



Universidad Técnica de Babahoyo
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGISTER EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TITULO DE LA TESIS:

“SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA APLICACIÓN
DE LAS NORMAS ISO 9001 – 2008 EN EL CENTRO DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE
MILAGRO”

TUTORA:

Ing. Janet Bonilla Freire MAE

AUTORA:

Obst. Rosa Vásquez de Romero

BABAHOYO

2014



Universidad Técnica de Babahoyo
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Ing. Janet Bonilla Freire MAE, Tutora de Tesis, a petición de la parte interesado.

CERTIFICO; que la presente Tesis, elaborada por la Obst. Rosa Vásquez de Romero, con el tema: **SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9001 – 2008 EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE MILAGRO**. La misma que fue revisada, asesorada y orientada en todo proceso de elaboración, además fue sometida al análisis de Software Antiplagio URKUND, cuyo resultado es el 3% la cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la titulación por lo tanto considero apta para la aprobación respectiva.

Document: [VASQUEZ MARTINEZ ROSA DEL CARMEN.docx](#) (D13207143)
Submitted: 2015-02-11 22:58 (-05:00)
Submitted by: ROSA DEL CARMEN VASQUEZ MARTINEZ (rosadero@hotmail.es)
Receiver: centro.de.postgrados.urb@analysis.orkund.com
Message: TESIS DRA VASQUEZ TERCERA CORRECCION [Show full message](#)
3% of this approx. 38 pages long document consists of text present in 3 sources.

Rank	Path/Filename
1	TABULACION-CALIDAD (2).docx
2	http://www.seram2008.com/modules/posters/files/poster_mama.ppt
3	http://www.un.org/en/ecosoc/julyhis/pdf10/guatemala_english_ecosoc_final.pdf

Alternative sources
Sources not used

100% Active

1. INTRODUCCIÓN La continua transformación a la que está sometida nuestra sociedad, obliga al sector de la salud orientarse por medio de un modelo de gestión administrativa de calidad total, para así estar acorde al nuevo entorno de servicio que se desarrolla en el sector público y cumplir con los objetivos e indicadores que permitan prestar un servicio a la sociedad con eficiencia y eficacia.

Cada vez es más notable el uso de técnicas que permitan ofrecer servicios de calidad en el área de salud, esto se por por las siguientes las razones:

- Observancia de normas.
- Requerimiento de los usufructuarios.
- Buscar mayor eficiencia en el talento humano.
- Minimizar egresos financieros
- Reducir errores.

Los procesos de servicios en salud, tienen cierto nivel de inseguridad y para superar los mismos, la gestión administrativa busca instaurar el Sistema de Gestión de Calidad, ISO 9001:2000 en el área de salud, esto permite el desarrollo de la norma internacional ISO IWA 1:2009

CITATION Per09 || 12298 | Permuy, 2009).

Certificación que confiero para fines legales.
Atentamente;

Ing. Janet Bonilla Freire MAE
TUTORA DE TESIS

CERTIFICACIÓN

Ing. Janet Bonilla Freire MAE en calidad de Directora de Tesis cuyo título es: “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9001 – 2008 EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE MILAGRO” de auditoria de **Obst. Rosa Vásquez de Romero** CERTIFICO que se han cumplido con todos los ajustes y correcciones que el tribunal ha sugerido, considero que los trámites de titulación deben seguir de acuerdo a las normativas del Centro de Estudios de Posgrado.

Babahoyo, abril de 2015

Ing. Janet Bonilla Freire MAE
DIRECTORA DE TESIS.

DEDICATORIA

Esta Tesis la dedico con mucho amor, respeto y cariño:

A Dios, por darnos la dicha de la vida y de esta manera poder compartir con las demás personas momentos maravillosos en nuestras vidas

A mis padres cuyas largas horas de sacrificio y abnegación me han servido de ejemplo para seguir adelante, a mi esposo, por la comprensión que en todo momento me brinda, a mis hijos que son el verdadero ideal que ha forjado mi actitud, a todos ellos mi respeto y admiración por todo.

Obst. Rosa Vásquez de Romero.

AUTORÍA

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuesta emitidos en esta tesis cuya tema es: **“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9001 – 2008 EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE MILAGRO”**.

Son de exclusiva responsabilidad de su autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero.

Obst. Rosa Vásquez de Romero

C.I. 090647996-9

ÍNDICE	Página
1. Introducción.	9
2. Tema.	11
3. Marco Contextual.	12
4. Situación problémica.	17
5. Planteamiento del problema.	19
5.1. Problema general.	19
5.2. Problemas derivados.	19
6. Delimitación de la investigación.	20
7. Justificación.	21
8. Objetivos.	24
8.1. Objetivo general.	24
8.2. Objetivos específicos.	24
9. Marco teórico.	25
9.1. Marco Conceptual.	25
9.2. Marco Referencial.	30
9.3. Postura teórica.	46
10. Hipótesis.	51
10.1. Hipótesis general.	51
10.2. Hipótesis derivadas.	51
10.3. Variables.	52
10.4. Operacionalización de las variables.	52
11. Resultados obtenidos de la investigación	53
11.1. Pruebas estadísticas aplicadas en la verificación de las hipótesis.	53
11.2. Análisis e Interpretación de datos	53
11.3. Conclusiones y recomendaciones generales y específicas acerca de los resultados de la investigación.	72
12. Propuesta de aplicación de resultados.	75
12.1. Alternativa obtenida.	75
12.2. Alcance de la alternativa	75
12.3. Aspectos Básicos de la alternativa	76
12.4. Resultados esperados de la alternativa.	79
13. Bibliografía.	92
14. Anexos.	95

RESUMEN

La calidad en los servicios de salud se puede lograr a través de una eficacia y eficiencia organizacional; calidad en la práctica médica; calidad en la gestión de Procesos y sistemas; que resulte en servicios de salud de clase mundial que garanticen la seguridad del paciente, cada vez es más común, el uso de las metodologías y herramientas de calidad, que tradicionalmente se utilizan en la industria convencional, en los sistemas y procesos de salud. El propósito de implantar el sistema de gestión de calidad que consiste de una estructura organizacional, procesos, procedimientos y recursos, es demostrar capacidad para proveer consistentemente un producto/servicio que cumpla los requisitos del cliente y los reglamentarios y mejorar continuamente la Satisfacción del Usuario.

Es de conocimiento del mundo empresarial que las empresas deben llegar a la Certificación de un Sistema de calidad basado en alguna norma, siendo ISO 9001:2008, la norma Internacional de mayor aceptación. Ya es una barrera comercial, ya no basta con “hacer creer” que la empresa trabaja bien, hay que mostrar evidencias. Las empresas que no cumplen con este requisito pierden opciones de comercializar sus productos o servicios, ya que hay otro competidor que si cumple este requisito. Es por lo tanto un imperativo de mercado lograr una certificación.

Bien vale la pena trabajar en un sistema de gestión de calidad, ya que la empresa desarrollará un sistema estructurado, ordenado y basado en principios universales de la administración moderna. Esto lleva a la empresa a reducir sus costos operativos, a generar un nuevo y competitivo ambiente de trabajo, a poner en práctica dos paradigmas: uno desarrollar la permanente satisfacción de los clientes y segundo, dar las bases para hacer realidad la mejora continua de sus procesos.

SUMMARY

Quality health services can be achieved through organizational effectiveness and efficiency; quality in medical practice; quality management processes and systems; resulting in health services to ensure world-class patient safety, it is becoming more common, the use of quality tools and methodologies, traditionally used in conventional industry, in health systems and processes. The purpose of implementing the quality management system consisting of an organizational structure, processes, procedures and resources to demonstrate ability to consistently provide product / service that meets customer requirements and regulatory requirements and continuously improve customer satisfaction.

Knowledge is the business world that companies must achieve certification of a quality system based on a norm, being ISO 9001: 2008, the most widely accepted international standard. It is a trade barrier, and not just "make believe" that the company works well, you have to show evidence. Companies that do not meet this requirement lose options to market their products or services because no other competitor if it meets this requirement. It is therefore imperative to achieve certification market.

Well worth working on a quality management system, as the company developed a structured, orderly and based on universal principles of modern management system. This brings the company to reduce operating costs, to generate a new competitive working environment, to implement two paradigms: one develop lifelong customer satisfaction and second, provide the basis to realize the continuous improvement of its processes.

1. INTRODUCCIÓN

La continua transformación a la que está sometida nuestra sociedad, obliga al sector de la salud orientarse por medio de un modelo de gestión administrativa de calidad total, para así estar acorde al nuevo entorno de servicio que se desarrolla en el sector público y cumplir con los objetivos e indicadores que permitan prestar un servicio a la sociedad con eficiencia y eficacia.

Cada vez es más notable el uso de técnicas que permitan ofrecer servicios de calidad en el área de salud, esto se por pos las siguientes las razones:

- Observancia de normas.
- Requerimiento de los usufructuarios.
- Buscar mayor eficiencia en el talento humano.
- Minimizar egresos financieros
- Reducir errores.

Los procesos de servicios en salud, tienen cierto nivel de inseguridad y para superar los mismos, la gestión administrativa busca instaurar el Sistema de Gestión de Calidad, ISO 9001:2000 en el área de salud, esto permite el desarrollo de la norma internacional ISO IWA 1:2005 (Permy, 2009).

La finalidad de establecer el sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008 en el área de salud en el SAISS # 3, es presentar ante los usuarios una imagen de una institución que tiene capacidad para suministrar un servicio que cumpla los requisitos técnicos y mejorar el servicio para satisfacer al usuario externo e interno.

Cuando se aplica el sistema de gestión de calidad a toda la organización del Centro de Salud, este va dirigido a:

- “Procesos de gestión administrativa,
- Procesos operativos de atención en consulta externa,
- Laboratorios,
- Servicios ambulatorios y de urgencias, entre otros” (MSP, 2013).

En forma específica el presente documento en cada una de sus partes justifica la investigación, lo cual va a permitir aplicar un sistema de gestión ISO para ser una unidad de salud con calidad certificada.

2. TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Sistema de gestión de calidad para alcanzar la aplicación de las Normas ISO 9001 – 2008 en el Centro de atención integral de la salud sexual y reproductiva N° 3 de Milagro.”

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 Contexto Nacional.

La salud en el Ecuador en los actuales momentos se dirige desde el precepto de gestión descentralizada, al realizar esta acción en un sistema de salud, hay dos preguntas claves: ¿Quién tiene el poder de hacer decisiones? y ¿cuánto poder tiene sobre cuáles funciones? Los modelos y las estrategias de la descentralización pueden ser muy diversos.

