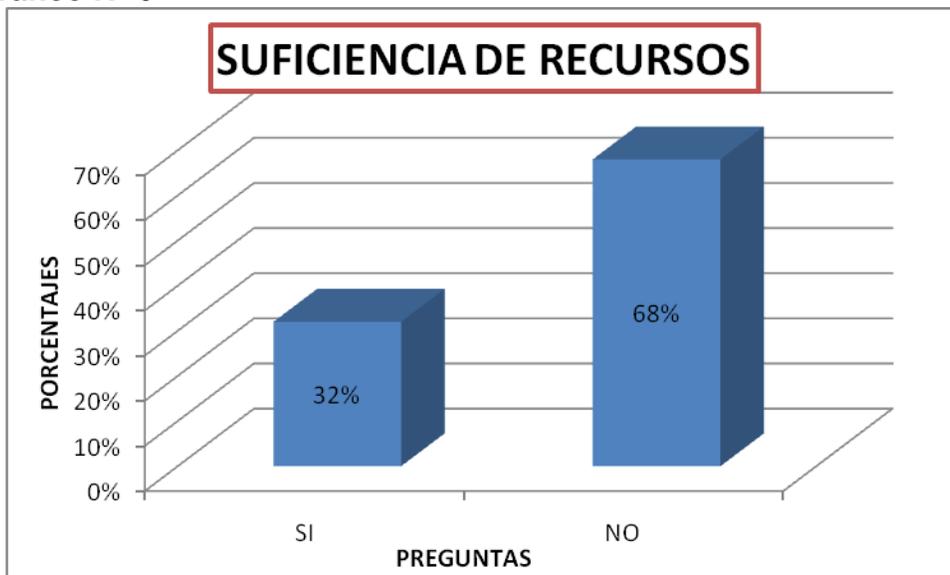
5. ¿Cree Usted que los recursos utilizados para prestar una atención satisfactoria a los pacientes o usuarios son suficientes?

Cuadro N° 6

SI	NO
32%	68%

FUENTE: Encuesta  
Autora: Paola Rhea

Gráfico N° 6



### 5.1 Análisis y Interpretación

Guiándose más por percepciones personales que por datos estadísticos se produjo este resultado por parte de los encuestados, quienes señalaron mayoritariamente 68% que los recursos, que se utiliza para la atención al público, no son suficientes.

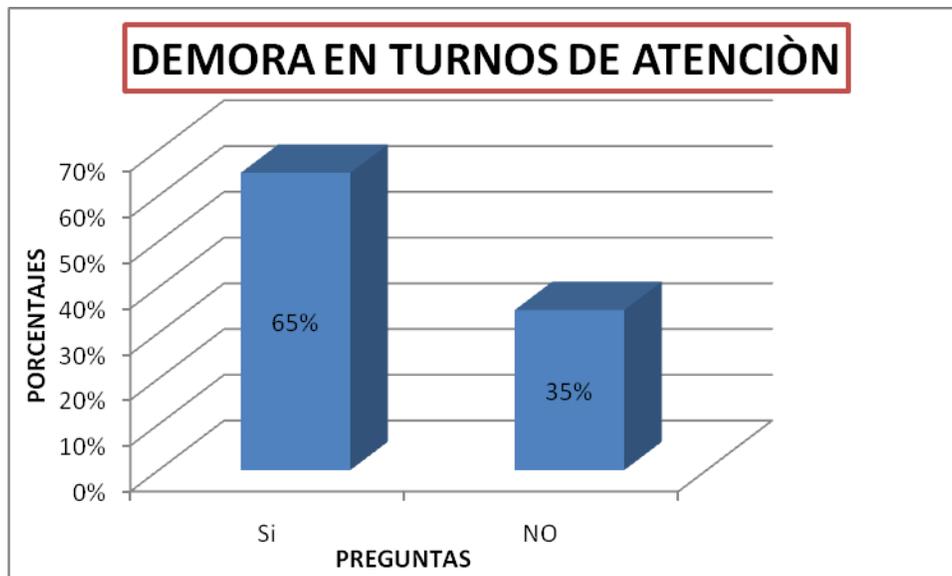
**6.- ¿Existe demora entre la entrega de turnos y la atención prestada?**

**Cuadro N° 7**

Si	NO
65%	35%

**FUENTE:** Encuesta  
**Autora:** Paola Rhea

**Gráfico N° 7**



**6.1 Análisis y Interpretación**

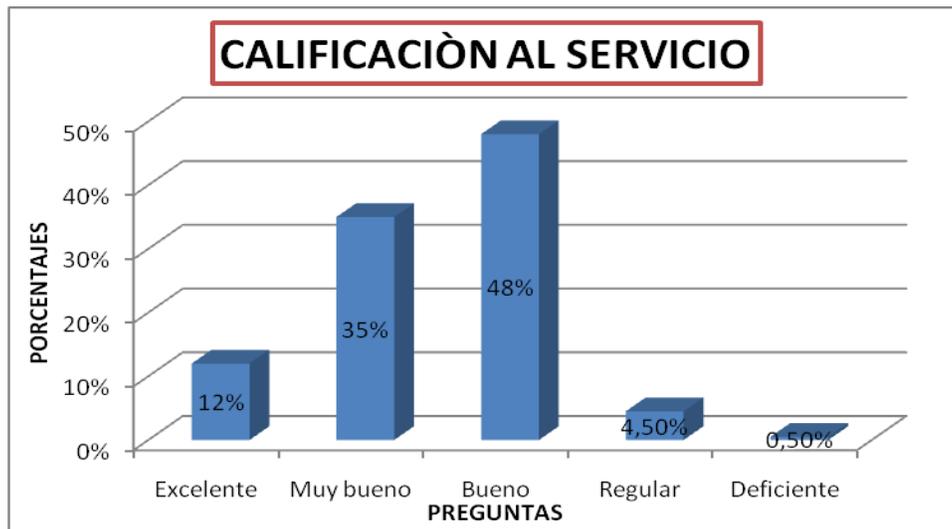
Mayoritariamente en un 65%, la respuesta fue que existe demora en la entrega de turnos y en la atención al paciente,

**7.- En relación al tratamiento dado a los pacientes o usuarios por parte del personal administrativo del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul ¿Cómo lo calificaría?:  
Cuadro N° 8**

<b>1. Excelente</b>	<b>12%</b>
<b>2. Muy bueno</b>	<b>35%</b>
<b>3. Bueno</b>	<b>48%</b>
<b>4. Regular</b>	<b>4,5%</b>
<b>5. Deficiente</b>	<b>0,5%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 8**



**7.1 Análisis y Interpretación**

Un 48% de los pacientes, califica como buena la relación con los usuarios; mientras la minoría 0.5% lo hace como deficiente; de lo que se infiere que la percepción del tratamiento que se da a los pacientes en el servicio de consulta externa constituye una fortaleza.

8. En relación al tratamiento dado a los pacientes o usuarios por **parte de los profesionales de la Salud que le atienden en el Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul ¿Cómo lo calificaría?**:

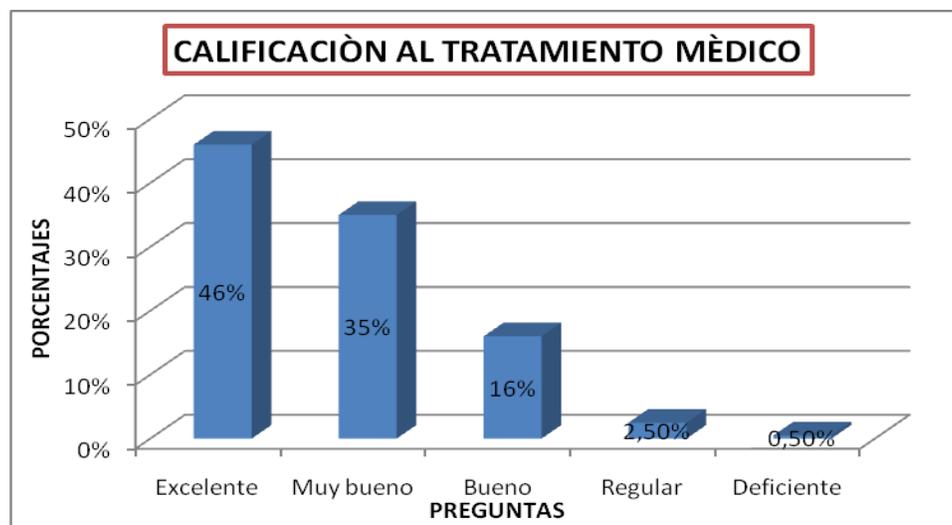
**Cuadro Nº 9**

<b>1. Excelente</b>	<b>46%</b>
<b>2. Muy bueno</b>	<b>35%</b>
<b>3. Bueno</b>	<b>16%</b>
<b>4. Regular</b>	<b>2,5%</b>
<b>5. Deficiente</b>	<b>0,5%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta

**Autora:** Paola Rhea

**Gráfico Nº 9**



### **8.1 Análisis y Interpretación**

Los encuestados, en su mayoría relativa 46% califican, como excelente, el tratamiento dado a los pacientes en el servicio Médico.

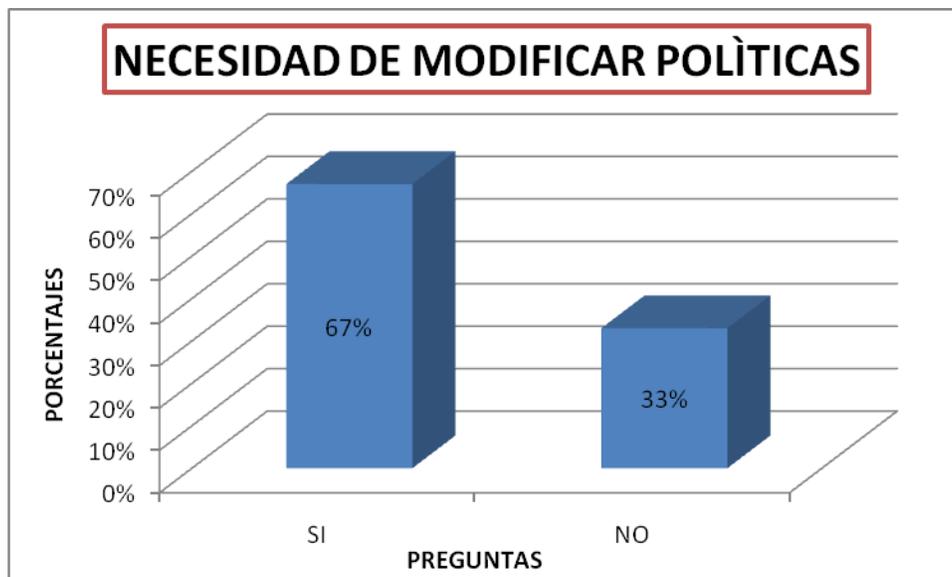
9. ¿Cree que es necesaria la modificación de las políticas de atención existentes para mejorar la atención a pacientes o usuarios?

Cuadro N° 10

SI	NO
67%	33%

FUENTE: Encuesta  
Autora: Paola Rhea

Gráfico N° 10



### 9.1 Análisis y Interpretación

El 67% estimaron que sí es necesaria la modificación de las políticas de atención existentes para mejorar la atención a pacientes.

**10. De ser positiva su respuesta ¿cómo cree que podría mejorarse la atención a los pacientes o usuarios?**

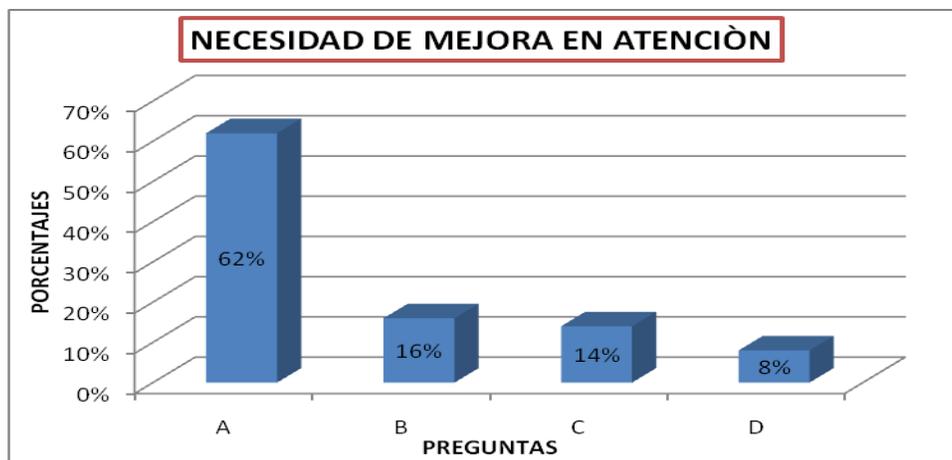
- a. Distribución de turnos
- b. Mejorar el espacio físico para su funcionamiento, como poner cerámicos en las paredes para facilitar su limpieza y desinfección, cambiar los pisos de vinilo por otros de mejor calidad, eliminar las filtraciones de agua, etc.
- c. Aumentar el espacio físico
- d. Mejorar el mobiliario existente para las salas de espera

**Cuadro N° 11**

Alternativa a)	Alternativa b)	Alternativa c)	Alternativa d)
62%	16%	14%	8%

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 11**



**10.1 Análisis y Interpretación**

Un 62% manifestó la necesidad de mejorar la distribución de Turnos; 16% el espacio físico y la presentación; por lo que se considera una oportunidad del área de consulta externa. Se sugiere modificar la distribución de turnos a los médicos, permanencia de profesional en el consultorio, cumplimiento de horarios, entre otras.

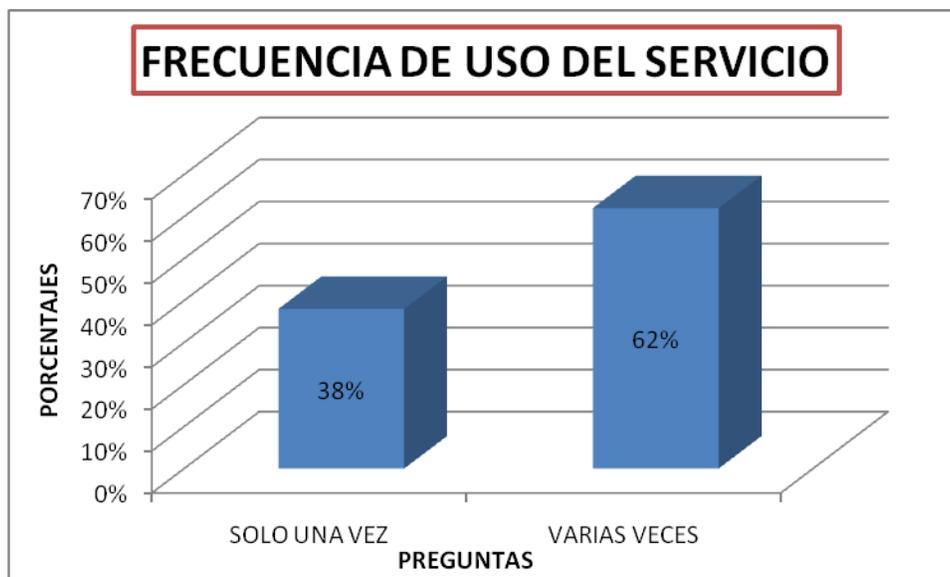
**11. ¿Ha sido atendido en una o en varias oportunidades en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul?**

**Cuadro N° 12**

<b>SOLO UNA VEZ</b>	<b>VARIAS VECES</b>
<b>38%</b>	<b>62%</b>

**FUENTE:** Encuesta  
Autora: Paola Rhea

**Gráfico N° 12**



**11.1 Análisis y Interpretación**

La gran mayoría de los encuestados, un 62%, se ha atendido varias veces en el consultorio. Respecto de personas que se atendían por primera vez, alcanzaron a un 38%,

**12. ¿Por qué, siendo de las provincias de Carchi, Esmeraldas y Pichincha, prefiere atenderse en el servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?**

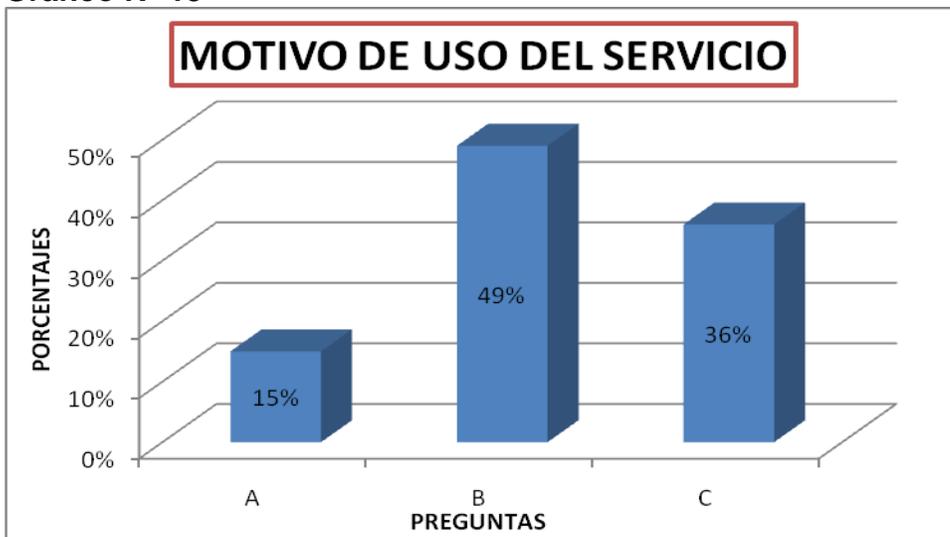
- a. Por su mayor cercanía
- b. Por su mejor atención
- c. Por conocer de su eficiencia