La Constitución del Ecuador del año 2008 que está en vigencia, plantea la existencia de un sistema de aseguramiento universal. “El IESS cobre a las personas que son afiliados a través de su trabajo, y tiene programas adicionales que cobran la policía (ISSPOL), las fuerzas armadas (ISSFA), y los campesinos (SSC), pero estos seguros solamente cobran el 20% de la población” (Goldman, 2009).

El MSP está consiente que para lograr mejorar la atención a la sociedad ecuatoriana, la norma nacional actualizada tiene que ser aplicada de manera efectiva y sostenida en la práctica.

El Ministerio de Salud plantea el desarrollo de un conjunto de actividades específicas en el Nivel Central, Direcciones Provinciales, Direcciones de hospitales y Jefaturas de Área, con la finalidad de orientar y difundir las normas directrices que permitan fortalecer las capacidades del personal, midiendo el grado de su cumplimiento a través de indicadores y fortalecer a los diferentes niveles y unidades de salud que muestren deficiencias.

“La salud como principio y la salud como un derecho ha sido la visión que nos ha permitido recuperar la confianza de la ciudadanía. De 16 a 35 millones de atenciones en 2011 y más de 38 millones de atenciones en 2012, ha sido el significativo avance del Ministerio de Salud Pública (MSP)”, (ANDES, 2013).

La Ministra de Salud Carolina Vance, en su oportunidad indico que se ha hecho un estudio para llenar las necesidades del área de salud en el Ecuador, esto de acuerdo a las necesidades de la población, determinado por medio de criterios técnicos.

También indico que el nuevo modelo de gestión descentralizada está en proceso de ejecución, y también está en ejecución un nuevo modelo de atención sistémico en salud preventiva.

Este modelo de gestión del Ministerio de Salud Pública, incluye a los centros de salud de atención primaria y a los hospitales, para que cumplan con estándares internacionales de servicio a la población ecuatoriana. “Es importante visualizar como eran nuestros hospitales antes y como están en la actualidad” (ANDES, 2013), dijo la ministra.

En lo que respecta al talento humano que labora en esta dependencia, manifestó que se plantea a futuro “salarios dignos para los funcionarios y funcionarias de la salud pública” (ANDES, 2013).

3.2 Contexto Local

El Centro de Atención Integral de la Salud Sexual No. 3 es una institución de servicio de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es un centro de atención sin fines de lucro que por la ley atiende gratuitamente a la población que requiere de sus servicios.

Su área de influencia abarca a sectores de escasos recursos económicos básicamente en la ciudad de Milagro cantón de la Provincia del Guayas ubicado en la Avenida 17 de Septiembre y Ambato zona central y urbana.

El **S.A.I.S.S. # 3** está estructurado de la siguiente manera, en lo que se refiere a recursos humanos y físicos:

Recursos Humanos.

- 3 Medico General

- 1 Obstetrix

- 1 Lcda. en enfermería.

- 1 Psicóloga

- 1 Farmacéutico

- 1 Estadístico

- 1 persona destinada a la Atención del Usuario

- 1 auxiliar de Laboratorio

- Un auxiliar de servicios generales.

El S.A.I.S.S. # 3, brinda los siguientes servicios asistenciales toda persona que necesite atención primaria:

- Atención integral en Medicina general.
- Planificación familiar.
- Entrega de tarjetas integrales de salud.
- Maternidad gratuita y atención a la infancia incluidas exámenes de laboratorio, insumos, medicamentos y micro nutrientes.
- Orientación e información sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- Detención oportuna de cáncer cervíco uterino y mamario
- Atención psicológica.

En la actualidad en el S.A.I.S.S. # 3 de Milagro todas las partes están inmersas en el programa de maternidad gratuita y atención a la infancia, en el cual los exámenes, tratamiento y atención de salud no tienen costo alguno.

Aunque se han presentado problemas por la falta de un flujograma donde se indique los procesos en la atención al usuario y al no existir un manual para los usuarios, se pretende implantar un Sistema de Gestión de

Calidad para mejorar la atención en todos los procesos, reduciendo el tiempo en otorgar el servicio a los usuarios.

Los beneficios del trabajo es, realizar una investigación de la situación actual de todos los procesos y sub procesos del **S.A.I.S.S. # 3**, para determinar de qué manera beneficiara la implementación de un sistema de Gestión de Calidad en esta institución que presta servicios de salud.

4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El ámbito de la investigación son todos los procesos y sub procesos que intervienen en los servicios que presta el S.A.I.S.S. # 3, enfocado en las especialidades de atención primaria.

En el **S.A.I.S.S. # 3**, servicio de atención integral de la salud sexual de Milagro, se pudo analizar la situación actual de los procesos que en él se realizan los usuarios que llegan molestos, impacientes, irritables e irrespetan a los profesionales, en muchos casos no respetan los turnos, desean ser atendidos inmediatamente; discuten con los demás usuarios, también dentro de la problemática se ha podido detectar que se van a la Dirección del Hospital a presentar sus quejas, a esto se suma que no existe un Manual de normas claramente definido, donde se pueda dirigir de manera eficaz y eficiente los procesos de gestión en la atención del cliente (usuario).

Dentro de la problemática también es necesario indicar que los usuarios de este servicio no entienden que existe un procedimiento para la atención, que los centros de salud como primera opción, ya que si el parte antes de llegar al Hospital debe ir a su unidad de atención por ser el primer, nivel donde se debe prestar el servicio de acuerdo a los turnos disponibles y el recurso humano profesional existente.

Para dar una solución a esta problemática se desarrollará esta investigación, donde analizamos la situación actual de todos los procesos

y subprocesos del SAISS # 3, enfocado en todas las especialidades de atención primaria, teniendo como finalidad alcanzar las metas institucionales, siendo los beneficiados directos los usuarios del Centro de Salud y el personal que labora en el mismo.

A lo descrito es necesario agregar que las instituciones dependientes del Ministerio de Salud, se aplican procesos evaluativos por parte del Ministerio de lo Laboral y del propio MSP, pero solamente instituciones de salud financiadas y dirigidas por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, han incursionado en proceso de evaluación de calidad, en base a las normas ISO.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1. Problema General

¿De qué manera incide la utilización de un Sistema de Gestión de Calidad, en la satisfacción de sus usuarios del **S.A.I.S.S. #3**, Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro?

5.2. Subproblemas

- ¿Cuáles son los procesos que permiten orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente del SAISS #3.?
- ¿De qué manera el desempeño y rendimiento en el S.A.I.S.S. #3 Centro de atención integral de la salud sexual de milagro, afecta la calidad de servicio?
- ¿Por qué es necesario proponer la aplicación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001-2008 a los procesos operativos en la atención a pacientes en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, para mejorar la calidad de servicio?

6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Objeto de Estudio: Calidad de la atención del S.A.I.S.S. #3 de la ciudad de Milagro

Campo de acción: Atención en el área de salud sexual

Delimitación Espacial: Lugar: La investigación se desarrolla dentro del territorio Ecuatoriano en la Región Costa, Provincia del Guayas, ciudad Milagro.

Sector: S.A.I.S.S. #3 (servicio de atención integral de la salud sexual Milagro)

Área: Administrativa – Operativa y Atención al cliente.

Delimitación Temporal: Enero 2013 – Abril 2014

7. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la presente investigación, radica en el desarrollo de las guías para la aplicación de un Sistema de Gestión de Calidad en los servicios de salud, el estudio contribuye al desarrollo y mejoramiento del sistema de gestión de calidad en los hospitales y sub-centros que ofrecen servicios de salud; son útiles para su mejora continua, particularmente para corregir errores, desviaciones, simulaciones y para reducir las grandes pérdidas económicas y desperdicios que se causan en el sector de la salud por su falta de calidad.

Los servicios de salud como cualquier organización, para crear unidades de calidad, debe sustentarse en el liderazgo; los líderes implantan unidad de propósitos, de dirección y el ambiente interno adecuado para su mejora continua, también crean las condiciones apropiadas para involucrar a todos los servidores con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios que ofrecen a la sociedad.

Toda organización que preste servicios de salud, al implementar un sistema de normas para sus procesos bajo el estándar de calidad ISO 9001:2008, alcanzarán objetivos a favor de los usuarios, entre ellos:

- Organización de la gestión interna.
- Definición de criterios comunes para la planeación, ejecución y evaluación de la gestión de salud.

- Un mejor entendimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Una cultura de mejoramiento continuo y auto-evaluación con base en cifras e indicadores concretos que facilita la capacidad de demostrar la eficacia de las acciones realizadas.
- Mayor motivación y compromiso del personal derivados de compartir una visión y un esquema de trabajo unificados.
- Definición sistemática de las actividades y las responsabilidades necesarias para obtener un resultado deseado.

Esta investigación será evaluada por el nivel de aplicación que tendrá el documento propuesto (Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad para las instituciones de salud), para ello se cuenta con los recursos humanos profesionales y técnicos, personas comprometidas socialmente, quienes emplearían los conocimientos para la adecuada ejecución y puesta en vigencia

De esta alternativa de progreso en la salud, así también se procede a plantear un presupuesto en el cual dejamos establecidos todos los costos concernientes a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 y de todas las actividades correspondientes.

La contribución teórica para esta investigación es que nos proporcionara las pautas y lineamientos a seguir para mejorar los procesos administrativos y desarrollar la metodología de trabajo para la

implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los servicios de salud aplicado a la norma ISO 9001: 2008.

La contribución práctica de esta propuesta es concebir una mejora de comportamiento organizacional para que el talento humano comprenda, asimile, desarrolle e implante dentro de sí una actitud y aptitud conducente hacia un servicio de calidad en el **S.A.I.S.S. #3**.

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. Objetivo General

Determinar la incidencia de la utilización de un Sistema de Gestión de Calidad, en la satisfacción de sus usuarios del S.A.I.S.S. #3, Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro.

8.2. Objetivos específicos

- Describir los procesos que permitan orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente del SAISS # 3.
- Determinar el desempeño y rendimiento de los profesionales que laboran en el S.A.I.S.S. #3 en el servicio de atención integral de la salud de los ciudadanos de milagro.
- Proponer la aplicación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001-2008 a los procesos operativos en la atención a pacientes en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, para mejorar la calidad de servicio.

9. MARCO TEÓRICO

9.1. Marco Conceptual

Dentro de la investigación, vamos a identificar cierta terminología especial que se va a hacer común, entre estos términos tenemos:

¿Qué es ISO?

“La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una federación mundial de cuerpos de normas nacionales de aproximadamente 140 países.

La ISO es una organización no gubernamental establecida en 1947

La misión de ISO es originar el progreso de la estandarización facilitando el intercambio internacional de bienes y servicios; y, la cooperación entre naciones” (GESTIOPOLIS, 2002).

Procesos.

“Un proceso es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice” (Velasquez, 2013).

Procedimiento.

“Procedimiento es un término que hace referencia a la acción que consiste en proceder, que significa actuar de una forma determinada. El concepto, por otra parte, está vinculado a un método o una manera de ejecutar algo” (Romero, 2013).

Esto significa que es un modo, que permite desarrollar procesos prefijados para desplegar una tarea de forma eficaz y eficiente. Se persigue una finalidad común.

S.A.I.S.S.

Servicio de Atención Integrado de Salud Sexual.

Servicio de Atención al Cliente.

El servicio de atención al cliente o simplemente servicio al cliente es el servicio que proporciona una empresa para relacionarse con sus clientes. Se dice que es el “conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un suministrador con el fin de que el cliente obtenga el producto en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo” (Maroto, 2014). El servicio al cliente es una herramienta de mercadeo, que es eficaz en una organización siguiendo sus políticas institucionales.

“Servicio al Cliente podemos decir que es “Un concepto de trabajo” y “una forma de hacer las cosas” que compete a toda la organización, tanto en la forma de atender a los Clientes (que nos compran y nos permiten ser

viables) como en la forma de atender a los Clientes Internos, diversas áreas de nuestra propia empresa” (Santamaria, 2010).

Entonces el Servicio al Cliente, es la gestión que se realiza una persona que trabaja en determinada empresa y que tiene contacto directo con los clientes y por el bien de la organización debe satisfacer a los mismos, ofreciendo el bien o servicio que lo solicitan.

Gestión de Calidad Total

“La Gestión de la Calidad Total (abreviada TQM, del inglés *Total Quality Management*) es una estrategia de gestión desarrollada en las décadas de 1950 y 1960 por las industrias japonesas, a partir de las prácticas promovidas por los expertos en materia de control de calidad W. Edwards Deming, el impulsor en Japón de los círculos de calidad, también conocidos, en ese país, como «círculos de Deming», y Joseph Juran. La TQM está orientada a crear conciencia de calidad en todos los procesos de organización y ha sido ampliamente utilizada en todos los sectores, desde la manufactura a la educación, el gobierno y las industrias de servicios. Se le denomina «total» porque concierne a la organización de la empresa globalmente considerada y a las personas que trabajan en ella.” (Manrique, 2014)

Atención integral en salud.

“La atención integral es el enfoque biopsicosocial que se le brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante acciones de promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Para ello se requiere de equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención” (Medfamger, 2009).

¿Qué es un proceso?

Se dice que un proceso es una acción donde las entradas (Input) se convierten en salidas (Output). Todas las actividades y operaciones vinculadas a un servicio o producto, se desarrolla por medio de procesos.

En las organizaciones existen variados procesos que están conectados entre sí. Los diferentes procesos de una organización tienen una interacción entre sí.

Revisión de las normas ISO

La organización ISO obliga que sus normas sean revisadas de manera periódica, para autenticar que son actuales y satisfacerán los requerimientos de los usuarios.

“En el caso de ISO 9001:2000, se ha enfocado en enfatizar:

- Medir la Satisfacción del Cliente
- Mejora Continua
- Gestión de los Recursos
- Gestión del Procesos” (GESTIOPOLIS, 2002).

Normas para certificar una empresa

Para certificar la organización de salud la adecuada es la Norma ISO 9001:2008, y su ámbito reflejara claramente las actividades que desarrolla la institución.

Principales cambios de las normas ISO

Los principales cambios que han sido introducidos en las Normas ISO son:

- “Estructura orientada a proceso y una secuencia más lógica de los contenidos.
- Mejora Continua.
- Medida de la Satisfacción del Cliente como indicador de Mejora.
- Atención a los recursos tales como comunicación y entorno de trabajo.
- Mejoras en la terminología para una interpretación más fácil.
- Compatibilidad con el Sistema de Gestión Ambiental.
- Referencia específica a principios de gestión de calidad.
- Auto evaluación como medio de mejora (ISO 9004)”
(GESTIOPOLIS, 2002).

Aspectos financieros en la ISO 9001:2008

Los aspectos financieros no son considerados en la norma ISO 9001:2008

9.2. Marco Referencial

9.2.1 Antecedentes investigativos

Para iniciar el sustento teórico de la investigación, es necesario indicar que el MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el Ecuador, permitiendo la integridad en los tres niveles de atención de salud en el Ecuador, siendo estos:

1. Primer nivel de atención: Equipo de salud integral.
2. Segundo nivel de atención: Centros de atención de medicina general.
3. Tercer nivel de atención: Hospitales especializados.

En el caso del SAISS # 3 del cantón Milagro está ubicado en el Primer Nivel de Atención.

Para implementar un sistema de gestión de la calidad, hay que considerar entre otros los siguientes aspectos dentro del proceso operativo de centros de salud, entre ellos:

- Expediente Clínico, que es una forma de control de registros de cada uno de los pacientes del centro de salud.

- Guías Clínicas, sirven para desarrollar el servicio de salud, de manera técnica.
- Orden de servicios para Laboratorios Clínicos, estos se usan para solicitar la realización de exámenes clínicos de diferente índole.
- Labores de limpieza, con la finalidad de mantener el local de trabajo en un ambiente sano.

La implantación del sistema de gestión de calidad, permite:

- Mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos operativos desarrollados en la organización.
- Utilizar el presupuesto de la institución minimizando costos y gastos.
- Aumentar el criterio de los pacientes, en lo que respecta a la satisfacción por el servicio prestado.
- Mejorar la relación entre el personal que labora en la institución.
- Fomentar la mejora continua en lo que respecta a la prestación de servicios.

La presencia de un sistema de gestión de calidad en el sector de salud, dará como resultado:

- Una atención oportuna, eficiente, eficaz y progresiva.

- Contar con profesionales altamente calificado y especializado.
- Equipamiento moderno y tecnológico.
- Restructuración de su infraestructura en su totalidad.

Esto es lo que buscamos por medio de la investigación, y que esperamos lograr, lo que va a beneficiar a la ciudadanía que acude diariamente a solicitar el servicio de salud en esta unidad médica.

La reforma del sector salud

Hace casi treinta años en la Reunión de **Alma-Ata**, se estableció la meta de “**Salud Para Todos en el año 2000**”, aquí se fijaron para los países de Latinoamérica y el Caribe los indicadores sanitarios mínimos a lograr en beneficio de la sociedad.

Posterior a esta reunión se generó de **Reforma al Sector Salud**, muchas de estas reformas debido al desarrollo político y social, es insuficiente y no existe equidad, todavía existe más del 20% de la población sin acceso a los servicios de salud de manera óptima.

En el continente americano, en ciertos países se ha dado la Reforma del Sector de la Salud, desarrollando políticas sanitarias, dentro del contexto de consolidación democrática.

Existen las estrategias que orientan para mejorar el acceso de la población a la protección social, esto se está dando especialmente en Ecuador, se ha equipado instituciones de salud, pero persiste una mala

atención hacia el usuario, falta de medicamentos, insuficiente recursos humano especializado, y un sistema de sectorización que hace que el servicio sea ineficiente y burocrático, lo que conlleva a una mala calidad de prestación de servicios.

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (<http://www.esacademic.com>).

Para implantar estrategias de cambio en el Sector Salud en los países de América Latina y del Caribe, es necesario:

- Marco legal
- Derecho al buen vivir de los ciudadanos.
- Cobertura del servicio de salud a la mayoría de la sociedad.
- Descentralización de funciones en el Ministerio de Salud.
- Participación y control Social de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la Republica.
- Formación y Capacitación de los Recursos Humanos

Analizando el sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, se manifiesta un contexto problemático, este por no existir políticas claras para esta área y por estar el recurso humano amparado en el Código de Trabajo existen organizaciones gremiales fuertes que han presionado a los gobiernos de turno cuando han deseado aplicar reformas a favor de la sociedad.

El Ministerio de Salud Pública en abril de 2001 inicio un proceso de Reforma Sanitaria que han sido generados desde el Estado, apoyadas por ONG's y organismos internacionales.

En el Ecuador el Hospital General Luis Vernaza tiene Certificación Internacional. También se han otorgado certificaciones a los hospitales:

- Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor,
- De Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde y
- Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

Es importante indicar que estos hospitales son financiados por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y han obtenido esta certificación internacional de calidad optimizando sus procesos de atención a los clientes.

Estos centros de salud están cumpliendo con estándares internacionales de sistemas de calidad y de gestión administrativa. Están obligados a prestar los servicios de salud a las personas más sensibles de nuestra

sociedad, suministrando los cuidados que demandan las personas más necesitados.

El marco de referencia de nuestra investigación la sustentamos en la parte legal, enmarcado en la Constitución y en reglamentos vinculados al área de salud.

La Constitución de la República manda:

“Art. 28.- La educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. (...)

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su

dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

Art. 40.- Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

El Estado, a través de las entidades correspondientes, desarrollará entre otras las siguientes acciones para el ejercicio de los derechos de las personas ecuatorianas en el exterior, cualquiera sea su condición migratoria:

1. Ofrecerá asistencia a ellas y a sus familias, ya sea que éstas residan en el exterior o en el país.
2. Ofrecerá atención, servicios de asesoría y protección integral para que puedan ejercer libremente sus derechos. (...)
4. Promoverá sus vínculos con el Ecuador, facilitará la reunificación familiar y estimulará el retorno voluntario. (...)

Art. 343.- El sistema nacional de educación tendrá como finalidad el desarrollo de capacidades y potencialidades individuales y colectivas de la población, que posibiliten el aprendizaje, y la generación y utilización de conocimientos, técnicas, saberes, artes y cultura. El sistema tendrá como centro al sujeto que aprende, y funcionará de manera flexible y dinámica, incluyente, eficaz y eficiente.

El sistema nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país, y el respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. (...)
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.”

La vigente Ley Orgánica de Salud dispone:

“Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en

salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:.. c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.

Art. 193.- Son profesiones de la salud aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes.

Art. 194.- Para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 195.- Los títulos de nivel técnico superior o tecnológico así como los de auxiliares en distintas ramas de la salud, para su habilitación deben ser registrados en las instancias respectivas e inscritos ante la autoridad sanitaria nacional.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.”

Es importante indicar que el artículo 194 indica CONESUP, pero esta institución se ha transformado actualmente en SENESCYT.

La Ley Orgánica del Servicio Público establece:

“Art. 96.- Remuneración mensual unificada.- En las entidades, instituciones, organismos y personas jurídicas establecidas en el Artículo 3 de esta Ley, se establece la remuneración mensual unificada, la misma que resulta de dividir para doce la suma de todos los ingresos anuales que las dignatarias, dignatarios, autoridad, funcionaria, funcionario, servidora y servidor a que tenga derecho y que se encuentren presupuestados.