**Cuadro Nº 13**

Alternativa a)	Alternativa b)	Alternativa c)
15%	49%	36%

**FUENTE:** Encuesta  
**Autora:** Paola Rhea

**Gráfico Nº 13**



**12.1 Análisis y Interpretación**

Mayoritariamente los encuestados se pronunciaron en un 49% que acuden al servicio de consulta externa del Hospital San Vicente de Paul, por la mejor atención que reciben en el consultorio, siguiéndole a este segmento un 36% que se pronunció por la eficiencia del servicio, para, finalmente, percibir que un 15% se prefería atender por la cercanía del consultorio. **Por lo que se considera una fortaleza La preferencia por mejor atención.**

### 2.4.1.2. FODA DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Buena la relación con los usuarios.</li> <li>➤ atención que reciben en el consultorio cuenta con el personal adecuado para desarrollar de una manera eficiente la atención a pacientes.</li> <li>➤ Los profesionales dentro de la gama de posibilidades dan una atención adecuada.</li> <li>➤ El personal tiene un nivel de instrucción superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modificación de las políticas de atención existentes</li> <li>➤ Mejorar el espacio físico para su funcionamiento</li> <li>➤ Incrementar la capacitación de los funcionarios para alcanzar mejores niveles de eficiencia</li> <li>➤ Implementación de programas de mejoramiento de la calidad de atención a pacientes y usuarios para mejorar al funcionamiento del Centro</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de una sala de espera.</li> <li>➤ Los recursos, para la atención al público, son insuficientes</li> <li>➤ Demora en la entrega de turnos y en la atención al paciente,</li> <li>➤ No existe un buen ambiente de trabajo.</li> <li>➤ Falta de personal de enfermería para atender la demanda de pacientes.</li> <li>➤ Falta de capacitación continúa para un mejor funcionamiento del servicio.</li> <li>➤ Poca comunicación entre las autoridades, los profesionales y los funcionarios</li> <li>➤ infraestructura inadecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta recursos para corregir Las fallas estructurales en el área de consulta externa</li> <li>➤ Insuficiente presupuesto para contratar personal.</li> <li>➤ Peligro de violentar los derechos laborales del personal</li> <li>➤ Falta de un reglamento interno del servicio de consulta externa para mejorar la calidad de atención a los pacientes.</li> </ul>

## **2.4.2. LA ENTREVISTA**

Procedí a entrevistar a la líder de Consulta Externa Lic. Graciela Torres, en el Hospital San Vicente de Paul, situándome frente a la investigada y formulándole preguntas, pretendiendo que a partir las respuestas y mediante los datos de interés formular el respectivo FODA, siendo primordial la apreciación de la líder señalada para la fundamentación del presente trabajo.

En consecuencia y basada en lo anteriormente expuesto, procedí a entrevistar a la líder de Consulta Externa, bajo el siguiente formulario de entrevista:

**1. ¿Existen programas de mejoramiento de atención los pacientes?.**

**SI**  **NO**

R: NO

**2. En caso de respuesta afirmativa, indicar cuáles son?. Si no existen estos programas, según su criterio ¿cuáles serían las alternativas y medidas que se deberían tomar para mejorar la calidad de atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?**

R: Son programas de Control de la tuberculosis, Programa VIH – SIDA – ETTS, Programa de grupos de autoayuda (diabetes, hipertensión, mediciones de estándares de calidad materno infantil)

**3. De los programas de mejoramiento que se plantea implementar ¿cuál sería el que debería aplicarse de inmediato para que se notara un mejoramiento sustancial en la calidad de atención los pacientes o**

**usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?**

R: Deberían implementarse estándares de calidad en todas las especialidades.

- 4. Como funcionario (a) público (a) señale una sugerencia mejorar la calidad de atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra**

R: Puntualidad y cordialidad

- 5. ¿Cuáles son las causas internas y externas que afectan negativamente la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?**

R: La impuntualidad de los médicos y la idiosincrasia de la gente.

- 6. ¿Cree Usted que en este último tiempo de acuerdo a las estadísticas y a su experiencia la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra han bajado o aumentado?**

R: El número de atenciones ha subido en un 30% , la calidad no se ha medido

- 7. ¿Existe suficiente presupuesto del Estado ecuatoriano destinado a la mejoría de la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra han bajado o aumentado?**

R: Han aumentado

**8. El Estado ecuatoriano ¿se ha preocupado en los últimos años de la mejoría de la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?. Enumere, de existir, cuáles son las políticas de mejoría que se ha llevado a efecto en beneficio del Centro y de los pacientes o usuarios**

a) Ir eliminando poco a poco el pago por las atenciones prestadas

b) Proveer de medicamentos e insumos

**9. ¿Cómo encuentra la infraestructura del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?. En caso de que su respuesta sea positiva señale las razones de ello o si existen deficiencias, indique cuáles son.**

El espacio físico al momento ya es insuficiente debido a que la distribución de carga horaria de los médicos está sobrecargada de 10:00 a 12:00 hrs.

**10. Recomendaciones y sugerencias del (la) Funcionario (a) entrevistado (a)**

- Reajustes en horario médicos para atención continua las 8 horas
- Aumentar modulares con asientos en sala de espera
- Redistribución del consultorio según su especialidad en el área
- Crear y aplicar estándares de calidad para todas las atenciones médicas.

#### **2.4.2.1. ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA**

La entrevista presenta un diagnóstico claro de la actual situación existente en el Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, radicando sus principales problemas en la impuntualidad de los médicos y las pocas horas que éstos tienen asignadas para la atención al público, ya que esta insuficiencia provoca congestión que, desgraciadamente afectan el normal funcionamiento que una institución pública debe tener.

Asimismo, la infraestructura denota insuficiencia, especialmente en lo relacionado con la redistribución del consultorio con su especialidad en el área, ya que si existe una gran sala de espera, tomando como ejemplo, la nueva pandemia existente, basta que un afectado por esa enfermedad haga antesala para una atención médica en la actual sala de espera, para que se produzca un contagio masivo de insospechadas consecuencias.

Eficiencia operativa, higiene y flexibilidad son algunas de las características fundamentales para que un centro de salud opere con buenos resultados, todo esto entra en la estructuración de un buen planteo arquitectónico para los centros hospitalarios, cosa que se trata de cubrir al máximo en nuestro Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, que presenta idénticos problemas que se observan a nivel mundial, puesto que los sistemas de salud enfrentan hoy importantes desafíos. Entre ellos la crisis de personal sanitario, la falta de recursos financieros, y la dificultad en la implementación efectiva de políticas sanitarias equitativas. La salud es, además, uno de los temas más urgentes en la agenda del desarrollo. Tan alarmante es la situación en tantas partes del mundo, que tres de los ocho Objetivos del Milenio para el Desarrollo refieren a la salud. No obstante, en este caótico escenario general, algunas prácticas pueden son

destacables. Entre ellos, el sistema de salud de Francia, distinguido por la Organización Mundial de la Salud como el mejor sistema de salud.

En términos generales nuestro Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra tiene su principal problema en la carencia de recursos financieros, que tiene su impacto negativo en la calidad de servicios de salud médica en el sector público, pese a la significativa mejoría este último tiempo. Los médicos y personal del centro tienen un alto nivel de presión en su tiempo y recursos y esto influye en la calidad de sus servicios. La demanda de atención sobrepasa la capacidad de oferta de servicios.

#### 2.4.2.2. FODA DE LA ENTREVISTA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confianza de los pacientes al incrementar 30% en uso del servicio.</li> <li>➤ Completa Gratuidad en las consultas y provisión de fármacos.</li> <li>➤ El Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra cuenta con el personal adecuado para desarrollar de una manera eficiente la atención a pacientes o usuarios.</li> <li>➤ Los profesionales dentro de la gama de posibilidades dan una atención adecuada.</li> <li>➤ Existe un buen ambiente de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provisión de insumos</li> <li>➤ Incrementar la capacitación de los funcionarios para alcanzar mejores niveles de eficiencia</li> <li>➤ Implementación de programas de mejoramiento de la calidad de atención a pacientes y usuarios para mejorar al funcionamiento del Centro</li> </ul>

<p>trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El personal tiene un nivel de instrucción superior</li> </ul>	
<p><b>DEBILIDADES</b></p>	<p><b>AMENAZAS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de personal médico en especialidades ya que existe gran demanda de pacientes.</li> <li>➤ Espacio físico insuficiente</li> <li>➤ Sobrecarga horaria de los médicos</li> <li>➤ No hay estándares de medición de calidad</li> <li>➤ Falta de puntualidad</li> <li>➤ Poca cordialidad de personal.</li> <li>➤ No hay programas de mejora en la atención a pacientes</li> <li>➤ Poca comunicación entre las autoridades de salud, los profesionales y los funcionarios.</li> <li>➤ Falta control al personal médico en el cumplimiento del horario de trabajo.</li> <li>➤ Falta de un reglamento interno del servicio de consulta externa para mejorar la calidad de atención a los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presupuesto Inestable</li> <li>➤ Retaliaciones políticas</li> <li>➤ No creación de partidas para profesionales en especialidades</li> <li>➤ Desfases en la provisión de insumos</li> <li>➤ No provisión de presupuesto para mejora de la infraestructura</li> </ul>

**Antecedentes:** Con la recopilación de las encuestas más la entrevista se ha realizado la Matriz F.O.D.A. GENERAL la misma que se detalla de la siguiente manera:

### 2.4.3. FODA GENERAL

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra cuenta con el personal adecuado para desarrollar de una manera eficiente la atención a pacientes o usuarios.</li> <li>➤ Los profesionales dentro de la gama de posibilidades dan una atención adecuada.</li> <li>➤ Existe un buen ambiente de trabajo</li> <li>➤ El personal tiene un nivel de instrucción superior.</li> <li>➤ Confianza de los pacientes al incrementar 30% en uso del servicio.</li> <li>➤ Completa Gratuidad en las consultas y provisión de fármacos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incrementar la capacitación de los funcionarios para alcanzar mejores niveles de eficiencia.</li> <li>➤ Implementación de programas de mejoramiento de la calidad de atención a pacientes y usuarios para mejorar al funcionamiento del Servicio.</li> <li>➤ Provisión de insumos.</li> <li>➤ Modificación de las políticas de atención existentes.</li> <li>➤ Mejorar el espacio físico para su funcionamiento.</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de personal de enfermería y médico ya que existe gran demanda de pacientes y no hay presupuesto, para contratar más personal.</li> <li>➤ Falta de capacitación continúa para un mejor funcionamiento del servicio.</li> <li>➤ No existe una adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presupuesto Inestable</li> <li>➤ Retaliaciones políticas</li> <li>➤ No creación de partidas para profesionales en especialidades</li> <li>➤ Desfases en la provisión de insumos</li> <li>➤ Falta recursos para corregir Las fallas estructurales en el área de consulta externa.</li> </ul>

<p>infraestructura para efectuar el trabajo, las dependencias adolecen de graves fallas estructurales que deben subsanarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sobrecarga horaria de los médicos</li> <li>➤ No hay estándares de medición de calidad</li> <li>➤ Falta de puntualidad</li> <li>➤ Poca cordialidad de personal.</li> <li>➤ No hay programas de mejora en la atención a pacientes</li> <li>➤ Poca comunicación entre las autoridades de salud, los profesionales y los funcionarios.</li> <li>➤ Falta control al personal médico en el cumplimiento del horario de trabajo.</li> <li>➤ Falta de un reglamento interno del servicio de consulta externa para mejorar la calidad de atención a los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Insuficiente presupuesto para contratar personal.</li> <li>➤ Peligro de violentar los derechos laborales del personal.</li> </ul>
---	--

#### **2.4.4. CRUCES ESTRATÉGICOS FA – FO – DO**

##### **FORTALEZAS – AMENAZAS**

- Siendo mayoritariamente positiva la percepción que existe en los pacientes acerca de la óptima calidad de la atención del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, se precisa mejorar sustancialmente la infraestructura del Servicio, como son las reparaciones y ampliación de las mismas.

##### **FORTALEZAS – OPORTUNIDADES**

- La buena percepción de los pacientes, debe propender a que se aumenten los recursos o se destinen mayoritariamente para obtener mejores niveles de eficiencia que influyan mejoramiento de la calidad de atención a pacientes y usuarios.

##### **DEBILIDADES – OPORTUNIDADES**

- Las fallas de infraestructura y de reducido espacio físico deben ser subsanadas mediante la orientación de los recursos, lo que redundará en una mejor calidad y mayor seguridad para los pacientes.

#### **2.4.5. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DIAGNÓSTICO**

Sobre la base del análisis que se ha realizado a través de las encuestas y la matriz FODA se ha podido determinar que el problema principal para que exista un desempeño eficiente y un mejoramiento en la calidad de la atención de los pacientes y usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, radica principalmente en que no hay estándares de medición de calidad, falta personal médico y de enfermería, falta capacitación continua para un mejor funcionamiento del servicio, poca comunicación entre las autoridades de salud, los profesionales y los funcionarios, falta de un reglamento interno del servicio de consulta externa para mejorar la calidad de atención a los pacientes el mejoramiento de la infraestructura del mismo, falta de puntualidad y cordialidad, que constituyen las principales debilidades sin perjuicio de la implementación de planes continuos de capacitación para que aumente la calidad de la atención, la cual ha sido calificada positivamente por las 373 personas encuestadas.

Por lo expuesto considero que es necesario el desarrollo y aplicación del presente proyecto denominado "SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NORMAS ISO 9001-2000 DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL".

## **CAPÍTULO III PROPUESTA**

### **Introducción**

La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad necesariamente debe partir de la alta administración. El éxito de este proceso depende fundamentalmente del involucramiento y compromiso de la dirección y posteriormente, basará su estrategia en la identificación, entrenamiento y consolidación del recurso humano del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, este proceso además deberá adaptarse a la realidad de nuestro servicio, tomando en cuenta que la institución tiene diferentes características, problemas, situaciones, objetivos y recursos.

La presente investigación se desarrollará porque es necesario reforzar la administración integral de los riesgos de liquidez, mercado, crédito y operativo que permita identificar, medir, controlar/mitigar y monitorear los riesgos, como elemento fundamental de un administración preventiva que reduzca la posibilidad de pérdidas e incremente la eficiencia y efectividad del servicio.

### **3.1. Objeto**

El presente estudio se realiza con el propósito de diseñar, establecer, documentar, implantar, mantener y mejorar un Modelo de Procesos según la norma ISO 9001000, con el fin de mejorar la eficacia de los procesos, subprocesos y actividades del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul.

Buscar la mejora continua de los índices de desempeño e indicadores de gestión, poniendo especial énfasis en las actividades que puedan agregar valor a los procesos que son parte de la institución.

Para cumplir con el propósito de mejorar la calidad y productividad del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, se determinará: los diagramas de flujo, interrelaciones, secuencias, responsabilidades y los documentos, así como también los criterios y métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces que permitan lograr una adecuada prestación de servicios tanto a todos quienes recurren a nuestros servicios.

#### **3.1.1. Alcance del sistema de calidad:**

El Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul se aplica para la sección de Estadística en cuanto al proceso de atención al público, en la preparación a los pacientes para que reciban la atención en el consultorio médico establecido de destino; el servicio médico en el consultorio; seguimiento post -consulta a fin de lograr la satisfacción del usuario.

### **3.2 Términos y definiciones**

#### **Terminología**

- **Manual de Procesos:** documento administrativo en el que se expone, en forma pormenorizada, los pasos a seguir para ejecutar un determinado tipo de trabajo y la metodología a utilizarse en cada caso.

- **Proceso:** es el conjunto de actividades que transforman insumos en productos o servicios con valor para el paciente.
- **Insumo:** es el conjunto de materiales, datos o información que sirve como entrada a un proceso.
- **Proceso crítico:** es el indispensable para la continuidad del servicio y las operaciones de la institución controlada, y cuya falta de identificación o aplicación deficiente puede generarle un impacto negativo.
- **Actividad:** es el conjunto de tareas.
- **Tarea:** es el conjunto de pasos que conducen a un resultado final visible y medurable.
- **Mapa de procesos:** representación gráfica de los procesos, por medio de símbolos de diagramación
- **Política:** línea de conducta o estrategia preestablecida en una organización que regula, guía o limita sus acciones con la finalidad de obtener el desarrollo armónico y uniforme de los objetivos que se proponga alcanzar el servicio.
- **Manuales de usuario:** documento que guía detalladamente al usuario en el adecuado uso de un sistema aplicativo o software específico.
- **Manual Técnico:** documento que detalla los componentes técnicos y su interrelación, de un sistema de información o equipo.
- **Instructivo:** documento que especifica un conjunto de tareas puntuales para llevar a cabo un proceso determinado.