En esta remuneración mensual unificada no se sumarán aquellos ingresos que correspondan a los siguientes conceptos:

a) Décimo tercer sueldo;

- b) Décimo cuarto sueldo;
- c) Viáticos, subsistencias, dietas, horas suplementarias y extraordinarias;
- d) El fondo de reserva;
- e) Subrogaciones o encargos;
- f) Honorarios por capacitación;
- g) Remuneración variable por eficiencia;
- h) Gastos de residencia; e,
- i) Bonificación geográfica.

Art. 113.- De la bonificación geográfica.- Las autoridades y las servidoras y servidores públicos percibirán una bonificación económica mensual adicional a su remuneración mensual unificada, por circunstancias geográficas de difícil acceso a sus lugares de trabajo, en aplicación de la norma técnica que expida para el efecto el Ministerio de Relaciones Laborales, previo dictamen presupuestario del Ministerio de Finanzas.

Esta bonificación constituye un ingreso complementario y no forma parte de la remuneración mensual unificada. La servidora o servidor la recibirá, mientras se mantenga laborando en lugares geográficos específicos determinados por el Ministerio de Relaciones Laborales, quedando bajo la responsabilidad de la Unidad de Administración del Talento Humano el control de su cumplimiento.

Para determinar los lugares de difícil acceso, se tomará en cuenta los siguientes parámetros: tipo de transporte, frecuencia de transporte, distancia y costo del pasaje.

.....

Propósito del Plan de Retorno de Profesionales de la Salud.

Promover el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en los diferentes países de América, Europa y otros continentes con el fin de que aporten sus conocimientos adquiridos en el exterior en beneficio de la salud del pueblo ecuatoriano.

El plan está dirigido a todos aquellos profesionales de la salud de nacionalidad ecuatoriana que deseen retornar al país e insertarse en la red pública nacional de salud.

Pueden aplicar a este plan quienes residen actualmente en el exterior y todos aquellos que hayan retornado al país en período máximo de más de seis meses. Los profesionales de la salud que hayan migrado deberán residir en el exterior por un lapso de consecutivo de un año o más. La normativa de menaje de casa de la Secretaría Nacional del Migrante (SENAMI), establece que se deberá residir al menos dos años en el exterior para gozar de los beneficios del programa. Sus ingresos a Ecuador no deben sumar más de 60 días en el último año.

Los profesionales deben ser ecuatorianos de nacimiento o por naturalización.

Actualmente el Ecuador en el área de salud desarrolla tiene políticas basadas en el plan de desarrollo y del buen vivir, esto ha generado un impacto favorable en los niveles sociales medio-bajo.

El Sistema de Salud del Ecuador se divide en sector privado y público. El sistema de seguridad social es financiado por aportaciones de los trabajadores y del patrono.

“Ejes estratégicos del Ministerio de Salud.

Los procesos del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

- Los Procesos Gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Los Procesos Agregadores de Valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.

- Los Procesos desconcentrados generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio.” (MSP, 2014).

Valores

Respeto.- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión.- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de servicio.- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso.- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad.- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.

Justicia.- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

“Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y

vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud

Visión

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad” (MSP, 2014).

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones están dispuestas en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), y detalla en su artículo 2 “que tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”.

Las funciones del Servicio Nacional de Salud son:

“

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación y equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

“ (Maroto, 2014)

Por medio de la práctica de estas funciones, el Servicio Nacional de Salud busca plasmar los siguientes objetivos:

1. “Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud” (Maroto, 2014).

9.3 Postura Teórica

Existe un conjunto de normas de sistemas de gestión de la calidad, entre ellas:

- La Norma ISO 9000 detalla los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y describe su terminología.
- La Norma ISO 9001 detalla los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad adaptables a toda tipo de organización para indicar su capacidad para la satisfacción del cliente/paciente.

- La Norma ISO 9004 detalla las directrices que lleve a la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes/pacientes.
- La Norma ISO 19011 describe la forma de desarrollar las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

La implementación de normas de calidad además de mejorar la organización internamente da una garantía a proveedores y clientes.

Esta gestión proporciona un mejor desempeño de las actividades y procesos propiciando una reducción de costos la cual favorece la imagen de la organización ante la comunidad y mercado a la cual la organización provee, y beneficios a las utilidades - rentabilidad de la misma.

Para avanzar e implantar un sistema de gestión de calidad se deben incluir las siguientes actividades:

- Análisis de información de la empresa (Diagnóstico).
- Identificación de los riesgos y estrategia para reducir los mismos.
- Definir las políticas y los objetivos para un lugar de labor seguro y saludable.
- Identificar puntos críticos de riesgo y actuar.
- Documentar prácticas y métodos (en forma ágil y a su vez un sistema integral robusto con otros esquemas).

- Auditoría de la gestión para conocer su nivel de efectividad.
- Tomar acción con miras preventivas.
- Continúa evaluación de la gestión por la gerencia y responsables.

¿Por qué se ha incluido la medida de la Satisfacción del Cliente en la nueva revisión de la ISO 9001?

La Satisfacción del Cliente tendría que ser uno de los principios básicos de cualquier organización. La medida de la satisfacción del cliente permite conocer el grado de eficacia del Sistema de Calidad.

En la gestión hospitalaria es necesario una teoría que proyecte: *productividad, eficiencia, eficacia, rentabilidad, rendimiento, confiabilidad* etc.

Un sistema de gestión operativa controla a la actividad de la persona, a los documentos que esta persona desarrolla en su actividad diaria y requiere, a los equipos e instalaciones que el sistema ofrece, los recursos necesarios para la gestión de la organización.

Teoría de la calidad o administración de la operación total.

Últimamente en calidad de salud se han venido manejando tres conceptos, ellos son:

Garantía de calidad,

Control de calidad total

Mejoramiento continuo de la calidad.

Para garantizar la calidad en salud es necesario una auditoría administrativa externa, esta permitirá valorar el servicio prestado.

Para Feigenbaum, “la calidad no sólo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente” (Avalos, 2009).

“La concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca” (Avalos, 2009)

Las herramientas y métodos eficaces se dirigen a las causas de los problemas, para el análisis y solución de los mismos, esto permite reorientarla.

El ciclo del mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial se orienta hacia la innovación y la obtención de resultados, sustentado en instrumentos y métodos apropiados. Esto se ajusta a la gestión de salud, donde se vincula el progreso científico y tecnológico.

La gestión por procesos, permite romper la estructura por departamentos y servicios, para pasar a sistemas de salud para lograr que la ciudadanía reciba una atención personalizada y de calidad que satisfaga las necesidades de la comunidad.

“Conceptualización de la evaluación.- En términos generales, la evaluación es una actividad inherente al trabajo humano. Consciente o inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado.

Las reglas de la evaluación siempre han sido las mismas:

- a) se requiere un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió o sucede con lo que debió suceder,
- b) la comparación determina que lo que sucedió o sucede se ajusta al punto de referencia o se desvía de este por encima o por debajo y c) la desviación es reportada para que sea rectificada por aquellos que tienen la autoridad para ello” (Avalos, 2009).

9. HIPÓTESIS

9.3. Hipótesis General o Básica

La utilización de un Sistema de Gestión de Calidad, en la prestación de servicios de servicios del S.A.I.S.S. #3, Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro, permitiría satisfacer a la ciudadanía con un servicio de calidad y calidez.

9.4. Hipótesis derivadas

- La descripción de los procesos operativos del SAISS # 3, permitirán orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente (Usuarios del cantón Milagro)
- La gestión administrativa donde se desarrolle el proceso del desempeño y rendimiento de los profesionales que laboran en el S.A.I.S.S. #3, mejoraría el servicio de atención integral de la salud de los ciudadanos de milagro.
- La propuesta para la aplicación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001-2008 a los procesos operativos en la atención a pacientes en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, mejorarían la gestión administrativa en beneficio de los usuarios.

10.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	PARÁMETROS	INDICADORES
<p>Variable Independiente</p> <p>Sistema de Gestión de Calidad</p>	<p>Un sistema de gestión de la calidad es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad.</p>	<p>Estructura operacional.</p> <p>Procesos operativos.</p> <p>Pacientes</p> <p>Medicina preventiva</p>	<p>Satisfacción de pacientes</p> <p>Aumento de pacientes atendidos.</p> <p>Disminución de enfermedades</p>
<p>Variable Dependiente.</p> <p>La atención a los pacientes</p>	<p>Es el servicio que se presta a un enfermo, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, <i>paciente</i> es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.</p>	<p>Resultados de proceso operativos</p> <p>Calidad de Servicio</p> <p>Agilidad en la prestación de servicios</p>	<p>Número de pacientes atendidos</p> <p>Satisfacción de la atención.</p>

11. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

11.1 PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS EN LA VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

La presente investigación es una investigación no experimental por cuanto se identificó y evaluó la situación actual de todos los procesos y sub procesos del **S.A.I.S.S. #3**, para determinar de qué manera se logrará la implementación y certificación bajo el estándar ISO 9001:2008 en las instituciones que prestan servicios de salud, en el cual se utilizó un diseño de tipo transversal. Fue de modalidad descriptiva en la cual se empleó variables dependientes e independientes antes mencionadas; las cuales nos permitió analizar y evaluar las habilidades y competencias de cada colaborador y con la ayuda de la modalidad correlacional o explicativa nos orientamos al análisis de la comprobación de la metodología del diseño de un Sistema de Gestión de Calidad para los servicios de salud. La muestra se seleccionó de los usuarios que asisten a este unidad médica..

11.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos con la aplicación de las encuestas de forma personalizada a todos los colaboradores del S.A.I.S.S. #3 servicio de atención integral de la salud sexual de milagro, se toma la estadística descriptiva para analizar los datos y se presenta a través de gráficas con las que se pueden apreciar con mayor facilidad los resultados.