### 3.3. Referencias normativas

#### 3.3.1. Matriz de identificación

INSTITUCIÓN: Hospital San Vicente de Paul

LOCALIZACIÓN		CARACTERÍSTICAS	
PROVINCIA	Imbabura	TIPO	Salud Publica
CANTON	Ibarra	NIVEL	Tercer
PARROQUIA	El Sagrario	JORNADA:	DIURNA COMPLETA
BARRIO	Ajavi Grande	FINANCIAMIENTO	<b>Fiscal</b>
CALLES	Luis Vargas Torres y Pasquel Monge		

**Fuente:** Plan Institucional

#### 3.4. Reseña Histórica

En la ciudad de Ibarra fundada el 28 de septiembre de 1606, surgió en el Cabildo la preocupación por cumplir con las leyes españolas difundidas para estas tierras. Producto de ellas fue la donación de un solar terreno realizada a la ciudad por un sacerdote y vicario Licenciado Tamayo. Este solar se ubica según referencias históricas en las cercanías de la cárcel y debían servir para que en él se construyera un hospital. La donación se efectuó el 22 de abril de 1609 y fue recibida por el Corregidor Señor Antonio Carvajal. La mencionada donación fue confirmada en el reparto de solares de la ciudad que se aprobó el 25 de octubre de 1611 y que lo verificó el Comisionado de la Real Audiencia don Juan Fernández. La ubicación del solar corresponde a los números 339 y 340 de dicho reparto.

Los fondos requeridos para el funcionamiento del Hospital, cuya misión era la de ayudas a los enfermos pobres, se obtenía de diversas fuentes, siendo

dignas de mencionarse las donaciones realizadas por diversas personas a través de la asignación de dineros por legados testamentarios directos o mediante una práctica de aquella época consistente en la creación de capellanías con determinada cantidad de dinero. Son conocidos como legados realizados al Hospital los realizados por el Capitán Francisco López de Adreo en 1680, Antonio Rodríguez Recalde y Juana Baca de Angulo.

No se define una fecha exacta de creación del Hospital, existen referencias que su funcionamiento alcanzó cierto desarrollo, pero posteriormente alcanzó un deterioro de sus actividades lo que motivó a los religiosos de esa época a reclamar los bienes adjudicados al Hospital, argumentando que la institución había sufrido un marcado deterioro y no cumplía sus objetivos.

En 1859 existía una escuela que conservaba el nombre de HOSPITAL, la misma que se encontraba ubicada en el extremo sur de la calle Salinas, Barrio San Felipe.

En 1868, a raíz del terremoto que destruyó la ciudad y sus alrededores el Presidente García Moreno, creó dos hospitales, uno para hombres y otro para mujeres, ubicado en Caranqui, los mismos que funcionaron hasta el 21 de noviembre de 1868 y contaron con el contingente de dos médicos, el Dr. Rivadeneira y el Dr. Vélez, quienes no percibieron ningún sueldo por sus servicios. En 1871 se estableció el Monte de Piedad de Ibarra con fondos de la ayuda inglesa, cuya finalidad fue la de socorrer a los sobrevivientes del terremoto que quedaron en condiciones de absoluta pobreza. Las posibles utilidades de ésta institución fueron asignadas al Hospital el 15 de septiembre de 1875, oportunidad en la que además se señala que se expedirá el Reglamento para la organización del Hospital.

Según Decreto Legislativo expedido el 8 de octubre de 1880, los fondos del Monte de Piedad se encargaron definitivamente al Hospital. Estos fondos consistieron en 26.000 pesos de los cuales únicamente 2000 pesos fueron en efectivo, el resto eran documentos a cobrarse.

Para el mantenimiento del Hospital a partir de 1800 se consideraban fondos procedentes de:

1. Fondos de exportación de quinas que fueron asignados el 2 de mayo de 1879
2. Productos de la Esperanza
3. Capital íntegro del Monte de Piedad
4. 1200 pesos anuales era la contribución del Estado.

El último fue objetado porque en aquella época los fondos no existían y se señaló que el Estado había invertido más de 1000 pesos en subsidios para la construcción del edificio, la misma que se realizó en un terreno adquirido el 13 de agosto de 1872. Los trabajos se iniciaron el 3 de septiembre de 1872, en base a planos del hermano Benito Aulín.

El 20 de abril de 1872 inició sus actividades de servicio el Hospital San Vicente de Paul, según Decreto Supremo de 15 de abril de 1979. Las rentas señaladas no fueron entregadas por parte del Estado, pero se las hacía consta como deuda del mismo a la Subdirección de Asistencia Pública hasta abril de 1928, ya que según Decreto Supremo del mes de diciembre de 1927, se declaró cancelada ésta y otras deudas del Estado con diversas instituciones.

En principio el hospital que la se conocía con el nombre de “**San Vicente de Paul**”, funcionó con una sala general para hombres. La sala de mujeres se creó el 10 de julio de 1884.

En el mes de noviembre de 1885, las Hermanas de la Caridad se hacen cargo del trabajo en las áreas del Hospital, haciendo con ello efectiva la autorización que el Estado les otorgara el año 1869. El 21 de enero de 1884, inicia su atención la Botica del Hospital. La sala de cirugía se inauguró el 18 de marzo de 1919. Luego el 15 de abril de 1928 se crea la sala de pediatría, el 12 de mayo del mismo año se construye dos salas para maternidad, las que empezaron a prestar servicios en 1930. El pabellón específico para maternidad se terminó de construir en 1944. Hacia 1941 existen referencias de ciertos trabajos de laboratorio, aunque el laboratorio de Patología Clínica fue inaugurado en febrero de 1947, con aporte del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Desde 1888 existió esbozos de estadística, oficina que fue creada oficialmente en el año 1953.

Debe tenerse como dato importante que , a pesar de existir un decreto del 9 de mayo de 1885 por el cual se fijan las rentas del Hospital, éste sólo se aplicó a partir del 26 de julio de 1921. Ello permite ver que por esta época la administración era absolutamente centralizada.

Como puede deducirse de la reseña anterior, el desarrollo del Hospital estuvo modulado por los avances científicos de la época y el interés del Estado y Entidades Extranjeras como el SCISP cuyo contingente introdujo progresivamente nuevos elementos en la atención sanitaria mediante ayuda técnica, equipamiento y preparación de recursos humanos.

La apertura de nuevas instalaciones o servicios creó la necesidad de construir la ampliación del edificio original, mediante la edificación de un segundo piso, el mismo que se inició el 12 de julio de 1948 y fue concluido en el año 1953, entidad que dependía de la junta de Asistencia Social de Imbabura como institución autónoma.

Posteriormente, el 6 de junio de 1967, mediante Decreto N° 149 del 16 del mismo mes y año, se creó el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador y el Gobierno Nacional, mediante Decreto Supremo 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el Registro Oficial N° 48 del indicado mes y año, crea la Dirección General de Salud y se suprime la Asistencia Social del País y son asumidas por el Ministerio de Salud Pública, todas las Unidades Operativas de Salud con sus respectivos patrimonios, derechos y obligaciones que pertenecían a las Juntas de Asistencias Sociales en el país y pasan a depender jerárquicamente los hospitales públicos de las respectivas Jefaturas Provinciales de Salud, que hoy corresponden a las Direcciones Provinciales de Salud, en el caso del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra depende de la Dirección de Salud de Imbabura.

### **3.5. Filosofía del Servicio de Consulta Externa.**

#### **3.5.1. Misión del Servicio de Consulta Externa del H.S.V.P**

El Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul tiene como misión proveer servicios sanitarios públicos a los ciudadanos de la Provincia de Imbabura y personas de las provincias vecinas de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, para satisfacer sus necesidades de salud bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, cuidado y mejora de la salud.

#### **3.5.2. Visión del Servicio de Consulta Externa del H.S.V.P**

Queremos lograr la mayor eficacia y eficiencia posibles en la gestión de nuestro servicio, con la máxima satisfacción de nuestras personas.

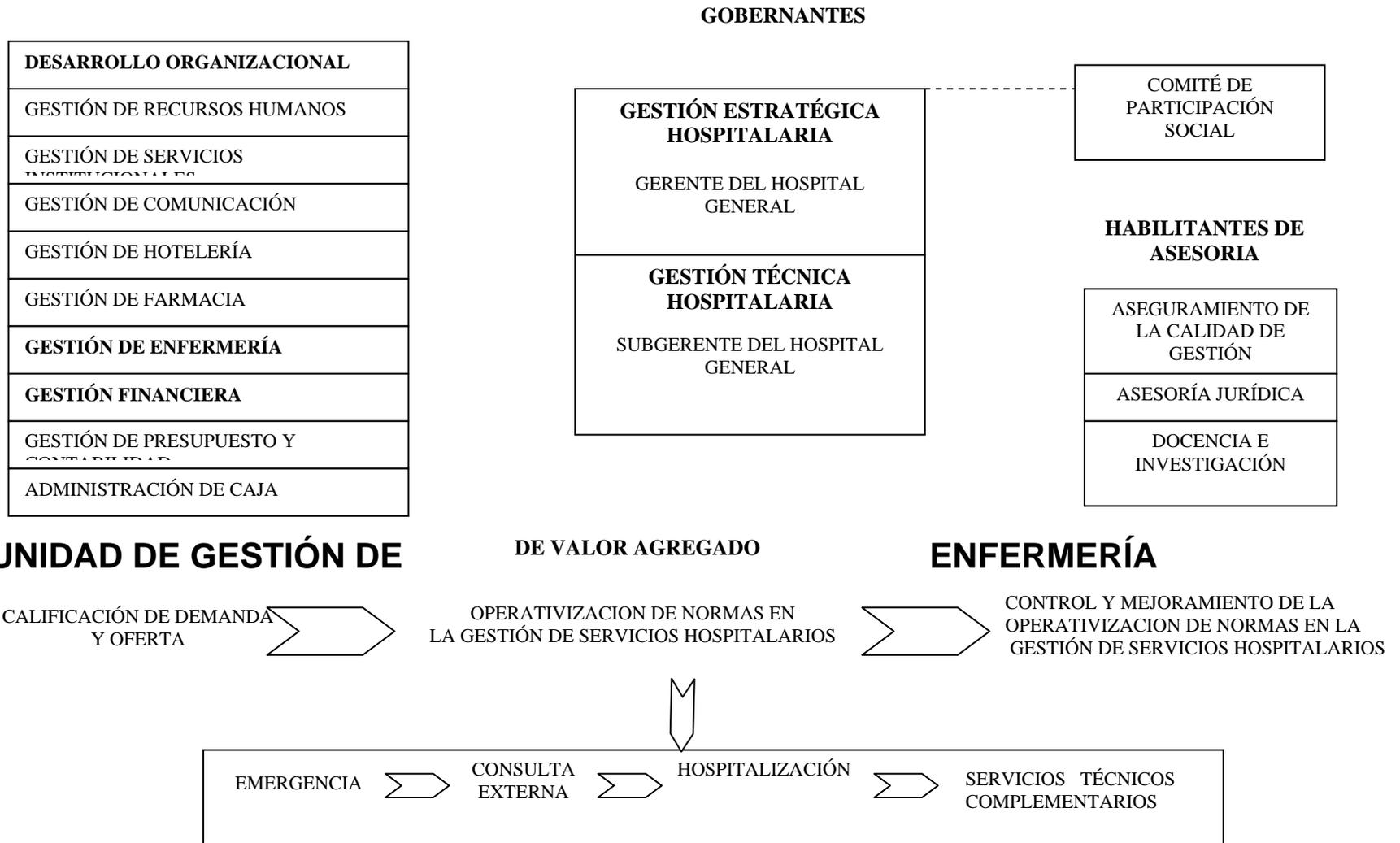
Ser una organización reconocida interna y externamente como modelo avanzado de atención en salud y referente en la Gestión de la calidad Total por el empleo de las más avanzadas metodologías y instrumentos de mejora.

#### **3.5.3. Objetivos del Servicio de Consulta Externa**

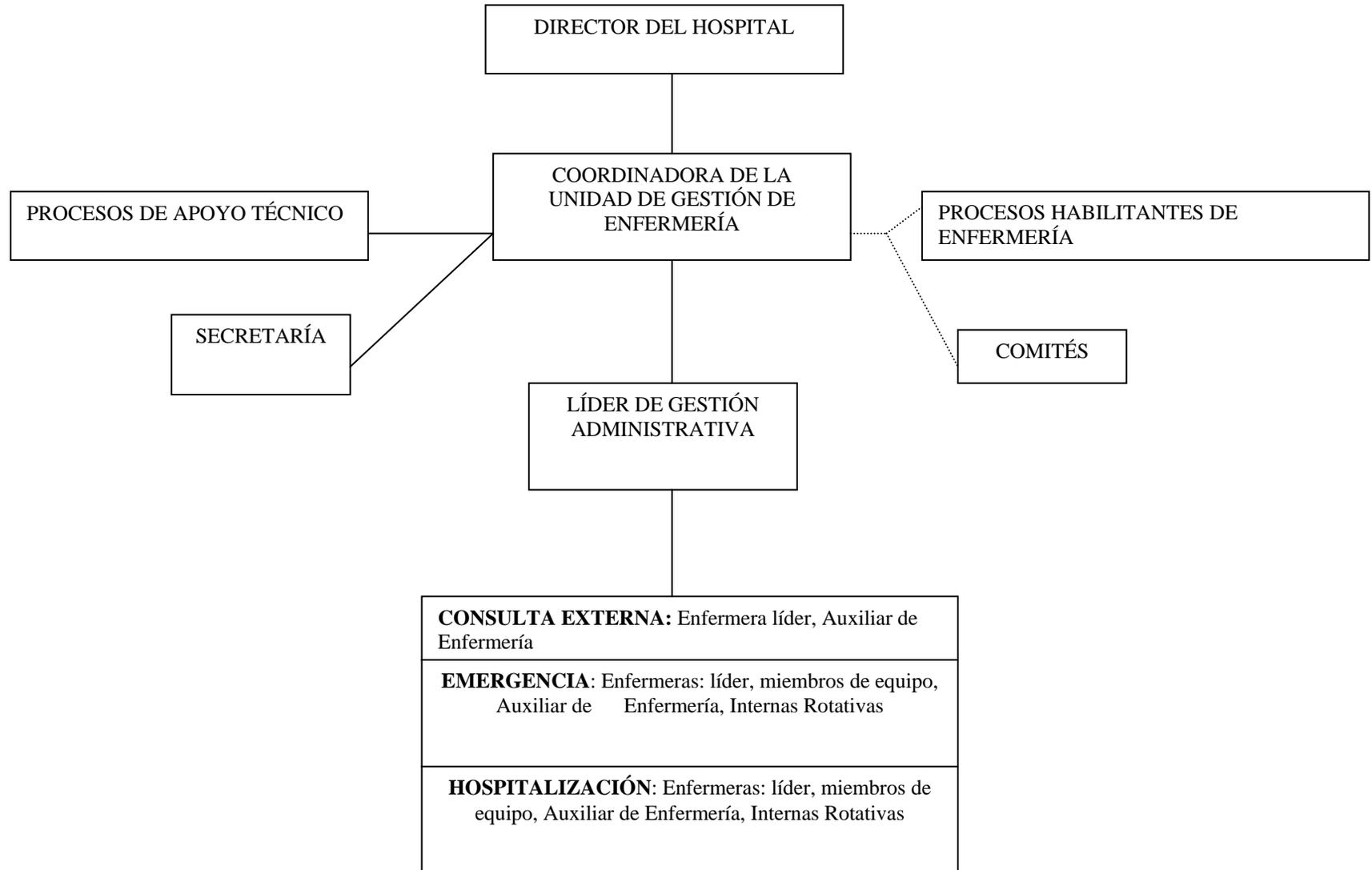
1. Incrementar el nivel de resolución de los Equipos de Atención Primaria.

2. Fortalecer el trabajo en equipo de los profesionales de Atención Primaria.
3. Afirmar la disciplina y responsabilidad del personal que labora en el área de consulta externa.

# ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL HOSPITAL GENERAL



## ESTRUCTURA FUNCIONAL POR PROCESO



### **3.6. Sistema de Gestión de Calidad**

El Sistema de Gestión de la Calidad a implementarse en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul. Tiene como esencia el cumplir con las siguientes fases:

#### **3.6.1. Misión de las Normas ISO 9001:2000**

Orientar sobre el sistema de gestión de calidad que permite: mayor satisfacción de clientes internos y externos, incremento de la rentabilidad debido a la efectividad, mejorar la comunicación, ampliar la competitividad del mercado.