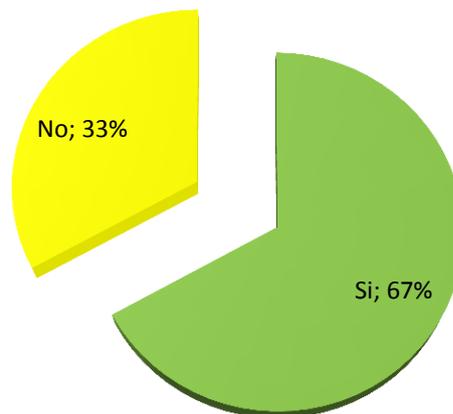
ENCUESTA APLICADA A COLABORADORES DEL SAISS # 3

1. Cree usted que el S.A.I.S.S. #3 servicio de atención integral de la salud sexual de milagro, mejoraría su desempeño si tuviese aplicado un Sistema de Gestión de Calidad en sus procesos?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	4	67%
NO	2	33%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

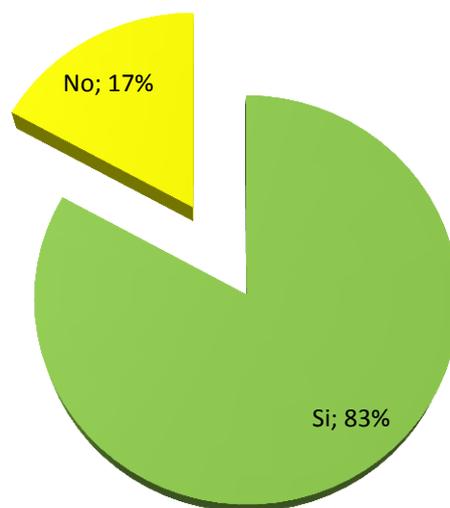


ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. La mayoría de la población está de acuerdo que el S.A.I.S.S. #3, mejoraría su desempeño si tuviese aplicado un Sistema de Gestión de Calidad en su proceso, así lo demuestra el 67% de encuestados. De acuerdo al resultado obtenido existe la necesidad de desarrollar un SGC, en esta unidad de salud.

2. Considera usted que los centros de salud que evalúan sus objetivos y logros trazados, aportan a mejorar la atención de sus pacientes?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	5	83%
NO	1	17%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.
Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



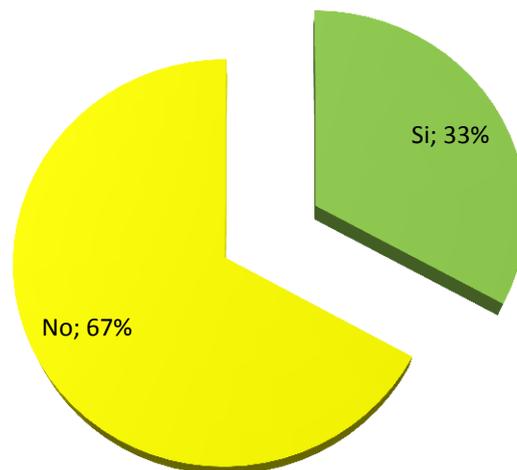
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. Un gran porcentaje de la población considera que los centros de salud que evalúan sus objetivos y logros trazados, aportan a mejorar la atención de sus pacientes. Así lo consideran un 83% de los encuestados. Este resultado permite evaluar al personal que labora en este Centro de salud, porque se considera que esto permite prestar un mejor servicio a la ciudadanía.

3. ¿Considera usted que todos los colaboradores del S.A.I.S.S. #3 servicio de atención integral de la salud sexual de milagro, poseen todos los conocimientos necesarios para desarrollar su trabajo eficientemente?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	4	33%
NO	2	67%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



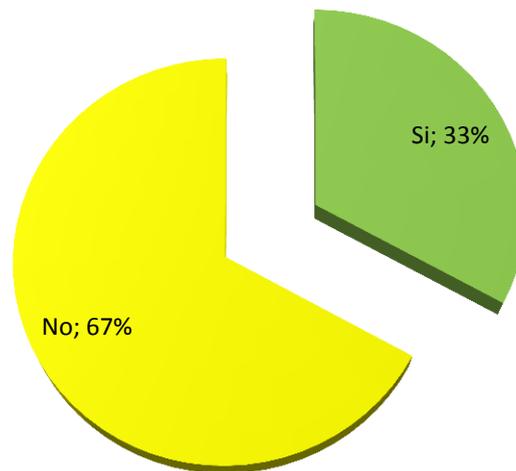
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN La mayoría de los encuestados creen que el personal que trabaja en el S.A.I.S.S. #3, No posee todos los conocimientos necesarios para desarrollar su trabajo eficientemente. . Así lo consideran un 67% de los encuestados. Este criterio indica que es necesario realizar un estudio serio para elevar el nivel de calidad de atención al paciente.

4. ¿Conoce las ventajas de poseer y desarrollar todas las actividades bajo los requerimientos de un sistema de gestión de calidad?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	2	33%
NO	4	67%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

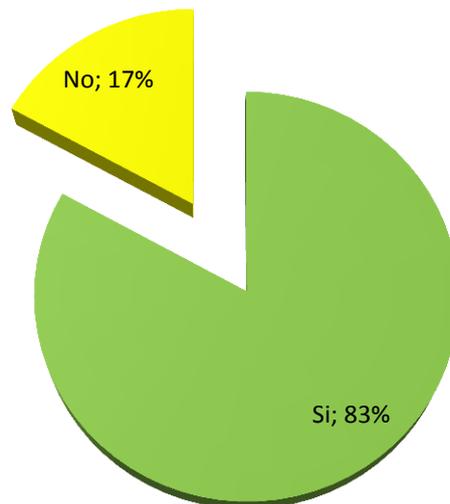


ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Es mínimo el porcentaje de la población que conoce las ventajas de poseer y desarrollar todas las actividades bajo los requerimientos de una norma internacional de calidad. Así lo considera el 33% del personal encuestado. Es necesario que se desarrolle un proceso de capacitación sobre las normas ISO y su contribución para prestar un servicio de salud con calidad.

5. Si el S.A.I.S.S. #3 servicio de atención integral de la salud sexual de milagro aplicara un sistema de gestión de calidad, cree usted que los colaboradores se sentirían responsable de cumplir con el compromiso que estos sistemas requieren?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	5	83%
NO	1	17%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.
Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

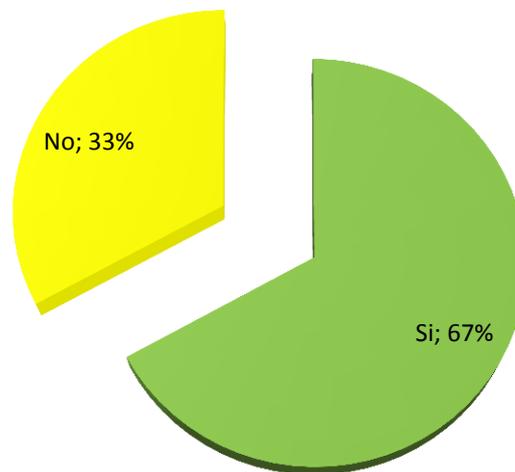


ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN La población considera que si se aplicara un sistema de gestión de calidad, se sentirían responsables de cumplir con el compromiso que los directivos adquieran, así lo indicó un 83% del personal encuestado. Este criterio es válido, porque se confía en el compromiso del personal que labora en esta institución, para mejorar la atención a los pacientes de esta unidad médica.

6. Considera usted que los centros de salud deben certificar en normas de calidad, para lograr una mejor eficiencia?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	4	67%
NO	2	33%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.
Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



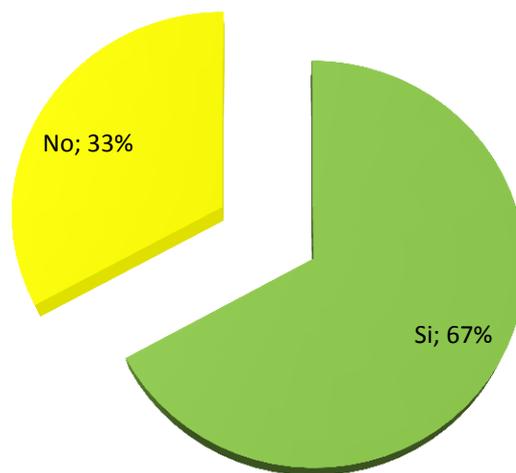
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN El porcentaje de la población que está de acuerdo que un centro de salud debe certificar en normas de calidad, para lograr una mejor eficiencia. Así lo considera un 67% del personal encuestado. Este resultado permite justificar plenamente la propuesta investigativa, y a su vez comprobar las hipótesis planteadas en el documento informe del estudio realizado.

7. ¿Sabía usted que al aplicar un estándar de gestión de calidad en una organización de cualquier índole, asegura que sus actividades sean más eficientes?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	2	67%
NO	4	33%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

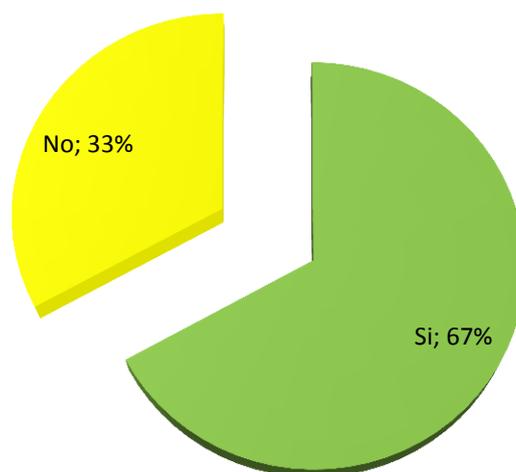


ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 33% del personal encuestado no conoce lo positivo estándar de gestión de calidad. Podemos darnos cuenta que no todos piensan que al aplicar un estándar de gestión de calidad en una organización de cualquier índole, asegura que sus actividades sean más eficientes, debido al desconocimiento del tema.

8. Basándose en el grado de conocimiento que usted posee sobre normas de gestión, le resultaría compleja la aplicación de un sistema de gestión de calidad en sus actividades?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	4	67%
NO	2	33%
TOTAL:	6	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.
Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. Muchos coinciden en que resultaría compleja la aplicación de un sistema de gestión de calidad en sus actividades, así lo considera un 67% de la población, pero cabe mencionar que hay un grupo considerable (el 33% de los encuestados) que cree que no sería compleja la aplicación de este proyecto. Este criterio debe solucionarse por medio de la socialización de esta temática, muy importante en la gestión administrativa de los centros de salud.

ENCUESTA APLICADA A USUARIOS DEL SAISS # 3

1. ¿Cuántas veces usted asiste a este Centro de Salud?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Una vez a la semana	020	11%
Una vez a los 15 días	043	23%
Una vez al mes	122	66%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



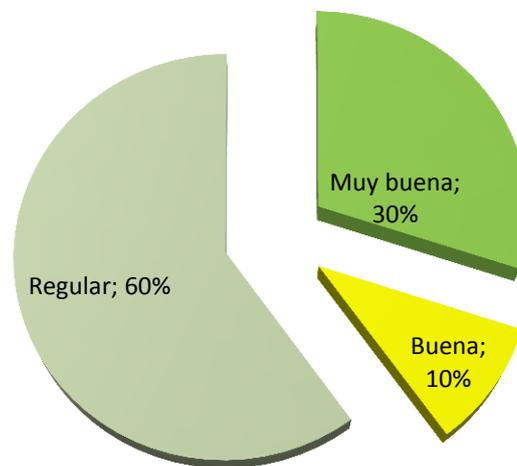
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. La mayoría de la población asiste al S.A.I.S.S. #3, una vez al mes, así lo indica el 66% de los usuarios de esta unidad médica consultados. Existe una buena asistencia de manera permanente, lo cual permite valorar su criterio en la encuesta.

2. ¿Cómo evalúa la atención de parte de los profesionales de la salud?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Muy buena	020	30%
Buena	043	10%
Regular	122	60%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



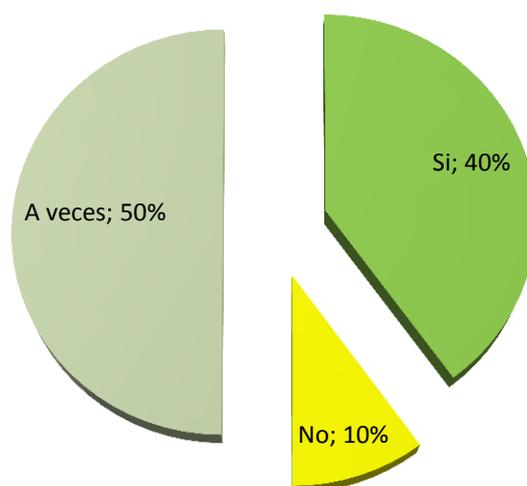
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 30% de la población encuestada considera que la atención que brinda el SAISS # 3 es muy buena, el 10% tiene el criterio de que la misma es buena y el 60% restante que esta es Regular. Lo importante es conocer el criterio de los usuarios para poder hacer las rectificaciones necesarias para que el servicio sea mejor para beneficio de la ciudadanía.

3. ¿Existe una atención personalizada de parte del personal médico?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Si	078	40%
No	022	10%
A veces	085	50%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



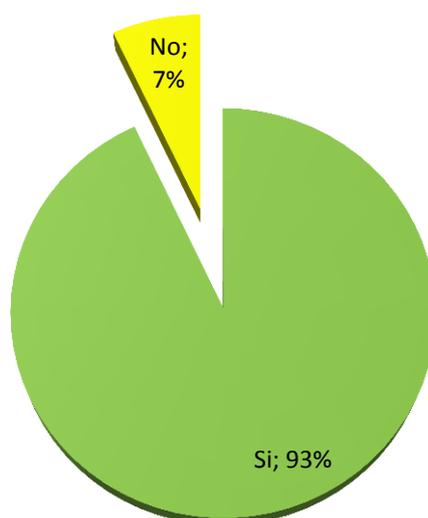
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 40% de los encuestados indican que existe una atención personalizada de parte del personal médico, el 10% manifiesta que No lo existe y el 50% responde que A veces. Es importante recalcar que existe un porcentaje bajo (10%) que no está de acuerdo con la atención.

4. ¿Considera usted que debe evaluarse al personal médico que labora en el S.A.I.S.S. #3?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	172	93%
NO	013	07%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



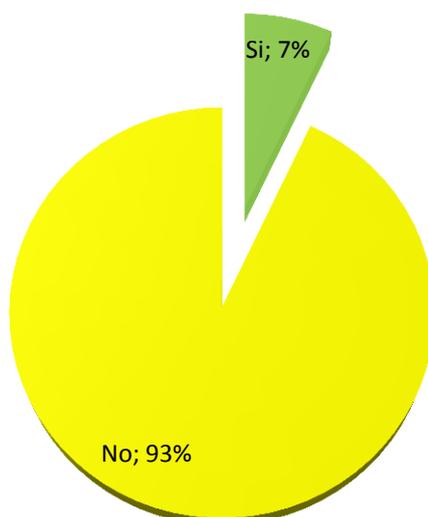
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. Es mínimo el porcentaje de la población (7%) que considera que no debe evaluarse al personal que labora en el SAISS # 3, el 93% de esta población está de acuerdo con este proceso, que permite conocer la calidad del servicio del personal que labora en esta unidad médica.

5. ¿Conoce usted si se lleva un Expediente Clínico, para utilizarse como control de registros?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	013	07%
NO	172	93%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



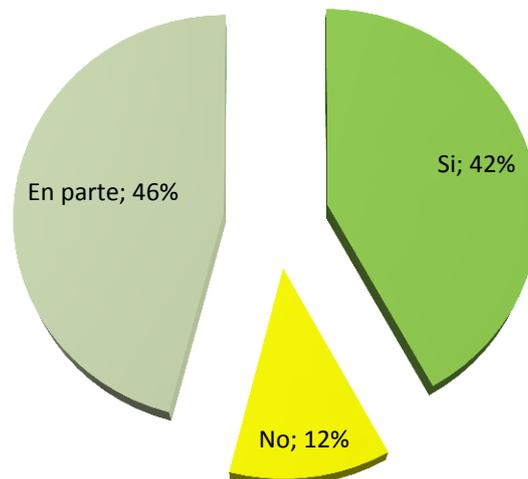
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. La población en un 93% indica que no conoce si existen Expedientes Clínicos, para utilizarse como control de registros, solo un 7% manifiesta que sí, esto indica falta de socialización con la comunidad sobre el desarrollo de las actividades de la unidad de salud investigada.

6. ¿Está de acuerdo que exista una mejora en la eficacia y eficiencia en el servicio a favor de los pacientes de esta Unidad Médica?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Si	174	94%
No	000	00%
En parte	011	06%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 94% de la población que está de acuerdo que exista una mejora en la eficacia y eficiencia en el servicio a favor de los pacientes de esta Unidad Médica, este criterio indica que hay que mejorar en la atención al público.

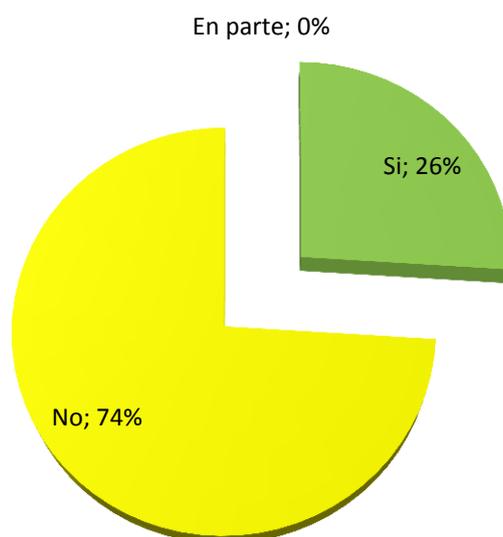
7. ¿A su criterio el clima laboral interno de esta unidad médica es bueno?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Si	137	26%
No	048	74%
En parte	000	00%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

Gráfico No. 15



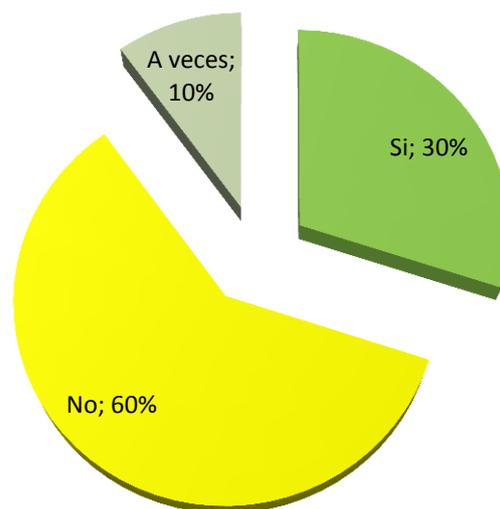
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 26% de la población encuestada considera que el clima laboral interno de esta unidad médica es bueno, solo un 74% cree que este clima no es bueno. Al no ser el clima laboral bueno, permite aplicar nuestra propuesta de intervención, como resultado de la investigación, lo cual va a superar el problema detectado.

8. ¿Esta unidad de salud presta una atención oportuna, eficiente, eficaz y progresiva?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Si	104	30%
No	011	60%
A veces	070	10%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 30% de la población encuestada indica que esta unidad de salud presta una atención oportuna, eficiente, eficaz y progresiva, el 60% manifiesta que NO, el 10 % indica que A veces. Esta respuesta obtenida ratifica la necesidad de hacer cambios en la gestión administrativa de esta unidad de salud.

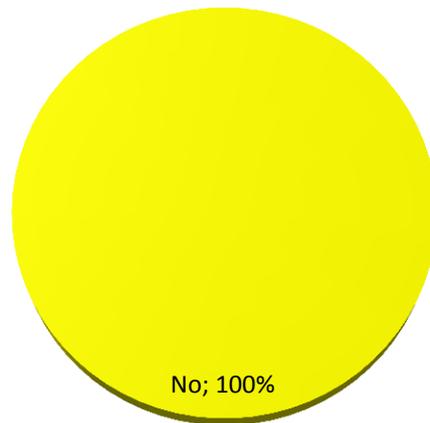
9. ¿Conoce usted que es la Organización Internacional para la Estandarización (ISO)?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	000	00%
NO	185	100%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero

Si; 0%



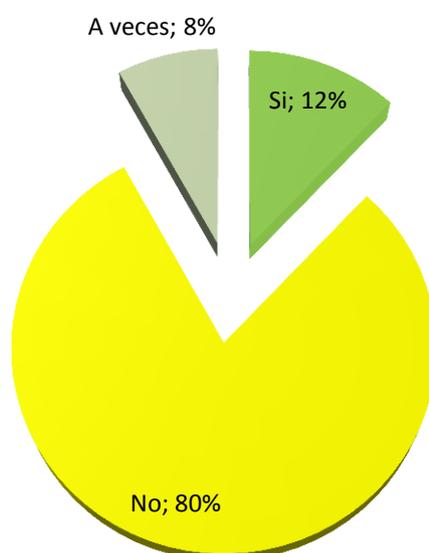
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 100% de los encuestados no conocen lo que son las normas ISO. Es importante que las instituciones de salud hagan conocer a la ciudadanía su gestión y bajo que parámetros laboran a favor de la comunidad.

10. ¿Se considera en esta unidad de salud la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de la prestación de servicios médicos?

RESPUESTA	ENCUESTAS	PORCENTAJE
Si	022	12%
No	148	80%
A veces	015	08%
TOTAL:	185	100%

Fuente: Encuesta a los colaboradores del S.A.I.S.S. #3.

Autora: Obst. Rosa Vásquez de Romero



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 12% de la población considera que en esta unidad de salud existe la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de la prestación de servicios médicos, el 80% que es un número elevado indica que NO y el 8% que lo hacen solo a veces.