#### **3.6.1.1. Requerimientos de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad**

##### **a) Generalidades**

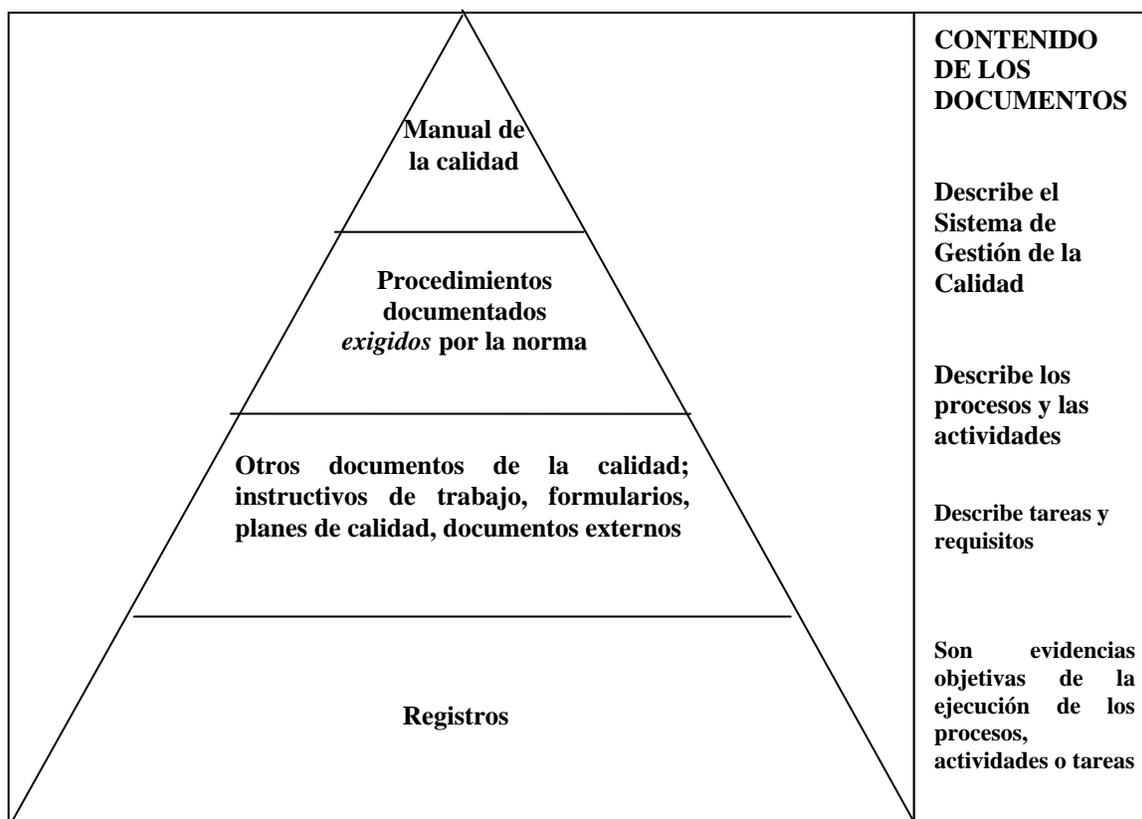
Para asegurar que los servicios cumplan con los requisitos de calidad especificados. Para las secciones del área de consulta externa, involucradas en el alcance del sistema La documentación del sistema de gestión incluye:

- Un manual de calidad en el cual se presentará de manera documentada las políticas y objetivos de calidad, el alcance del sistema de gestión y una referencia a los procedimientos requeridos para la norma.
- Procedimientos donde se describe el sistema de gestión de calidad, de acuerdo a lo que establece la norma.
- Otros documentos de la calidad, instructivos de trabajo, formularios, planes de calidad, documentos externos.
- Registros para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de los procesos del Servicio de

Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul señalados en el manual con sus respectivos procedimientos.

Los documentos requeridos para el Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Consulta Externa de Hospital San Vicente de paúl se detallan de la siguiente manera:

### **PIRÁMIDE DOCUMENTAL**



#### **b) Manual de la Calidad**

El Manual de la Calidad del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul está orientado a puntualizar lo que se debe hacer para alcanzar la

calidad en el manejo de la documentación; contiene el alcance, justificaciones y detalles y exclusiones permitidas, también, relata los procedimientos escritos establecidos y narra la interacción entre los procesos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Índice Manual de Calidad</b>		
	<b>Sección</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
	3.1.1.	Alcance	77
	3.2.	Términos y definiciones	77
	3.3.	Referencias normativas	79
	3.4.	Reseña Histórica	79
	3.5	Filosofía del Servicio de Consulta Externa	83
	3.6	Sistema de Gestión de calidad	87
	3.7	Estructura del manual	90
	3.8	Procedimientos de la documentación	96
	3.9.	Representante de la alta dirección	112
	Exclusión ya que no se diseñan productos.	Realización del producto	125
	3.10	Gestión de los recursos	123
	3.11	Medición, análisis y mejora	126

### 3.7. ESTRUCTURA DEL MANUAL

Se plantea la siguiente organización estructural del manual

Presentación

Objetivo

Sistema de manejo de la documentación

Relato de la interrelación de los procesos

#### i. Desarrollo de Actividades

Describe la secuencia de acciones actividad o tarea de documentación

#### ii. Mapa de Procesos

Grafica la secuencia de los procesos o cadena de valor

1. Un diagrama de contexto que representa los procedimientos de cada proceso,
2. Para cada servicio, los flujogramas siguen secuencias definidas, a fin de disponer de un patrón de uso en situaciones similares.

### I. NOMENCLATURA

Sirva para identificar los documentos empleados en el proceso

Para el manual se define la siguiente nomenclatura:

Cód	Campo	Descripción	Tipo de datos
SGC	Nombre del Macro Proceso	Sistema Gestión Calidad	A
SGC-D	Nombre del Proceso	Documentación	A
GC-A GC-B GC-C	Nombre del Sub Proceso	SGC-D Admisión GC-A Preparación al Paciente GC-P Consultorio GC-C	A
GC-A1	Número de Producto del proceso.	GC-A1	1
GC-P1	Número de orden del Procedimiento	GC-P1	1
GC-P1	Número del Procedimiento	GC-P1	A

## II. NORMAS DE REDACCIÓN

Las comunicaciones enviados se numerarán utilizando los códigos correspondientes al departamento, además incluirá el año de emisión y el número de orden.

Todos los formularios y documentos utilizados por consulta externa deberán tener un formato estándar y su codificación, de tal manera que se promueva una imagen corporativa.

Cada procedimiento deberá redactarse en un documento diferente, que se nombrará con el código correspondiente, es importante utilizar la nomenclatura ya definida.

La comunicación formal del Colegio a organismos externos tendrá el encabezado insertado en el computador.

## III. NORMAS DE ACTUALIZACIÓN

Los cambios o modificaciones, se realizaran cuando las circunstancias lo requieran.

## IV. CONTENIDO DEL MANUAL

**a) Portada:** posee información general del manual en un formato preestablecido.

**b) Información del Manual:** la hoja inicial que antecede al desarrollo de las actividades, se deberá anexar a una hoja que describa en forma clara los siguientes datos:

- **Nombre del procedimiento:** corresponde a la denominación del procedimiento que ya se encuentra estandarizado.
- **Descripción del procedimiento:** es la narración breve del procedimiento a desarrollarse.

- **Objetivo general:** describe el objetivo fundamental del procedimiento. La redacción de todos los objetivos debe comenzar con un verbo en infinitivo.
- **Objetivos específicos:** son los objetivos particulares subyacentes al objetivo general, relacionados con las funciones y responsabilidades del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul.

- c) **Tipo de Procedimiento:** debe indicarse si es crítico o no.
- d) **Base legal y normativa aplicable:** se declara las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias que rigen y norman cada uno de los procedimientos.
- e) **Indicadores:** se desarrollarán indicadores de Gestión, para evaluar el cumplimiento de los objetivos del proceso. Estos indicadores permitirán determinar el adecuado cumplimiento de los respectivos procedimientos. Los indicadores deben ser objetivos y medibles. Es necesario considerar que la información necesaria para su cálculo se encuentre disponible o sea de fácil obtención.
- f) **Anexos:** incluirá todos los formularios, anexos y más documentación de soporte legal y normativo del manual de procedimientos. Todos los formularios deberán poseer un formato estándar en su elaboración que será proporcionado previo a su elaboración. Estos documentos, al igual que todos los que sean necesarios, poseerán su respectiva codificación.

## IX. SIMBOLOGÍA DE FLUJODIAGRAMACIÓN.



**INICIO O FINAL DEL PROCESO.** Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine, se escribirá la palabra FIN.



**ACTIVIDAD COMBINADA.** Se utiliza en los casos en que en un mismo paso se realiza una operación y una verificación.



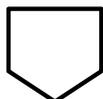
**ANEXO DE DOCUMENTOS.** Indica que dos o más documentos se anexan para concentrarse en un sólo paquete, el cual permite identificar las copias o juegos de los documentos existentes e involucrados en el procedimiento.



**ARCHIVO DEFINITIVO.** Marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento, por lo que se procede a archivar de manera definitiva, a excepción de que emplee en otros procedimientos.



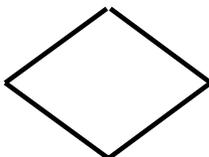
**ARCHIVO TEMPORAL.** Se utiliza cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un período de tiempo indefinido para después utilizarlo en otra actividad, significa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación.



**CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO.** Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.



**CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS.** Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otros. Es importante anotar, dentro del símbolo, el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va



**DECISIÓN:** Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

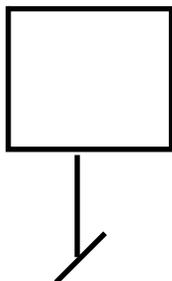


**DESTRUCCIÓN DOCUMENTOS:** Representa la eliminación de un documento cuando por diversas

causas ya no es necesaria su participación en el procedimiento.



**FORMATO IMPRESO:** Se aplica en formas impresas documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, indicando dentro del símbolo el nombre del formato; cuando se requiera indicar el número de copias de formatos utilizados o que existen en una operación, se escribirá la cantidad en la esquina inferior izquierda; en el caso de graficarse un original se utilizará la letra "O". Cuando el número de copias es elevado, se interrumpe la secuencia, después de la primera se deja una sin número y la última contendrá el número final de copias; ahora bien, si se desconoce el número de copias, en el primer símbolo se anotará una y en el último "N". Finalmente para indicar que el formato se elabora en ese momento, se marcará en el ángulo inferior derecho un triángulo lleno.



**FORMATO NO IMPRESO:** Indica que el formato usado en el procedimiento es un modelo que no está impreso; se del anterior, únicamente en la forma, las demás especificaciones para su uso son iguales.

**FUERA DE FLUJO:** Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.



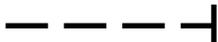
**INSPECCIÓN.** El cuadro es utilizado como símbolo de inspección, revisión, verificación, o bien, cuando se examine una acción, un formato o una actividad; así como para consultar o cotejar sin modificar las características de la acción o actividad.



**INTERRUPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el procedimiento requiere de una espera necesaria e insoslayable.



**LÍNEA CONTINUA:** Marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área. Su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña línea vertical; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.

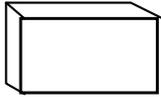


**LÍNEA DE GUIONES:** Es empleado para identificar una consulta, cotejar o conciliar la información; invariablemente deberá salir de una inspección o actividad combinada; debe dirigirse a uno o varios

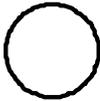
formatos específicos y puede trazarse en el sentido que se necesite, al igual que la línea continua se termina con una pequeña línea vertical.



**LÍNEA DE COMUNICACIÓN:** Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, télex, fax modem, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continúa



**PAQUETE DE MATERIALES:** Se emplea para representar un conjunto de materiales, dinero o todo aquello que sea en especie.



**OPERACIÓN:** Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia. Así mismo se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, y se escribirá una breve descripción de lo que sucede al margen del mismo.



**REGISTRO Y/O CONTROLES:** Se usará cuando se trate de registrar o efectuar alguna anotación en formatos. Cuando se registra información, llegará al símbolo una línea continua, cuando se hable de consultar o cotejar la línea debe ser de guiones terminando de igual manera en el símbolo

### 3.8. Procedimientos de la documentación

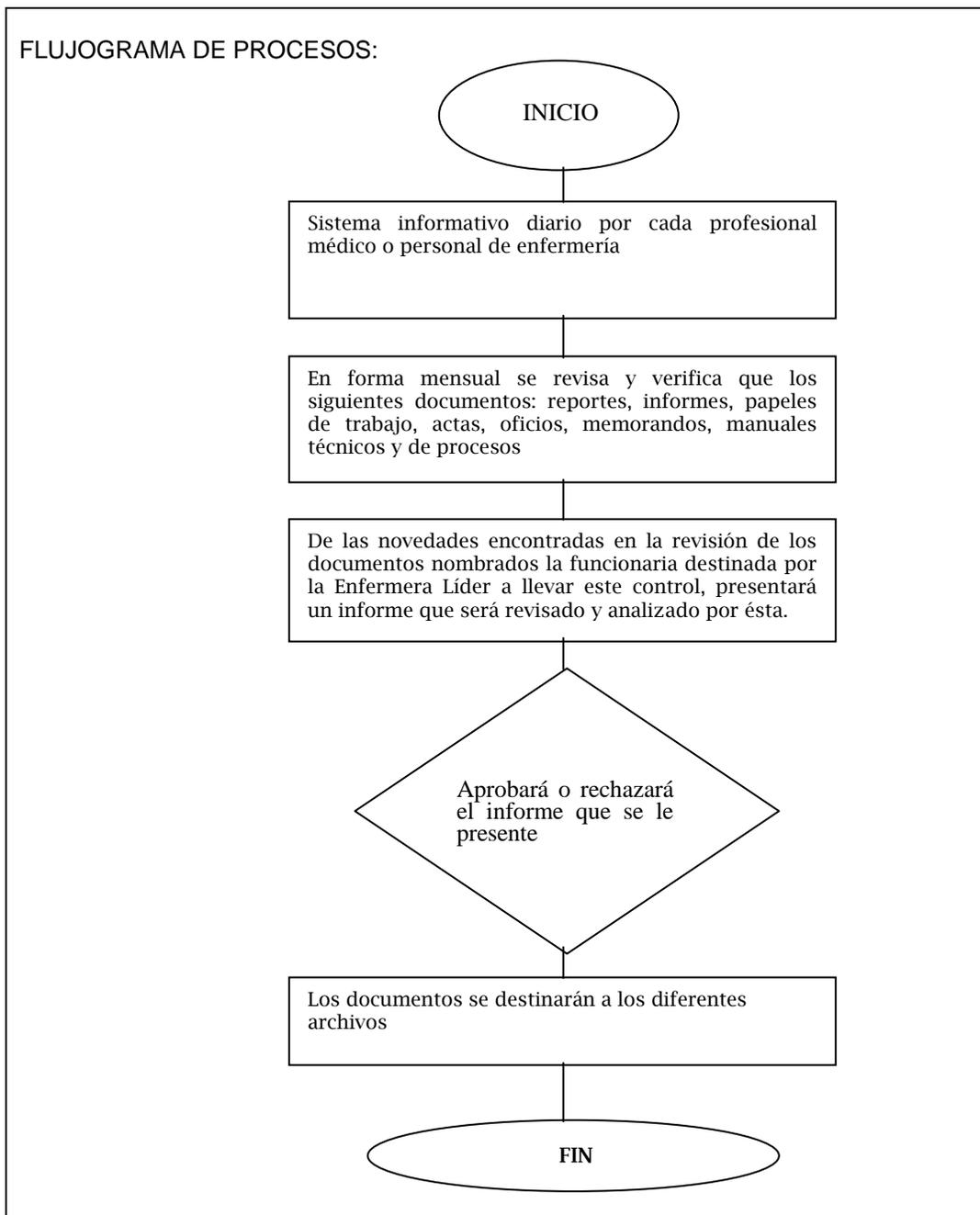
Estos procedimientos son de cumplimiento obligatorio de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001:2000, llamados transversales y mantendrán el siguiente esquema

#### 3.8.1. Procedimiento Elaboración de Documentos

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>Proceso:</b> GESTION DE CALIDAD		
	<b>Procedimiento:</b>	<b>ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	<b>Código:</b>
	<b>Fecha:</b> (día-mes-año)		<b>Página:</b>
	<b>Responsable:</b>		<b>Versión:</b>
<p>a) <b>Descripción:</b> este procedimiento permite unificar criterios formales a fin de elaborar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, las instrucciones de este procedimiento se aplican a todos los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la calidad.</p> <p>b) <b>Objetivo General:</b> estandarizar todos los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, en lo referente a: Terminología, Estructura de los Manuales, Mapeo de Procesos, Flujo de Diagramación, Nomenclatura, Normas de Redacción, Normas de Actualización, Políticas de Seguridad y Contenido</p> <p>c) <b>Procedimiento:</b> El Servicio cuenta con una Enfermera Líder de Equipo con un horario de 05h00 a 14h00 horas, al momento con capacitación en la Especialidad de Gerencia en Salud y Desarrollo Local, además, un sistema informativo diario por cada profesional médico o personal de enfermería en donde se registran las actividades realizadas, documentos que permiten evaluar la productividad, de todo el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En forma mensual se revisa y verifica que los siguientes documentos: reportes, informes, papeles de trabajo, actas, oficios, memorandos, manuales técnicos y de procesos que se utilizan en servicio, a fin de velar porque se cumplan las políticas establecidas en el Manual de Calidad.</li> </ul> <p>Funcionamiento; fecha de elaboración; fuente de información; contenido y firmas de responsabilidad, lo que permite que los documentos ayuden a la planificación, operación y control de los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De las novedades encontradas en la revisión de los documentos nombrados la funcionaria destinada por la Enfermera Líder a llevar este control, presentará un informe que será revisado y analizado por ésta.</li> <li>• En forma mensual se verifica que los documentos relacionados con normativa legal, manuales y reglamentos, se guarden en el archivo denominado "permanente".</li> <li>• Los informes, reportes, estructuras, papeles de trabajo, actas en el archivo denominado de "análisis".</li> </ul>			

- Los oficios, memorandos, convocatorias, se guardarán en el archivo denominado de Comunicaciones Enviadas y Recibidas.
- Habrá una funcionaria destinada y responsable de mantener un adecuado archivo de documentos.
- Analizar y realizar un informe sobre las especificaciones, requisitos y contenido de un nuevo documento.

FLUJOGRAMA DE PROCESOS:

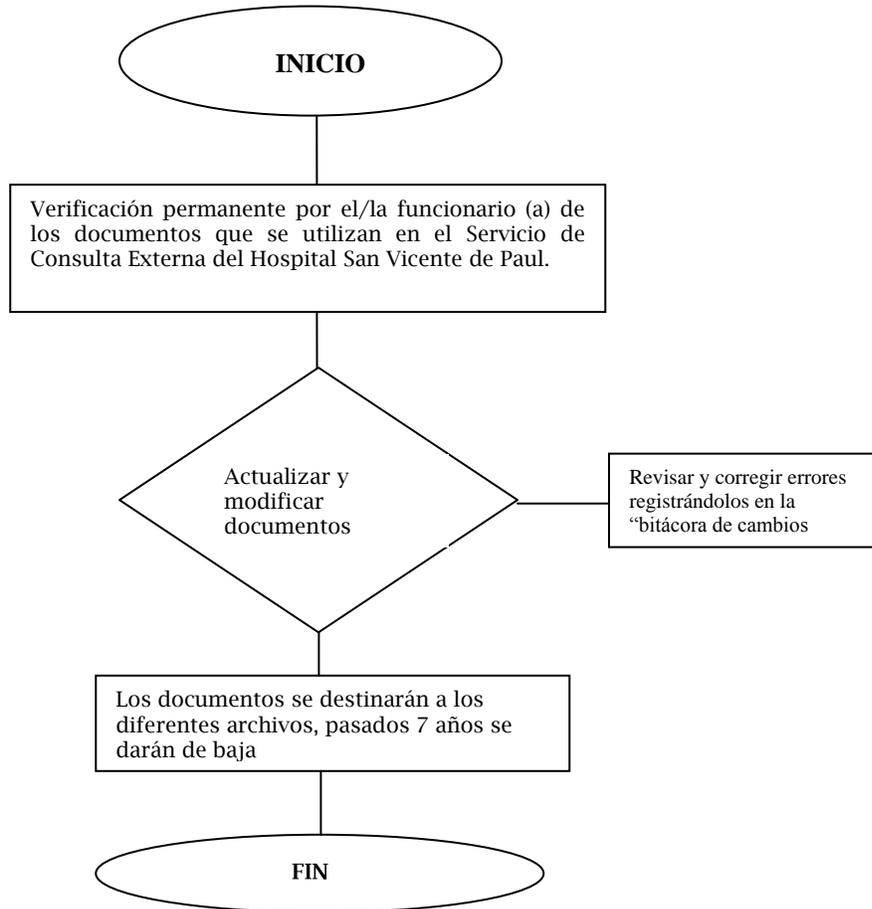


### 3.8.2.. Procedimiento Control De Documentos

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>Proceso: GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Procedimiento:</b>	<b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>Código:</b>
	<b>Fecha:(día-mes-año)</b>		<b>Página:</b>
	<b>Responsable:</b>		<b>Versión:</b>
<p><b>1. Descripción:</b> este procedimiento establece la metodología para la revisión, aprobación y actualización de los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p><b>2. Objetivo General:</b> establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.</p> <p><b>3. Procedimiento:</b> El o la funcionaria nominado por la Enfermera Líder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanentemente verificará que los documentos que se utilizan en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul.</li> <li>• Cuando el caso amerite actualizará y modificará los documentos registrando los cambios en el formato denominado <b>“bitácora de cambios”</b>.</li> <li>• Permanentemente guardará los documentos relacionados con Normativa legal, reglamentos en el archivo denominado <b>“permanente”</b>. Los informes, reportes, estructuras, papeles de trabajo, actas, en el archivo denominado <b>“de análisis”</b> y los oficios, memorandos, convocatorias en el archivo denominado <b>“comunicaciones enviadas y recibidas”</b>.</li> <li>• Permanentemente verificará que la documentación permanezca disponible en los archivos correspondientes durante el año comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre. Con posterioridad al 31 de diciembre se transferirá la información al archivo inactivo en el que se indicará el archivo y el año que corresponde.</li> <li>• Cuando la documentación del archivo inactivo supere los 7 años de elaboración se dará de baja, mediante la elaboración de un acta conjunta elaborada por el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul y el Departamento de Auditoría Interna del Hospital.</li> <li>• La documentación será guardada en archivadores ubicados en el Departamento de Riesgos y que cuenten con las debidas seguridades y ambientación adecuada y estarán a disposición del personal que trabaja en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul.</li> <li>• Se llevará el control de la entrega y recepción de todos los documentos, que</li> </ul>			

se utilizarán en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul mediante la utilización de los respectivos formatos.

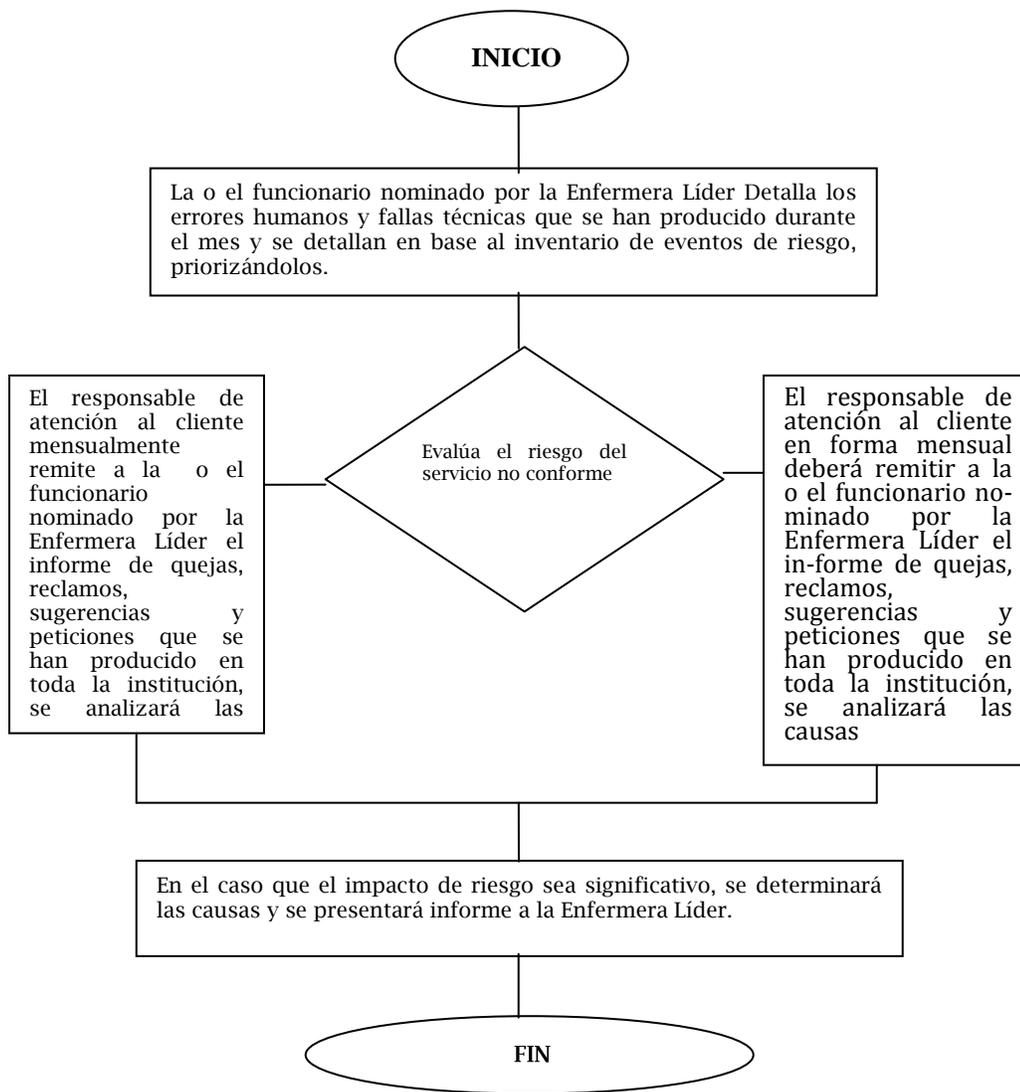
#### 4 Flujo grama



### 3.8.3. Procedimiento Control del Servicio No Conforme

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>Proceso:</b> GESTION DE CALIDAD		
	<b>Procedimiento:</b>	<b>CONTROL DEI SERVICIO NO COFORME</b>	<b>Código:</b>
	<b>Fecha:</b> (día-mes-año)		<b>Página:</b>
	<b>Responsable:</b>		<b>Versión:</b>
<p><b>a) Descripción:</b> este procedimiento establece las actividades a realizarse para el control del servicio no conforme, resultado que se obtiene en la revisión de procesos y procedimientos y, en la evaluación, auditoría interna o líder de cada proceso que determinan que dicho procedimiento no cumple con el objetivo para el cual fue creado.</p> <p><b>b) Objetivo general:</b> determinar el “servicio no conforme”, que no cumple con las expectativas de los pacientes, necesitando una acción correctiva y/o preventiva para solucionar esta situación y tener todos los procesos y procedimientos enfocados a la eficiencia y calidad.</p> <p><b>c) Procedimiento:</b> la o el funcionario nominado por la Enfermera Líder recibe de cada proceso la matriz de eventos de riesgo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalla los errores humanos y fallas técnicas que se han producido durante el mes y se detallan en base al inventario de eventos de riesgo.</li> <li>• Se consolida toda la información en la matriz de riesgos, para tener el valor del riesgo neto o residual, priorizando los eventos de riesgo.</li> <li>• Evalúa el riesgo del servicio no conforme identificado en los eventos de riesgo, dependiendo del impacto de pérdida que ocasione la no conformidad.</li> <li>• En el caso que el impacto de riesgo sea significativo, se determinará las causas y se presentará informe a la Enfermera Líder.</li> <li>• Cuando la no conformidad ha sido causada por eventos externos como fallas de los servicios de energía, comunicaciones o daños en los equipos, debe verificarse si se cumplió con el plan de contingencia y si éste funcionó o no. todas estas disconformidades se registrarán en las bases de datos respectivas.</li> <li>• El responsable de atención al cliente en forma mensual deberá remitir a la o el funcionario nominado por la Enfermera Líder el informe de quejas, reclamos, sugerencias y peticiones que se han producido en toda la institución, se analizará las causas y se remite a la Enfermera Líder.</li> </ul>			

**d) Flujogramas de proceso:**

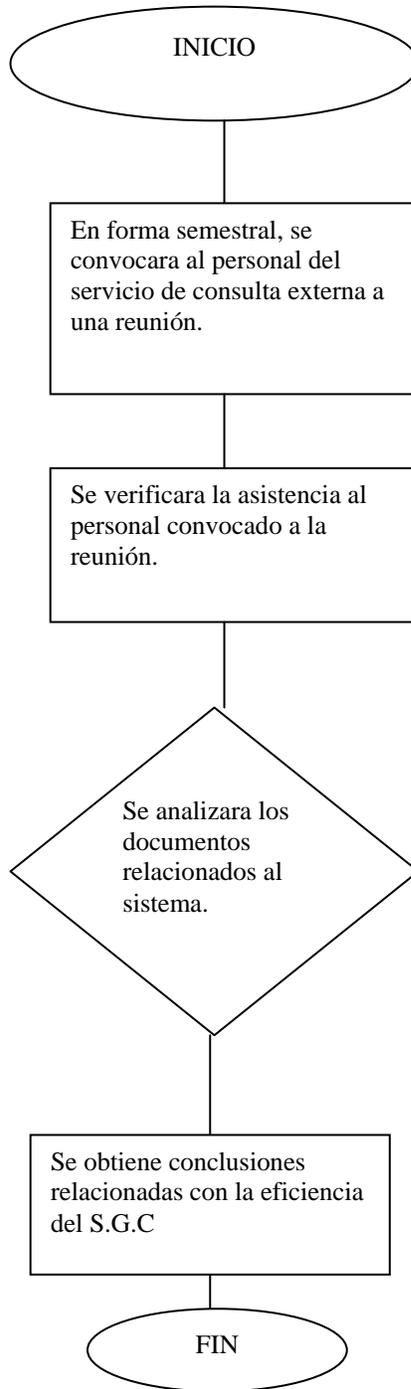


**3.8.4.Procedimiento: Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad**

 Ministerio de Salud Pública	<i>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</i>		
	<b>Proceso:</b> GESTION DE LA CALIDAD		
	<b>Procedimiento:</b>	REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>Código:</b>
	<b>Fecha:</b> (día-mes-año)		<b>Página:</b>
	<b>Responsable:</b>		<b>Versión:</b>
<p><b>1. Descripción:</b> en este procedimiento se describe las actividades que se deben realizar para la revisión del Sistema de Gestión de la calidad, con la finalidad de asegurar la adecuada implementación que cumpla con los requisitos de la norma ISO 9001:2000.</p> <p><b>2. Objetivo General:</b> Revisar permanentemente el Sistema de Gestión de la Calidad para garantizar su conveniencia, adecuación y la eficacia continuas, evaluar las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar los cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p><b>3. Procedimiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En forma semestral, los meses de febrero y julio, se convocará a la totalidad del personal del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, especificándose día hora y fecha de la reunión.</li> <li>• Se verificará la asistencia de los convocados a la reunión.</li> <li>• Los documentos a ser analizados en esta revisión son: informes sobre la evaluación de los procesos, reportes de eventos de riesgo, resoluciones del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, se analiza la información presentada y se obtienen las conclusiones y recomendaciones, relacionadas con la eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.</li> </ul>			

- Se designará a la persona que levante el acta de la reunión.
- Se tomarán resoluciones en la reunión con la finalidad de mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Se procederá al archivo de actas y resoluciones.
- Por el hecho de tratarse de una reunión de la totalidad del personal se entiende que han tomado cabal conocimiento de lo tratado para la mejora del sistema.