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

CONCLUSIONES

De la investigación realizada sea llegado a las siguientes conclusiones:

- El personal que labora en esta Unidad médica consideran que debe aplicarse un sistema de gestión de calidad, para mejorar el nivel de atención a los usuarios.
- No todo el personal que labora en el SAISS # 3 conoce las ventajas de poseer y desarrollar todas las actividades bajo los requerimientos de un sistema de gestión de calidad, pero en caso de aplicarse están prestar a colaborar para mejorar la calidad de servicio prestada a la ciudadanía de Milagro.
- Los usuarios desearían que se evalúen al personal médico que labora en el S.A.I.S.S. #3.
- Existe falta de comunicación entre administradores del Centro de Salud y los usuarios, porque muchos de ellos manifiestan desconocer si se lleva un Expediente Clínico, para utilizarse como control de registros
- De acuerdo a la investigación los usuarios consideran que el clima laboral interno de esta unidad médica es bueno, lo cual ayuda a implementar cualquier cambio para mejorar la calidad de servicio.

- No todos los pacientes consideran que esta unidad de salud presta una atención oportuna, eficiente, eficaz y progresiva, por lo cual existe la necesidad de una mejora en la eficacia y eficiencia en el servicio a favor de los pacientes de esta Unidad Médica.
- Los ciudadanos investigados no conocen usted que es la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), ni la importancia que ella implica para ofrecer un servicio de calidad.
- En esta unidad de salud no existe la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de la prestación de servicios médicos.

RECOMENDACIONES

De las conclusiones indicadas, proponemos las siguientes recomendaciones:

- Socializar con todo el personal que labora en el SAISS # 3 las ventajas de poseer y desarrollar todas las actividades bajo los requerimientos de un sistema de gestión de calidad.
- Capacitar a los usuarios para que conozcan la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), y la importancia que ella implica para que se ofrezca un servicio de calidad que beneficie a los pacientes.
- Proponer una mayor comunicación entre administradores del Centro de Salud y los usuarios, donde se indique las actividades internas que

realiza el personal y cuáles son los servicios que ofrecen y como este servicio es evaluado por autoridades superiores.

- Aprovechar el buen clima laboral interno de esta unidad médica para implementar cambios para mejorar la calidad de servicio, prestando una atención oportuna, eficiente, eficaz y progresiva.
- Proponer una guía de aplicación de las normas ISO para el área de salud y de manera específica para el SAISS # 3.

14. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.

14.1 ALTERNATIVA OBTENIDA

SERVICIO DE CALIDAD PARA EL USUARIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3, DE LA CIUDAD DE MILAGRO

14.2 ALCANCE DE LA ALTERNATIVA

El Sistema de Gestión de Calidad de la Organización se sustenta en dos procesos claves en el servicio en el área de salud del SAISS N° 3, estos son llamados procesos de Realización, y están estrechamente relacionados con la provisión del servicio de la organización hacia los clientes (pacientes) y se presentan a continuación:

- **Proceso de atención médica en Consulta Externa:** Comprende las actividades que realizan los médicos generales, especialistas, personal técnico médico y de apoyo para atender y solucionar los requerimientos de los pacientes en los consultorios de Consulta Externa.
- **Proceso de atención médica en Emergencia:** Comprende las actividades que realizan los médicos generales, especialistas, personal técnico médico y de apoyo para atender y solucionar las exigencias de los pacientes que llegan de Emergencia y deben ser tratados antes de enviarlos a la Unidad Médica superior..

14.3 ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA

Procesos Estratégicos

Los procesos estratégicos del CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE MILAGRO, planifican y controlan la instalación y ejecución del Sistema de Gestión de Calidad.

Gestión de la Dirección: Este proceso se realiza mediante las actividades del Comité de la Calidad presidido por el Director de Talento Humano, esto permite asegurar el cumplimiento de los requisitos aplicables y lograr el aumento de la satisfacción de los clientes (usuarios), esto se logra a través de una planificación de la calidad, el seguimiento al sistema y la asignación de recursos.

“Gestión de la Calidad: Sirve para determinar y documentar las exigencias del cliente (paciente), los de la organización y los legales necesarios para la entrega del servicio de la organización, y la realización de las actividades, que van a permitir satisfacer a los clientes (paciente)..

Los subprocesos de aseguramiento de la Gestión de la Calidad, son:

Auditoria Interna

Permite verificar el cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad con la norma ISO 9001:2008.

Gestión de no conformidades

Analiza y trata de solucionar un problema, con el objetivo de mejorar el servicio”

(<http://www.hospitalvernaza.med.ec/nosotros/certificaciones/iso9001>, 2014).

Control de la satisfacción del cliente.

El bienestar de los clientes (pacientes) respecto a la calidad del servicio prestado, con la finalidad de aplicar acciones para satisfacer plenamente sus necesidades de atención en salud.

Comunicación interna

Son las actividades que facilitan la comunicación interna de la organización, en base a una estructura que incluya el objeto a comunicar, el responsable de la comunicación, las estrategias y los medios.

Gestión de medición y control

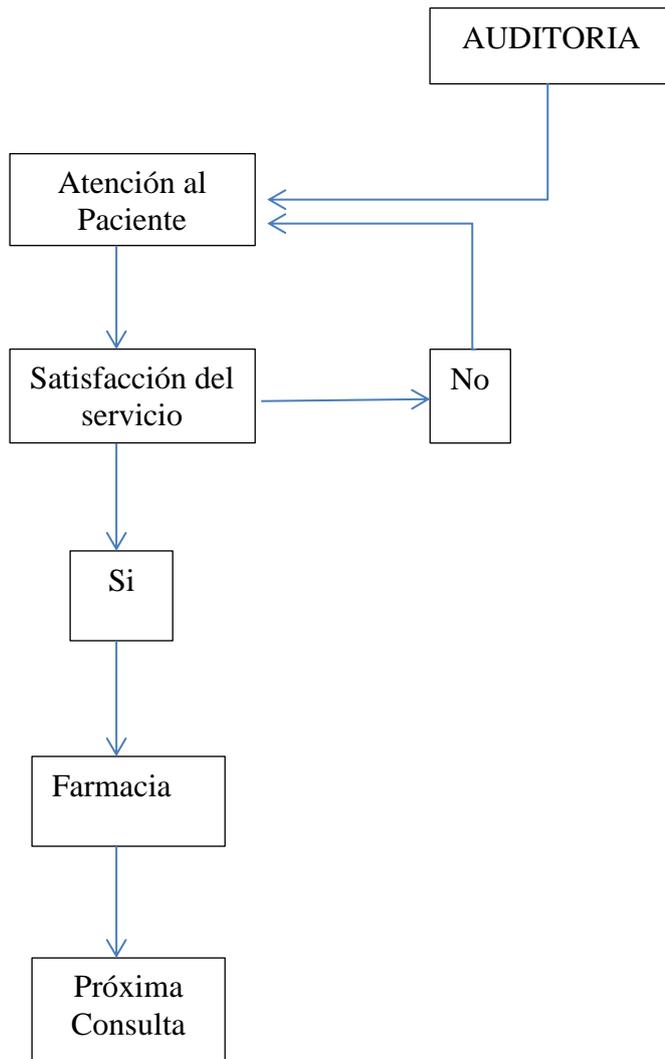
Son las actividades que se realizan para el monitoreo y medición de los parámetros de los pacientes, utilizando equipos e instrumentos médicos, para garantizar la prestación del servicio por parte de la institución de salud.

Gestión de los recursos

Por medio de este proceso se busca asegurar la disponibilidad del Recurso Humano calificado, por medio de subprocesos que permitan la

selección, inducción, y capacitación de los profesionales que están al servicio de la institución.

PROCESO DE ATENCION A PACIENTES



14.4 RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA

Los resultados esperados con la aplicación de la alternativa son:

1. Constituir un sistema documentado: procedimientos, normativas, registros de acciones claves, controles y monitoreo.
2. Una dirección participativa, que establezca políticas y que contrate personal que aporte con ideas y hechos.
3. Recursos tangibles: Mejorar la infraestructura en general, esto es: salas de espera, consultorios, laboratorios.
4. El servicio de salud. Trabajo planificado, por medio de actividades diarias, labor social, charlas de orientación, con la finalidad de ofrecer un servicio de salud de calidad.

PROPUESTA

Objeto

El objeto del presente documento es diseñar un proceso operativo para aplicar en el SIASS # 3, así como definir las líneas estratégicas que establece la Dirección-Gerencia del SIASS # 3, en el ámbito de la calidad, en el servicio, unidad o área de gestión clínica que se ofrece a la ciudadanía.

El sistema de calidad definido es conforme con las directrices generales de calidad que establece el Manual de Calidad del Servicio de Salud del MSP, organismo máximo responsable.

Alcance

El alcance de este documento, por tanto, es de aplicación a todos los servicios, unidades, áreas que formen parte del SIASS # 3, estableciéndose en función de cada unidad o de la herramienta que elijan para su desarrollo tres niveles de alcance en la organización:

Alcance de Nivel I. Abarca toda la organización. En este nivel de alcance son de aplicación los objetivos y estándares de calidad definidos en el MSP, así como aquellos objetivos incluidos en cuantos documentos estratégicos definan la dirección y así los quiera definir como básicos. La actualización de estos objetivos será anual.

Alcance de Nivel II. De aplicación a las Unidades y Áreas de Gestión Especializada constituidas en base a la parte legal que regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión del Servicio de Salud del Ecuador.

Además, de estar incluidas en el alcance del Nivel I, estas unidades deberán incorporar los estándares y objetivos de calidad incluidos en el sustento legal donde se indica el modelo de Gestión específico de cada Área/Unidad de Gestión Especializada. La actualización de estos objetivos será anual.

Alcance de Nivel III. Unidades, Áreas o Servicios con herramientas de gestión de calidad específicas. Cada uno de estos elementos puede optar, según el procedimiento que más adelante se referencia, a elegir el

sistema de gestión que le parezca más adecuado a su actividad asistencial y organización. Se actualizarán de forma inmediata a la puesta en marcha de sistemas de gestión de calidad propios en unidades o servicios del centro.

Organización

El presente documento asume como máxima estructura organizativa en estructura y funciones a la referenciada en el Manual de Calidad del SIASS # 3 y al sustento legal vigente en el Código de la Salud.