#### 4. Flujograma del procedimiento



### 3.8.5. Procedimiento de Auditorías Internas de calidad

 Ministerio de Salud Pública	<i>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</i>	
	<b>Proceso:</b> GESTION DE CALIDAD	
	<b>Procedimiento:</b>	<b>AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD</b>
	<b>Fecha:</b> (día-mes-año)	<b>Código:</b>
	<b>Responsable:</b>	<b>Página:</b>
		<b>Versión:</b>
<p><b>1. Descripción:</b> el auditor interno es el responsable de realizar, por lo menos, una vez al año, una auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad, la misma que está enfocada a verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001: 2000.</p> <p><b>2. Objetivo General:</b> asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría que garanticen la permanencia y mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p><b>3. Procedimiento:</b> el Auditor Interno deberá</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la necesidad de realizar la auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad</li> <li>• En su planificación anual incluye la auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad</li> <li>• Comunica a la Enfermera Líder la ejecución de la auditoría</li> <li>• Selecciona el equipo auditor que participará en la auditoría</li> <li>• Emite la orden de trabajo para iniciar la auditoría</li> <li>• Realiza la auditoría con su equipo seleccionado</li> <li>• Realiza la lectura del informe borrador con la participación de todos los involucrados.</li> </ul>		

#### 4. Flujograma de Procesos:

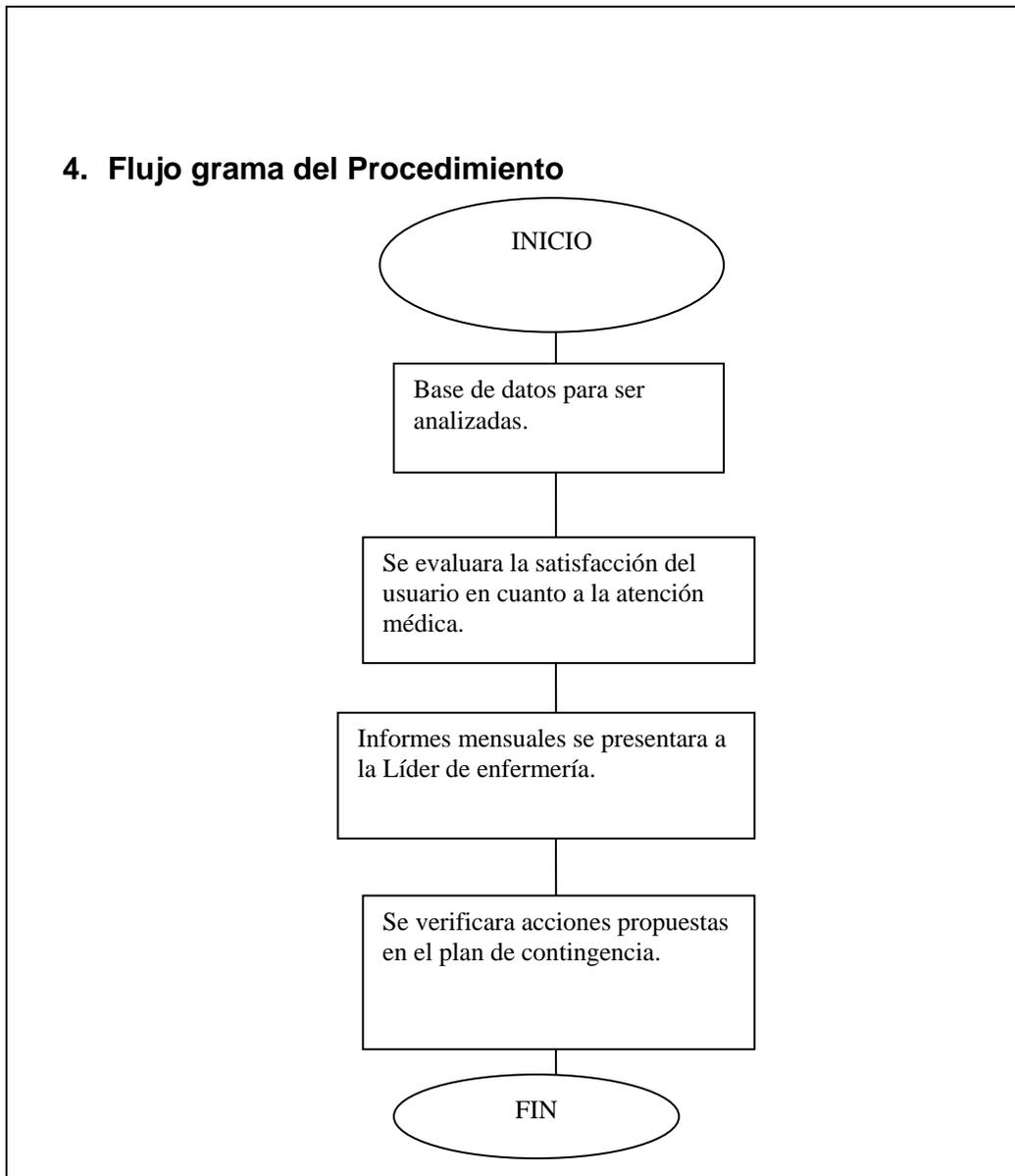


**3.8.6.Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas**

 Ministerio de Salud Pública	<i>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</i>		
	<b>Proceso: GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Procedimiento:</b>	<b>ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	<b>Código:</b>
	<b>Fecha:(día-mes-año)</b>		<b>Página:</b>
	<b>Responsable:</b>		<b>Versión:</b>
<p><b>1. Descripción</b></p> <p>Este procedimiento que establece las actividades para la revisión de los servicios y/o productos que no cumplen con los requisitos, políticas y objetivos estipulados del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, para establecer acciones correctivas y preventivas que permitan mejorar los errores existentes.</p> <p><b>2. Objetivo General</b></p> <p>Determinar Acciones Correctivas y Preventivas” para el producto y/o servicio no cumple con las expectativas, del Servicio de Consulta Externa del hospital.</p> <p><b>3. Procedimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con información obtenida del impacto significativo que producen las inconformidades por las fallas en los procesos o personas se procederá a realizar lo establecido en las acciones correctivas.</li> <li>• Si la no conformidad es insignificante se registra en las estadísticas de la base de datos.</li> </ul>			

- Cuando la no conformidad ha sido causada por eventos externos se verifica si se cumplió con el plan de contingencias y si este funcionó o no.
- Permanentemente se registran en la base de datos todas las no conformidades para analizarlas dependiendo de las veces en que ocurre el evento y el impacto negativo que genera al proceso y al producto.
- Se evaluará la satisfacción del usuario de la atención médica, los resultados serán analizados por la Directora.
- En forma mensual se verificará que las acciones propuestas en los planes de contingencia, se ajusten a la realidad del Servicio de Consulta Externa.
- Presentará informes a la Líder del Servicio para ser evaluados. al Consejo Directivo.

#### 4. Flujo grama del Procedimiento



#### 3.8.7. Control de los Documentos

Se conformara una Comisión de los principales líderes institucionales porque son los más interesados en la trascendencia de su función como responsables de los procesos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Bitácora:</b>	<b>Control de</b>	<b>Documentos</b>
<b>Fecha de recepción</b>	<b>Nombre del Documento</b>	<b>Recibí conforme</b>	<b>Firma</b>

Se llevará el control de las actividades realizadas por el personal de enfermería, mediante la utilización de los siguientes formatos:

:

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Bitácora:</b>	<b>Cambios de</b>	<b>Documentos</b>
<b>Fecha de Cambio</b>	<b>Nombre del Documento</b>	<b>Requisitos Modificados</b>	<b>Permanencia o Retiro del documento</b>

Los registros de calidad son los documentos que respalden los procedimientos realizados para identificar, medir, controlar y evaluar. Estos documentos pueden

realizarse y archivarse adecuadamente en documentos impresos o medios magnéticos, que faciliten su verificación por parte de los Organismos de Control.

El Servicio de Consulta Externa ha establecido un procedimiento para conservar los registros de acuerdo con los requisitos establecidos en la Norma ISSO y asegurarse de que se encuentren legibles, fácilmente identificables y recuperables.

### 3.9. Responsabilidad de la alta dirección

#### Compromiso de la alta dirección

La alta dirección evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Consulta externa, también le preocupa la mejora continua en la eficiencia y eficacia de los procesos basados:

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Bitácora: Compromiso de la Alta dirección</b>		
a) Elabora y aprueba el Plan Anual y los programas de actividades del Hospital. b) Presenta anualmente al Director del Hospital el proyecto de presupuesto correspondiente y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia; c) Organizar la estructura interna del Hospital y asignar los cometidos y tareas a sus dependencias, de acuerdo a las normas e instrucciones impartidas sobre la materia por el Ministerio de Salud Pública y el Director del Hospital; d) Dictar las normas y manuales de funcionamiento de las dependencias del Consultorio; e) Constituir unidades asesoras tales como, consejos técnicos, consejos o comités de calidad, de ética médica, de docencia e investigación, de			

- abastecimiento, farmacia, infecciones intra hospitalarias u otros;
- f) Celebrar, con la aprobación del Director del Hospital, convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Ministerio de Salud Pública que cumplan jornadas de a lo menos 8 horas semanales, cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada del Director del Hospital se podrá autorizar convenios con profesionales que no sean funcionarios del Sistema. Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud Pública. Los convenios con los profesionales deberán considerar claramente el horario de atención y la devolución horaria en caso de emergencias.
  - g) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Servicio de Consulta Externa que el Director del Hospital le delegue;
  - h) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, según las indicaciones del Director del Hospital;
  - i) Ejercer las demás atribuciones que el Director del Hospital le delegue.

Con la finalidad de que los requisitos del cliente se estipulen y se cumplan con el propósito de aumentar su satisfacción, la Alta dirección e compromete a que se formularan y aplicaran encuestas observando las políticas y normas que tiene el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul.

### **3.9.1. Políticas de calidad:**

Se han establecido las políticas de calidad de acuerdo a la necesidad de la institución, para ser aplicadas por los usuarios.

El Director se asegura que las políticas de calidad sean conocidas, entendidas, implantadas y mantenidas en todos los niveles de los sectores involucrados en el sistema de gestión de Calidad.

Para que el conocimiento de las políticas sea de dominio de todos los involucrados se realizará las siguientes actividades:

- Se dará charlas para sociabilizar las políticas establecidas.
- Se publicara las políticas y objetivos mediante documentos.

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>
	<b>POLÍTICAS DE CALIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de consulta externa del Hospital San Vicente de Paul, presta servicio de consulta médica programada a todos los usuarios en las especialidades de: ortopedia, medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y ginecoobstetricia.</li> <li>• Para acceder a los turnos y citas médicas, los usuarios deben reservar su turno en Estadística de acuerdo a la especialidad que necesite, tales como exámenes de laboratorio, radiografías y otras ayudas diagnósticas.</li> <li>• Los turnos se solicitan directamente en el servicio de Estadística de lunes a viernes de 8 a.m. a 16h30 p.m.</li> <li>• Satisfacción de atención al usuario</li> </ul>	

### 3.9.2. Objetivos de calidad

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de servicio a través del grado de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del hospital San Vicente de Paul.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>
	<b>OBJETIVOS DE CALIDAD</b>
<p>Proporcionar atención médica integral, efectiva oportuna, segura y satisfactoria a pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Seleccionar, estudiar y hospitalizar pacientes que no puedan ser tratados ambulatoriamente.</li><li>• Contribuir para el logro de las metas del Plan Nacional de Salud y estrategias del departamento de Consulta Externa.</li><li>• Desarrollar en el personal, responsabilidad y trato humanitario para el paciente.</li><li>• Desarrollar los programas de docencia en coordinación con las autoridades del Hospital, así como Escuelas y Universidades formadoras de recurso humano de Salud.</li><li>• Desarrollar y fortalecer programas de mejoramiento de la calidad en cuanto a la atención médica.</li></ul>	

### **3.9.3. Planificación del Sistema de Gestión Administrativa**

La alta dirección se debe asegurar de que:

- La planificación del Sistema de Gestión de Calidad se realice con la finalidad de cumplir los objetivos y políticas de calidad e institucionales.
- Se mantenga la integración del Sistema de Gestión de Calidad cuando se planifique o implemente cambios.

### **3.9.4. Responsabilidad autoridad y comunicación**

Los coordinadores involucrados en cada proceso que toman parte del alcance del Sistema de Gestión se aseguran que las responsabilidades y el nivel de autoridad de las personas que ejecutan y verifican las actividades que afecta a la calidad del servicio, sean definidas y comunicadas mediante el procedimiento de documentación, considerando la descripción del cargo.

Teniendo estos la siguiente responsabilidad y autoridad:

- Identificar y registrar las no conformidades.

PARÁMETROS DE MEDICIÓN	
MUY conforme	4
Conforme	3
Poco conforme	2
No conforme	1



- Preparar acciones para prevenir las no conformidades relacionadas con el servicio. Y el Sistema de Gestión de Calidad.
- Verificar la implementación de las acciones preventivas y correctivas
- Controlar el proceso hasta que la no conformidad se haya corregido.
- Designar al coordinador de Calidad, identificando sus funciones y el perfil requerido.

La autoridad y responsabilidad ante el sistema de gestión de calidad, se determinarán en el Organigrama Institucional. Y el manual de funciones.

### **3.9.5. Representante de la alta dirección**

La Directora del Hospital San Vicente de Paul del Servicio de Consulta Externa nombrara como responsable para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad a la Lic. Graciela Torres, Líder de Servicio de Consulta Externa, el cual tendrá las siguientes:

Responsabilidades:

- El Sistema de Gestión de Calidad que se establece, se debe mantener y controlar de acuerdo a las Normas ISSO 9001 – 2000.

- Informar a la Directora por el desempeño y mejora que necesite el Sistema de Gestión de Calidad.
- Impulsar la satisfacción del cliente.
- Convocar a reuniones a la comisión de Calidad.
- Controlar y verificar la existencia de la documentación y registro de cada proceso y actividad.

Autoridades:

- Autorizar el programa de auditorías del Sistema de Gestión de Calidad.
- Autorizar cambios en el manual de calidad
- Revisar los avances y vigencias del Sistema de Gestión de Calidad
- Establecer mecanismos para la mejora continua.
- Proponer cambios en la documentación y registros.

### **3.9.6. Comunicación interna.**

Establece por parte de la alta dirección procesos de comunicación interna para asegurar la eficaz planeación, operación y control de los procesos del Sistema de Gestión de calidad y el logro de los objetivos se plantea el siguiente

mecanismo o estrategias de comunicación:

- Oficios
- Memorándum
- Reuniones de trabajo
- Informes

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>
	<b>BITACORA: COMUNICACIÓN INTERNA</b>
<b>MEMORANDUM</b>	
<b>Ibarra, 15 de diciembre del 2009</b>	
<b>Solicito a usted muy comedidamente se digne informar la producción del servicio de Consulta Externa del mes de diciembre.</b>	
<b>Atentamente,</b>	
<b>Dra. Yolanda Checa</b> <b>DIRECTORA</b>	

### **3.9.7. Revisión por parte de la alta dirección.**

### **3.9.8. Información para la revisión.**

Para llevar a cabo las reuniones de revisión por la Comisión de Auditoría y Control necesitar información que incluya:

- Atender las necesidades de los recursos.
- Los resultados de las auditorías internas.
- La conformidad de los servicio y su desempeño
- Seguimiento de las acciones correctivas y preventivas

### **3.9.9. Resultados de la revisión.**

Las actas de las reuniones de la revisión convocadas por la comisión de Auditoría y Control deben incluir todas las decisiones adoptadas y acciones indicadas en relación ha:

- Mejorar el servicio considerando los requisitos de las Normas ISSO.
- Mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos.

○

### 3.10. Gestión de Recursos

#### 3.9.1. Provisión de recursos

La Unidad de Recursos Humanos del hospital deberá determinar y justificar la necesidad de nuevo personal para su ingreso, estableciendo esto en el Plan Operativo Anua y la aprobación de la Directora , así como también solicitar la reforma prepuesta ría para la asignación económica.

	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>					
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>					
	Matriz de puestos de Recurso Humanos					
Puesto	Perfil	Funciones	Competencias	Espacio	Tiempo	ambiente

#### Generalidades

Primero se realiza el análisis del perfil del puesto. Se puede determinar si el personal a su cargo es competente y en caso de no serlo la Directora del hospital, el subdirector médico, y el jefe de recursos humanos en este caso es el coordinador y está a cargo de la Capacitación Interna, tienen como responsabilidad orientar a sus colaboradores.

### **Competencia, toma de conciencia y formación**

La Directora, el subdirector médico, el jefe de recursos humano en este caso es el coordinador y el Equipo de Capacitación Interna de acuerdo a las políticas establecidas para la incorporación y permanencia del personal, deberá realizar las siguientes actividades:

1. Determinar las competencias necesarias para cada puesto.
2. Reclutar,
3. Selección y contratación del personal le corresponde a la Unidad de Recursos Humanos del hospital San Vicente de Paul.
4. Inducción y capacitación del nuevo personal
5. Evaluar permanentemente al personal, para determinar si contribuyen al logro de los objetivos institucionales, enfocados a la calidad y excelencia del servicio.
6. Motivar al personal médico, de enfermería, personal administrativo, de contrato colectivo, de contrato ocasional, para que desempeñen bien sus funciones de acuerdo el siguiente perfil y descripción de funciones:

### **Infraestructura**

El Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul dispone de: espacio físico, medios de comunicación, equipos informáticos, materiales y suministros, pero es necesario se mejore permanentemente, aunque es difícil si solo se espera al presupuesto. Es responsabilidad de las autoridades realizar autogestión para incrementar sus recursos. Así

como también es responsabilidad del personal que labora en el hospital.

### **Ambiente de trabajo.**

En el ambiente de trabajo se combina los factores físicos y humanos y para mejorar esto se hace necesario considerar lo siguiente:

- Los equipos tecnológicos tanto en hardware y software y el mobiliario necesarios.
- Identificar y ubicar los lugares de trabajo en sitios estratégicos.
- La iluminación, limpieza y ventilación de las áreas de trabajo son indispensables.
- Desarrollo de trabajo en forma creativa, fundamentando el proceso sistemático y documentado las actividades.
- Las relaciones interpersonales afectan al ambiente de trabajo, debiendo fomentarse de mejor manera.
- Aplicar permanentemente una encuesta para determinar la satisfacción en el ambiente de trabajo.

### **Realización del producto**

Considerando la naturaleza del servicio ofrecido por el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, este requisito se excluye; porque se presta servicios y no se diseñan productos.

### 3.9.2. Identificación y trazabilidad

Es necesario realizar la identificación de los diferentes registros y procedimientos, mediante la asignación de códigos a los formatos y registros debiendo llevarse un control de esta actividad.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Asignación de códigos a Formatos y registros.</b>		
<b>Fecha de Elaboración</b>	<b>Código</b>	<b>Nombre del Documento</b>	<b>Utilidad</b>

### 3.11. Medición , análisis y mejora

#### Generalidades

Se hace seguimiento al comportamiento del Sistema de Gestión de la Calidad en las instancias establecidas dentro del proceso de mejoramiento desde los Círculos de Calidad, el Comité de Calidad hasta el Comité de Dirección. Los responsables de las áreas identifican las oportunidades de mejora y en un proceso de análisis se elaboran los correspondientes planes de mejora.

- Comprende la percepción del usuario y de otras partes interesadas, la calidad del servicio prestado por el Hospital, a través de los procesos de quejas, reclamos,
- sugerencias, reconocimientos y las encuestas de satisfacción.

### **3.11.1. Seguimiento y medición**

### **3.11.2. Satisfacción del cliente**

Trimestralmente se realizará el seguimiento de la información relacionada a la percepción de los clientes respecto al cumplimiento de los requisitos, donde se realizara el análisis de: sugerencias quejas y reclamos. Se ha realizado la siguiente encuesta a los pacientes del Servicio de Consulta Externa para medir la satisfacción de los usuarios:

### **3.11.3. EVALUACIÓN A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA MEDIR LA SATISFACCION EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

NOTA: Se tomó esta encuesta a 400 pacientes

#### **1. ¿Qué es para Usted el Trato Adecuado?**

**Cortesía  
Confianza  
Cordialidad entre paciente y médico  
Calidad de atención  
Prontitud  
Eficiencia**

#### **2. Considera que es adecuado el trato que recibe en el Servicio de Consulta Externa por parte de los profesionales, especialmente de los médicos?**

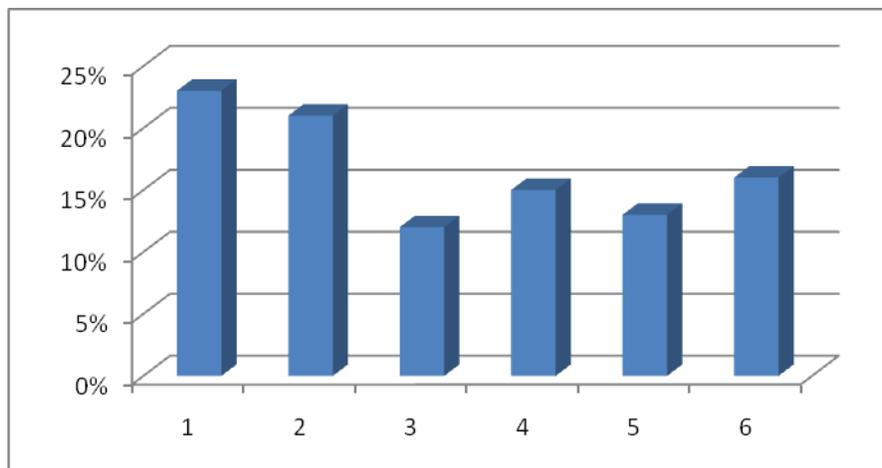
#### **3. Evalúe de 1 a 5 los siguientes factores del trato adecuado**

**Cortesía**  
**Confianza**  
**Cordialidad entre paciente y médico**  
**Calidad de atención**  
**Prontitud**  
**Eficiencia**

4. En caso de ser necesaria otra atención médica ¿regresaría a ser atendido por el Servicio de Consulta Externa?

5.- Opinión de los usuarios sobre la fuente de información de los medicamentos indicados

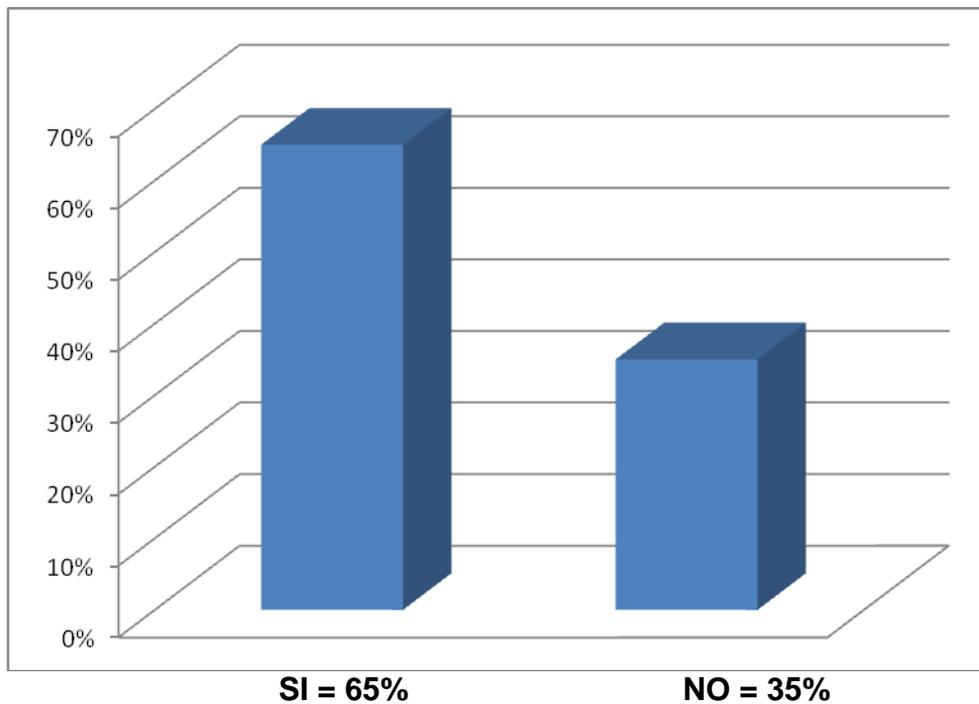
1. ¿Qué es para Usted el Trato Adecuado?



1. Cortesía
2. Confianza
3. Cordialidad entre paciente y médico
4. Calidad de atención
5. Prontitud
6. Eficiencia

Las respuestas fueron variables respecto de los usuarios, quienes valoraron de acuerdo a su criterio los diversos factores con los cuales se estimó que relacionaban un trato adecuado, manifestándose mayoritariamente por la cortesía, para proseguir con la confianza, la eficiencia, la calidad de la atención, la prontitud y la cordialidad entre paciente y médico.

**2.- Considera que es adecuado el trato que recibe en el Servicio de Consulta Externa por parte de los profesionales, especialmente de los médicos?**



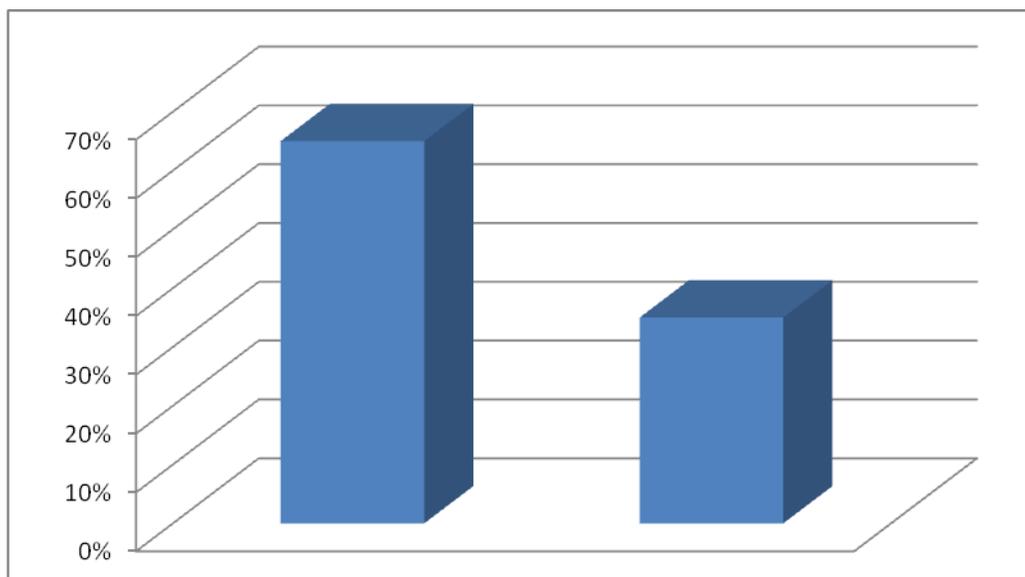
Según puede observarse la satisfacción de los pacientes alcanza a un 65%, es decir, de 400 usuarios, 260 están satisfechos con la atención del Servicio de Consulta Externa y el 35%, es decir 140 no están conformes con la atención, pero ello se refería específicamente al trato de los médicos y lo breve de su atención, pero no al funcionamiento en general del servicio

**3.- Evalúe de 1 a 5 los siguientes factores del trato adecuado**

<b>Factor</b>	<b>Nota</b>
<b>Cortesía</b>	3
<b>Confianza</b>	2
<b>Cordialidad entre paciente y médico</b>	1
<b>Calidad de atención</b>	5
<b>Prontitud</b>	3
<b>Eficiencia</b>	2

El factor más negativo es la atención de los profesionales, a los cuales los pacientes califican de fríos e impersonales, además las atenciones son breves, impidiendo al paciente una comunicación más cercana al profesional.

**4.- En caso de ser necesaria otra atención médica ¿regresaría a ser atendido por el Servicio de Consulta Externa?**

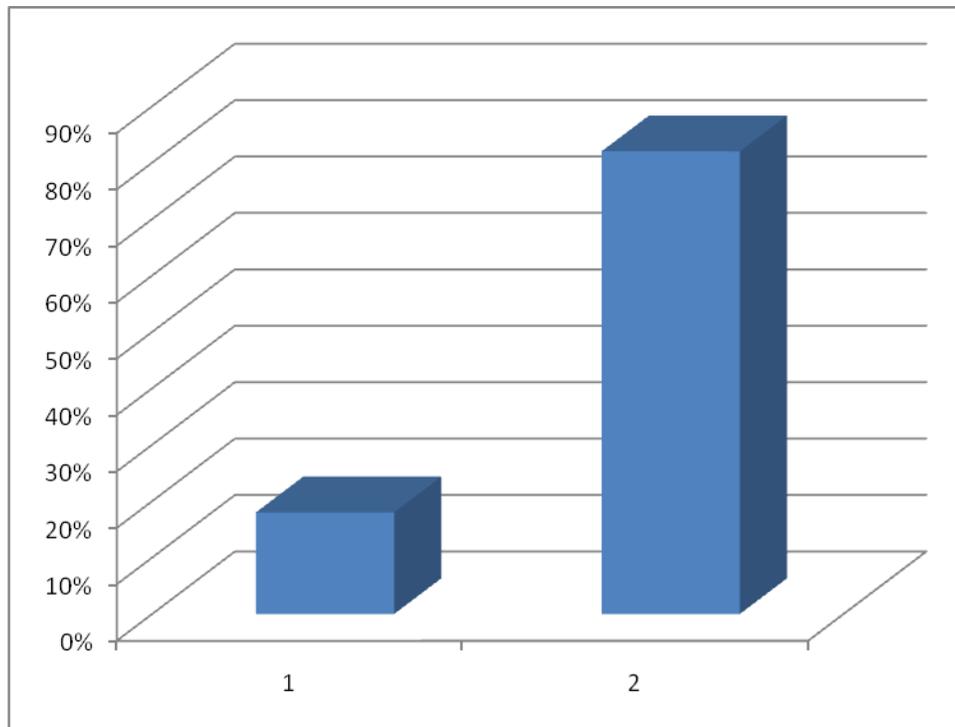


**SI = 65%**

**NO = 35%**

Un 65% de los pacientes manifestaron que volverían al Servicio de Consulta Externa para ser atendidos, en cambio el 35% manifestó que no lo haría, señalando que se repite el factor relación médico – paciente .

## 5.- Opinión de los usuarios sobre la fuente de información de los medicamentos indicados



1.- Médicos

2.- Enfermeras

Los pacientes manifestaron mayoritariamente, en un 18% que los médicos no informan lo suficiente respecto de los medicamentos prescritos, en cambio ello no ocurre con las enfermeras, quienes según el 83% de los pacientes atienden sus requerimientos acerca de los medicamentos prescritos.

### 3.11.4 .Auditoria Internas de calidad

La comisión de Auditoría y Control planificará la realización de auditorías internas de acuerdo al procedimiento determinado en el sistema de Gestión de calidad con la finalidad de verificar si este está funcionando de la forma adecuada o caso contrario establecer medidas correctivas.

Es necesario se en la apertura de la reunión informas los criterios, el alcance las responsabilidades y requisitos que tiene la auditoria.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Auditorias Internas de Calidad</b>		
<b>Fecha de Elaboración</b>	<b>Código</b>	<b>Tema</b>	<b>Informe</b>

### 3.11.5. Seguimiento y medición de los procesos

Es necesario se especifique los método de seguimiento y medición de los procesos, con la finalidad de verificar su factibilidad para alcanzar los resultados establecidos, si no son alcanzados

se adoptará acciones correctivas, con la finalidad de asegurar la conformidad del servicio.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Seguimiento y Medición de Procesos</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Código</b>	<b>Informe</b>	<b>Proceso o Servicio</b>

### 3.11.6. Seguimiento y medición del servicio

El Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul realizara el seguimiento de las características del servicio, determinando si cumple o no con los requisitos, es necesario mantener evidencias de la conformidad con los criterios de aceptación

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Seguimiento y Medición de Servicio</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Código</b>	<b>Informe Mensual de Satisfacción</b>	<b>Servicio Brindado</b>

### 3.11.7. Control del servicio no conforme

Los responsables del Sistema de Gestión de Calidad deben asegurarse de que el servicio no

conforme que no cumplan los requisitos se identifique y controle para prevenir su uso o entrega, los procedimientos están definidos en el procedimiento de productos no conforme.

Si se presente una no conformidad es necesario realizar acciones correctivas inmediatas, para luego demostrar la conformidad con los requisitos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Control de servicio no conforme</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Código</b>	<b>Informe</b>	<b>Servicios</b>

### 3.11.8. Análisis de datos

Los responsables de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad determinarán, recopilarán y analizarán los datos para demostrar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, determinando las áreas donde se puede realizar la mejora

Con los resultados obtenidos de las reuniones donde se extraerá información sobre: la satisfacción de los clientes, la conformidad de los requisitos. Para elaborar el diagnóstico con la finalidad de mejorar la eficacia del sistema se debe formular las acciones preventivas a realizar



Ministerio de Salud Pública

## HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

### SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

#### MEDICION, ANALISIS Y MEJORA

#### **ANALISIS:**

La percepción de los Usuarios externos, es que existe un alto porcentaje de satisfacción por la atención que les brinda en el Servicio de Consulta Externa, sin embargo existe un pequeño grupo de usuarios, que refieren inconformidad al no recibir una atención adecuada por parte de los profesionales médicos del Servicio

1. Este porcentaje minoritario de usuarios externos, inconforme por la atención, debido a que no reciben información respecto de la prescripción medicamentos por parte de los médicos, siendo esto subsanado en gran parte por las enfermeras, sin embargo, se requiere a juicio de los usuario no conformes un mayor esmero por parte de los profesionales de la medicina por solucionar este aspecto que compromete la calidad del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul
2. La mayoría de los usuarios externos están satisfecho con la atención que les brinda el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, por lo que refieren que asistirían a dicho servicios las veces que lo necesiten.
3. Ha quedado comprobado en la evaluación efectuada a los pacientes del Servicio de Consulta Externa cuya satisfacción alcanza a un 65%, ya que de 400 usuarios, 260 están satisfechos con la atención médica y un 35%, es decir 140 no están conformes con la atención prestada por los profesionales médicos, pero ello no afecta al funcionamiento en general del servicio
4. En efecto, quedó demostrado que el factor más negativo de esta evaluación fue la atención de los profesionales médicos, quienes fueron calificados de fríos e impersonales, los cuales, en la brevedad de su atención, ni siquiera informan acerca de los medicamentos prescritos, debiendo los pacientes recurrir a las enfermeras para subsanar esta grave omisión.
5. Lo positivo de esta evaluación es que un 65% de los pacientes manifestaron que volverían al Servicio de Consulta Externa para ser atendidos, en cambio el 35% manifestó que no lo haría, señalando que se repite el factor relación

médico – paciente

6. En concordancia con lo anteriormente expuesto, los pacientes manifestaron mayoritariamente, en un 83% que son las enfermeras quienes atienden sus requerimientos acerca de los medicamentos prescritos, siendo apenas un 18% de los médicos los que cumplen con esta primordial obligación.

### 3.11.9. Mejora

#### Mejora continua

Le corresponde a la Directora, Administrador y los responsables de los procesos del hospital mejorar en forma continua la eficacia que tenga la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad, deben considerar:

- Las políticas de calidad,
- Los resultados arrojados de las auditorias,
- El seguimiento de productos y servicios no conformes,
- El análisis de datos

Sirviéndose de estos para determinar y aplicar acciones preventivas y correctivas, buscando mejorar continuamente, con la finalidad de cumplir los objetivos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>
	<b>MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>
<p><b>MEJORA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar un manual informativo para los trabajadores en donde se incluyan información relacionada a los objetivos, propósito, misión, visión, deberes y derechos de los mismos.</li> <li>2. Aumentar el presupuesto con el objeto de contratar mayor cantidad de profesionales médicos a fin de tener mejor atención de salud a los pacientes del Servicio de Consulta Externa.</li> <li>3. Crear políticas de reconocimiento al desempeño, de manera que se evalúe mensualmente.</li> <li>4. Mejorar las condiciones de la infraestructura del servicio, gestionando apoyo financiero externo.</li> <li>5. Realizar un programa informativo a través de un espacio en las radios locales de manera semanal. Para informar y educar sobre patologías frecuentes para la prevención y así disminuir complicaciones que asistan al servicio de emergencia. .</li> <li>6. Buscar alternativas con la cooperación externa para poder adquirir medicamentos y material de reposición no existente en el servicio.</li> <li>7. Crear un buzón de sugerencias y aportes para los trabajadores que permita a las autoridades del servicio obtener opiniones no mediatizadas.</li> <li>8. Realizar paneles o murales informativos en lugares estratégicos, para transmitir mensajes a los pacientes.</li> <li>9. Realizar un boletín informativo mensual de las principales actividades realizada en el servicio, y divulgarlo a través de los medios locales.</li> <li>10. Desarrollar reuniones periódicas con el equipo del Servicio de Consulta Externa, para incidir sobre la calidad y calidez de la atención.</li> <li>11. Realizar monitoreo de encuesta de satisfacción de usuarios periódicamente y divulgar los resultados al personal del servicio.</li> <li>12. Implementar el sistema de clasificación con un recurso de enfermería calificada con el fin de dar atención oportuna a los pacientes.</li> <li>13. Facilitar a los trabajadores el manual de cargos y funciones existente en recursos humanos con el propósito que conozcan a profundidad las funciones de su cargo.</li> </ol>	

### **3.11.10. Acción correctiva**

Es necesario que las personas responsables de llevar a cabo las acciones correctivas definan los requisitos para: Revisar las no conformidades y determinar las causas.

- Adoptar acciones preventivas para eliminar las no conformidades
- Registrar las acciones ejecutadas
- Revisar la factibilidad de las acciones tomadas para verificar si se elimino la no conformidad.

El Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, prevé como acciones correctivas a implementarse para mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad son:

1. Capacitación del personal involucrado en el desarrollo de los actividades.
2. Organizar las responsabilidades y funciones en un manual el cual ayudara al mejor desempeño profesional.
3. Motivar al personal para que fomente la buena atención a los usuarios internos y externos de la institución.
4. Si la no conformidad es por la actitud del personal se aplicara lo que establece la ley y el reglamento interno.
5. Elaborar planes de contingencia para prevenir las fallas en los procesos.

6. Aplicar adecuadas estrategias de comunicación ya expuestas en el sistema de Gestión.
7. Aceptar las recomendaciones efectuadas en las auditorias.
8. Evaluar en forma permanente el control interno
9. Monitorear el desarrollo de los sistemas y cumplimiento de requisitos.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Acciones Correctivas</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Informe de no conformidad detectada</b>	<b>Acciones de mejora</b>	<b>Resultados</b>

### 3.11.11. Acción preventiva

Los requisitos que se deben definir para llevar a cabo las acciones preventivas en los procedimientos que deben realizar los responsables del proceso son:

- Revisar las no conformidades y determinar las causas.
- Evaluar la necesidad de realizar las acciones preventivas y correctivas.

- Adoptar acciones preventivas para eliminar las no conformidades
- Registrar las acciones ejecutadas
  - Revisar la factibilidad de las acciones tomadas para verificar si se elimino la no conformidad.

Como acciones preventivas se pueden considerar las siguientes:

1. Elaborar planes para prevenir no conformidades.
2. Capacitación del personal involucrado en el desarrollo de las actividades.
3. Interesarse por tener una buena comunicación en forma permanente con los usuarios.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		
	<b>Acción Preventiva</b>		
<b>Fecha</b>	<b>Informe Mensual</b>	<b>Acciones Preventivas</b>	<b>Resultados</b>

## CAPÍTULO IV

### IMPACTOS DEL PROYECTO

#### 4.1. Valoración de Impactos

Los impactos, luego de la socialización de la propuesta realizada en la semana del 23 al 27 de agosto del 2010 en el auditorio del hospital San Vicente de Paúl, se evaluaron aplicando la siguiente escala de valoración:

Valoración Cualitativa	Valoración Cuantitativa
Alto Positivo	+ 3
Medio Positivo	+ 2
Bajo Positivo	+ 1
No hay impacto	0
Bajo Negativo	• 1
Medio Negativo	• 2
Alto Negativo	• 3

A la pregunta ¿Cuando se implemente el Sistema de Gestión de la Calidad, en el Servicio de Consulta Externa, cuál será el impacto económico, ético y social?

La metodología para diseñar y evaluar los impactos en base a la matriz es la siguiente:

En las filas se insertan los indicadores correspondientes que identifican los principales impactos y en las columnas la valoración cuantitativa.

El nivel de impacto se obtiene mediante la suma de los puntajes del correspondiente indicados, dividiéndose por el número de indicadores, como se demuestra en la siguiente fórmula:

$$NI = \frac{\sum IMPACTO}{NUMERO - INDICADORES}$$

## 4.2. Análisis Impacto Económico

### IMPACTO ECONÓMICO

NIVEL DE IMPACTO INDICADOR	-3	-2	-1	0	1	2	3
Personal competitivo y eficiente						X	
Aumento del presupuesto del Estado							X
Incremento de personal médico							X
Mejoramiento de las instalaciones							X
<b>TOTAL</b>						<b>2</b>	<b>9</b>

$$NI = \frac{\sum IMPACTO}{NUMERO - INDICADORES}$$

$$N = \frac{11}{4} = 2,75$$

### NIVEL DE IMPACTO ECONÓMICO = ALTO POSITIVO

Analizado el impacto económico sus resultados son de un factor alto positivo, lo que resultó del establecimiento de métodos y medidas para mejorar la eficacia y eficiencia en cada uno de los señalados procesos, a fin que estos se desarrollen con mayor calidad y en un tiempo inferior al existente, lo que, ciertamente, generará un beneficio económico directo para la institución, ya que con una mayor cantidad de profesionales, un personal competitivo y eficiente, más un mejoramiento de las instalaciones lo que generará un mejoramiento de la calidad en todos los sentidos.

### 4.3. ANALISIS IMPACTO ETICO

NIVEL DE IMPACTO INDICADOR	-3	-2	-1	0	1	2	3
Atención personalizada							X
Información adecuada acerca de los medicamentos prescritos						X	
Capacitación del personal en atención al cliente						X	
Cursos de autoestima y formación de valores							X
<b>TOTAL</b>						<b>4</b>	<b>6</b>

$$NI = \frac{\sum IMPACTO}{NUMERO - INDICADORES}$$

$$N = \frac{10}{4} = 2,5$$

#### NIVEL DE IMPACTO ECONÓMICO = MEDIO POSITIVO

Analizado el impacto ético puede advertirse que todo mejoramiento en cuando a la cantidad y calidad de la atención de salud genera beneficios obvios, debiendo dejarse constancia que los profesionales y funcionarios de la salud deben tener presente que son servidores públicos que están a cargo de uno de los bienes más importantes del ser humano como lo son la vida y salud de las personas, y en su calidad de servidores públicos, teniendo en consideración que la obligación, específicamente de los médicos y su equipo de asistencia no consiste en el compromiso de curar al enfermo (que sería contra la lógica de los hechos) pero sí la obligación de prestarle una adecuada asistencia y no cualquier cuidado. En efecto, sería anti ético prometer curación al enfermo, ya que la obligación del profesional como se manifestó es la de emplear toda la diligencia que se precisa para ello.

#### 4.4. ANALISIS IMPACTO SOCIAL

NIVEL DE IMPACTO INDICADOR	-3	-2	-1	0	1	2	3
Mejor atención de salud a la comunidad						X	
Aumento del profesionales genera mayor calidad de atención						X	
Aumento de presupuesto genera mayor cobertura a los pacientes							X
Aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes							X
<b>TOTAL</b>						<b>4</b>	<b>6</b>

$$NI = \frac{\sum IMPACTO}{NUMERO - INDICADORES}$$

$$N = \frac{10}{4} = 2,5$$

Analizado el impacto social el mejoramiento que se propone cumplirá con los objetivos fundamentales del Estado en el sentido que una mejor atención en calidad y cantidad influirá positivamente en el sector que requiera del Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul, que el Estado estará cumpliendo con sus deberes primordiales de mejorar el derecho humano a la calidad de vida de los ciudadanos, en lo que dice relación con su salud.

#### 4.5. ANALISIS IMPACTO GENERAL

NIVEL DE IMPACTO INDICADOR	-3	-2	-1	0	1	2	3	$\sum IMPACTO$
ECONÓMICO							X	
ÉTICO						X		
SOCIAL							X	
<b>TOTAL</b>						<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

$$NI = \frac{\sum IMPACTO}{NUMERO - INDICADORES}$$

$$NI = \frac{8}{3} = 2,66$$

El resultado general de los impactos establecidos en la socialización del trabajo son económico y social alto positivo y ético medio positivo; por lo que se considera a la propuesta como factible de ser implementada en el área de Consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra

## CONCLUSIONES

- No existe un equipo de capacitación y mejora continua que permita mejorar la atención al cliente.
- Los recursos utilizados para prestar una atención satisfactoria a los pacientes como equipos, medicinas e insumos médicos, no son suficientes.
- Los pacientes expresan que existe demora para la entrega de turnos y por lo tanto se necesita modificar las políticas de atención existentes.
- Los pacientes prefieren la Consulta Externa en el Hospital San Vicente de Paúl por su mejor calidad de atención especialmente en el trato interpersonal.
- Se necesita una redistribución de consultorios según su especialidad y reajustes en los horarios médicos para una atención continúa.
- La creciente demanda de pacientes requiere incrementar profesionales médicos en el Servicio de Consulta Externa; lo que contribuye a cumplir con los derechos humanos, a la salud y a la calidad de vida de los ciudadanos, aumentándose la posibilidad de una atención adecuada, rápida y eficaz.
- La calidad del Servicio de Consulta Externa fue percibida por los usuarios externos como insatisfactoria, por el reducido ambiente de la infraestructura.
- La aplicación de los ocho requisitos según la norma ISO 9001- 2000, permitió el diseño para: establecer, documentar, implantar, mantener y mejorar un Modelo de Procesos. Con lo que se mejorará la calidad del servicio.

## RECOMENDACIONES

- Conformar el equipo de gestión y mejoramiento continuo del hospital, basado en un plan de gestión institucional y gestión de la calidad para mejorar la distribución de los turnos y así brindar un mejor servicio a los usuarios.
- Mejorar las políticas de entrega de turnos para la atención médica así como las estrategias de calidad en los procesos de oferta del servicio.
- Mantener y fortalecer la calidad de atención al paciente, particularmente en lo interpersonal.
- Redistribuir los consultorios y horarios de atención para las ocho horas en todas las especialidades.
- Crear plazas de cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología y neurología, para atender la demanda de una atención adecuada, rápida y eficaz
- Dotar de equipamiento, insumos médicos y medicinas a los consultorios para mejorar la atención a los pacientes.
- Aplicar el sistema de calidad en el área de consulta externa del H.S.V. de P.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **ARANAZ ANDRÉS, J. M:** La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. Gestión sanitaria y asistencia neurológica. J R Prous Editores. Barcelona, 1994.
2. **BURMESTER, H.:** Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Revista Panamericana Salud Pública. 1997.
3. **DONABEDIAN, A.:** Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México. Mayo Junio, 1993. Vol. 35, nº 3.
4. **GARCÍA BLÁZQUEZ, M. y MOLINOS COBOS, J.:** Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (aspectos jurídicos y médico-forenses). Editorial Comares. Granada. España, 1995
5. **LIMA GONÇALVES, E.:** El Hospital – Empresa: De la planificación a la conquista del mercado. Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Revista RAE • v. 39 • n. 1 • Enero./Marzo. São Paulo , Brasil, 1999.
6. **MALAGÓN-LONDOÑO, G.:** Administración Hospitalaria. Edit. médica Panamericana. 1ra edic, Bogotá, Colombia, 2004.
7. **NÚÑEZ, Z.:** Estudio de evaluación de la calidad de servicio de los consultorios externos del servicio de medicina del HNAL Lima 2006. [Tesis de Maestría]Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2006.
8. **PÉREZ N.:** Calidad de servicio en la consulta externa de Neurología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza desde la percepción de los

usuarios externos, Lima 2006. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2006.

9. **RICCI V.:** Calidad de servicio percibida por los usuarios de la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2005. [Tesis de Maestría] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2007.
10. **TORREGROSA SÁNCHEZ, Raúl:** Calidad, concepto y generalidades. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España, 2006.

- **Lincongráficas:**

- BRENNER, P.: PECAH Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria, Ministerio de Salud de la República de Chile. [www.minsal.cl/ici/red publica](http://www.minsal.cl/ici/red publica).
- SANCHÍS PÉREZ, A.: Es válida la ISO 9001: 2000 como herramienta estratégica de Mejora Continua.
- [www.camaramadrid.es/index.php?elem=415&sec=6](http://www.camaramadrid.es/index.php?elem=415&sec=6)

## **NORMAS, LEYES, REGLAMENTOS**

- **Norma ISSO 9000-2000. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Internacional Standard Organization.**
- **Norma ISSO 9001-2000 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Internacional Standard Organization.**
- **Norma ISSO 9000-1 2000 Quality management and quality assurance standars: Guideline for selection and se Internacional Standard Organization.**
- **Norma ISSO 9004-2000. Sistema de Gestión de la calidad- Directrices para la mejora del desenpeño. Internacional Standard Organization.**

# ANEXOS

**ANEXO NO.1**

## ENCUESTA

- 1) Su edad se encuentra comprendida entre:
- 2) Su instrucción académica es:
- 3) ¿De qué lugar proviene?
- 4) ¿Considera usted que es adecuada la infraestructura del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul?
- 5) ¿Cree Usted que los recursos utilizados para prestar una atención satisfactoria a los pacientes o usuarios son suficientes?
- 6) ¿Existe demora entre la entrega de turnos y la atención prestada?
- 7) En relación al tratamiento dado a los pacientes o usuarios por parte del personal administrativo del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul ¿Cómo lo calificaría?:
- 8) En relación al tratamiento dado a los pacientes o usuarios por parte de los profesionales de la Salud que le atienden en el Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul ¿Cómo lo calificaría?:
- 9) ¿Cree que es necesaria la modificación de las políticas de atención existentes para mejorar la atención a pacientes o usuarios?
- 10) De ser positiva su respuesta ¿cómo cree que podría mejorarse la atención a los pacientes o usuarios?
- 11) ¿Ha sido atendido en una o en varias oportunidades en el Servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul?
- 12) ¿Por qué, siendo de las provincias de Carchi, Esmeraldas y Pichincha, prefiere atenderse en el servicio de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?

## ANEXO NO.2:

### ENTREVISTA

- 1) ¿Existen programas de mejoramiento de atención los pacientes?
- 2) En caso de respuesta afirmativa, indicar cuáles son?. Si no existen estos programas, según su criterio ¿cuáles serían las alternativas y medidas que se deberían tomar para mejorar la calidad de atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?
- 3) De los programas de mejoramiento que se plantea implementar ¿cuál sería el que debería aplicarse de inmediato para que se notara un mejoramiento sustancial en la calidad de atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?
- 4) Como funcionario (a) público (a) señale una sugerencia mejorar la calidad de atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra
- 5) ¿Cuáles son las causas internas y externas que afectan negativamente la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?
- 6) ¿Cree Usted que en este último tiempo de acuerdo a las estadísticas y a su experiencia la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra han bajado o aumentado?
- 7) ¿Existe suficiente presupuesto del Estado ecuatoriano destinado a la mejoría de la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra han bajado o aumentado?

- 8) El Estado ecuatoriano ¿se ha preocupado en los últimos años de la mejoría de la calidad de la atención los pacientes o usuarios del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?. Enumere, de existir, cuáles son las políticas de mejoría que se ha llevado a efecto en beneficio del Centro y de los pacientes o usuarios.
- 9) ¿Cómo encuentra la infraestructura del Centro de Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra?. En caso de que su respuesta sea positiva señale las razones de ello o si existen deficiencias, indique cuáles son.
- 10) Recomendaciones y sugerencias del (la) Funcionario (a) entrevistado (a)