Dentro del SIASS # 3 las estructuras organizativas relacionadas con la gestión de la calidad serían:

ÓRGANO	CONSTITUCIÓN	FUNCIÓN
COMISIÓN DE DIRECCIÓN	Gerencia Representante Medico Representante Administrativo.	Aprueba la estrategia y política de calidad
COMISIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Delegado de Gerencia Representante Medico Representante Administrativo Responsable Medico de la calidad.	Revisan el sistema de gestión y elevan a la Comisión de Dirección todas aquellas decisiones que impliquen participación de las diferentes direcciones
COMISIONES CLÍNICAS	Constituidas por profesionales del centro en función de la normativa legal o del centro que las soporte. Los presidentes de todas las Comisiones formalmente constituidas.	Asesoran a la Dirección Gerencia del centro Elaboran las bases fundamentales de una asistencia segura y de Calidad
COMITÉS DE PROCESO AUTO OTORGADOS DE LOS SERVICIOS CERTIFICADOS SIASS # 3	Cada Servicio certificado perteneciente a los procesos Gerencia Representante Medico Representante Administrativo tendrá un representante en los Comités de Proceso auto-otorgados	Participan en los comités de proceso corporativos aportando conocimiento y trasladando las recomendaciones y acuerdos comunes a la práctica habitual de nuestro Centro.

Misión

El SAISS # 3 contribuye al bienestar de los ciudadanos mediante la prestación de asistencia sanitaria con criterios de calidad, eficacia, sostenibilidad e innovación, fomentando el compromiso y desarrollo de

sus profesionales y dando respuesta a las expectativas y necesidades de la sociedad.

Visión

El SAISS # 3 quiere ser un Centro de referencia nacional en la asistencia, por la atención integral centrada en las necesidades de los usuarios, desarrollada por equipos multidisciplinares y organización por procesos ágiles en un entorno acogedor y confortable.

Para ello queremos contar con profesionales competentes y motivados. Queremos ser un Centro innovador, moderno en tecnología y organización y eficiente en el uso de recursos.

Queremos ser un Centro flexible que responda a las expectativas de la sociedad ecuatoriana, abiertas, cooperativas y competitivas por nuestros buenos resultados.

Valores

1. UNIDAD MÉDICA CENTRADA EN LAS PERSONAS

Nuestra razón de ser son las personas, satisfacer las necesidades de salud de los usuarios, profesionales y sociedad.

2. ATENCIÓN HUMANIZADA

Compromiso de atención personalizada y humana en un Centro Médico accesible, acogedor y con empatía.

3. BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA

Basada en la mejora continua de la calidad, la eficiencia, la seguridad, la sostenibilidad y abierto al cambio.

4. RESPETO Y CONFIANZA

EXTERNA - INTERNA

A las personas Mutuo

A la dignidad Trabajo en equipo

A la diversidad Sentido de la pertenencia

Y al entorno

5. COMUNICACIÓN:

Abierta, transversal y necesaria entre usuarios, profesionales y sociedad.

6. CENTRO DE SALUD QUE SABE APRENDER, COMPARTIR Y EDUCAR

Vocación de servicio público basado en la equidad

7. CENTRO DE SALUD SOLIDARIO

Compromiso de colaboración interna

Integrado en una red socio-sanitaria

Abierto a la cooperación

Una vez definidos los principios que rigen nuestra organización, parecía oportuno reformular el trabajo del centro a través de la gestión por procesos.

El Servicio de Salud en el Ecuador se encuentra inmerso en un proceso de reestructuración de su organización actual hacia un modelo gestionado a través de Unidades o Áreas de Gestión Clínica con la fórmula que figura a continuación:

Líneas estratégicas

Línea estratégica 1

Otorgar al recurso del Centro de una cultura de pertenencia a la misma, con la finalidad de la mejora continua para la calidad y seguridad de los pacientes. De este modo el SAISS # 3 será un símbolo de excelencia sostenida en el que cada persona que forma la organización pueda reconocerse.

Línea estratégica 2

Desarrollar un marco, un lenguaje y un enfoque comunes para mejorar la calidad de los servicios de salud ofertados, en base a los objetivos, indicadores y estándares de calidad.

Línea estratégica 3

Aumentar la corresponsabilidad en la toma de decisiones, que incluya a criterios de los pacientes y profesionales, para aprovechar los recursos, y adecuarlos a las demandas sociales, potenciando el desarrollo de líderes de gestión.

Línea estratégica 4

Asegurar el compromiso social con el entorno, garantizando a todos los grupos de interés que la calidad y el respeto por el medioambiente, desarrollando actividades que provoquen impactos negativos en la naturaleza.

Línea estratégica 5

Establecer en todos los niveles de gestión y operativos de la institución, una cultura de calidad que permita mejorar, avanzar e innovar, con la finalidad de satisfacer las necesidades presentes y futuras de su entorno social, y también para obtener reconocimientos externos de la calidad de los servicios que presta el Centro a sus clientes (pacientes), para ser reconocidos como una institución de calidad, que servirá como motivación de sus profesionales.

SISTEMAS DE GESTIÓN ACREDITADOS O CERTIFICADOS

ISO 9001:2008

El alcance del sistema de gestión de calidad conforme a los requisitos de la **NORMA ISO 9001** en el Centro comprende:

Centro 1: Compra, almacenamiento y suministro interno de materiales y equipos sanitarios.

La tramitación administrativa de expedientes de contratación de servicios.

La realización de análisis clínicos en el área de hematología. Donación de sangre, transfusión de sangre y derivados

Estudio de profilaxis de la enfermedad hemolítica del recién nacido y estudios inmunohematológicos de mujeres embarazadas.

La realización de análisis clínicos en el área de bioquímica.

La realización de análisis clínicos en el área de inmunología.

Realización de determinaciones diagnósticas de genética prenatal.

Gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos de pacientes/usuarios.

Tramitación de solicitudes de pacientes / usuarios relacionadas con la documentación clínica.

Información actualizada de los servicios sanitarios ofrecidos por el Centro y colaborar con los pacientes/usuarios en la realización de gestiones relacionadas con los mismos. Tramitación de las solicitudes de pacientes / usuarios relacionadas con el cambio de facultativo.

Adquisición, conservación de pedidos y preparación /dispensación de radio fármacos.

Centro II: La realización de análisis clínicos en el área de bioquímica programada y hematología.

El almacenamiento de materiales y equipos sanitarios.

Alcance ordenado por Servicios/Unidades.

Bioquímica

- Bioquímica programada
- Bioquímica de urgencias

Hematología

- Hematimetría
- Morfología
- Hemostasia

Inmunología

- Inmunoproteínas

- Autoinmunidad
- Inmunodeficiencias e Inmunosupresión
- Histocompatibilidad

Citogenética Médica

- Citogenética médica

Metabolismo Óseo y Mineral

- Determinación de Aluminio

Servicio Transfusional

- Transfusión
- Autotransfusión

Suministros/Almacén

- Contratación
- Gestión del pedido
- Gestión del almacenamiento
- Distribución

Servicio de atención al Usuario

- Gestión reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos.

- Solicitud y entrega de documentación clínica
- Gestiones e información al usuario
- Tramitación solicitudes cambio facultativo.

Farmacia

- Adquisición y conservación de pedidos
- Preparación de fármacos
- Dispensación fármacos

De acuerdo con la aplicación del sistema de gestión de calidad a través de la norma ISO 9001:2008, **se excluyen:**

EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS:

7.3, Diseño y desarrollo. Por la propia actividad que desarrollan los servicios /áreas de suministros, se considera que no existe una transformación de requisitos en especificaciones de servicio.

EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:

7.3, Diseño y desarrollo. Por la propia actividad que desarrolla el Servicio de Atención al Usuario se considera que no existe una transformación de requisitos en especificaciones del servicio. Las actividades realizadas y la forma de ponerlas en práctica están basadas en la normativa existente.

EN EL ÁREA DE FARMACIA:

7.3, Diseño y desarrollo. La Unidad de farmacia no diseña medicamentos o fármacos. Las preparaciones se realizan siempre siguiendo las especificaciones del fabricante.

.15. BIBLIOGRAFÍA

ANDES. (12 de Enero de 2013). *www.andes.info.ec*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad-sociedad/%C3%A1rea-salud-ecuador-presenta-avances-significativos.html>

Avalos, M. I. (2010). *www.publicaciones.ujat.mx*. Obtenido de http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero-abril/02-MA%20ISABEL%20ARTICULO.pdf

GESTIOPOLIS. (Mayo de 2002). *www.gestiopolis.com*. Obtenido de ISO 9001: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/iso9001uch.htm>

Goldman, M. (23 de Mayo de 2009). *www.flacsoandes.edu.ec*. Obtenido de La descentralización del sistema de salud del Ecuador: http://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1244558326.Goldman_0.pdf

Manrique, J. (19 de Abril de 2014). *es.slideshare.net*. Obtenido de Gestion de la calidad y mejora continua en odontologia: <http://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/clase-08-gestin-de-calidad-y-mejora-continua-en-odontologa>

Medfamger. (17 de Octubre de 2009). <https://sites.google.com/site/medfamger/la-atencion-integral-en-salud>. Obtenido de La atención integral en salud:

<https://sites.google.com/site/medfamger/la-atencion-integral-en-salud>

MSP. (Junio de 2013). *www.salud.gob.ec*. Obtenido de Manual operativo. Red nacional integrada de servicios de salud: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/DOCBASERED100613.pdf>

MSP. (2014). <http://www.salud.gob.ec/ejes-estrategico/>. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/ejes-estrategico/>

OAS. (2010). *www.orasconhu.org*. Obtenido de <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/LIBROSISTEMATIZACIONPL.pdf>

Permuy, A. P. (2009). *Las normas ISO en el entorno sanitario*. Galicia: Junta de Galicia - Consejería de sanidad.

Pintado, C. S. (2013). *Programa de Capacitación de Normas de Servicio al Cliente*. Cuenca: Universidad Tecnológica Israel.

Romero, A. X. (Enero de 2013). <http://www.monografias.com/trabajos95/procedimientos/procedimientos.shtml>. Obtenido de Normas y procedimientos: <http://www.monografias.com/trabajos95/procedimientos/procedimientos.shtml>

Santamaria, C. (2010). *Estrategias de Marketing para incrementar las ventas en la empresa Creaciones Joram*. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.

Velasquez, N. (19 de Marzo de 2013). *finanzasypresupuestounefamerida.blogspot.com/2013/03/farm_19.html*. Obtenido de http://finanzasypresupuestounefamerida.blogspot.com/2013/03/farm_19.html

ANEXOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Nº 3 DE MILAGRO

EDICION	FECHA	ELABORADO POR:	APROBADO POR

REVISIONES DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

CAPITULO	REVISION	FECHA	CAUSA DE MODIFICACION	REVISADO POR:	APROBADO POR:

<p>S.A.I.S.S. # 3</p> 	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	
<p>ADM 001 – CONTROL DE LA EDICIÓN, DISTRIBUCION Y REVISION DE LOS DOCUMENTOS</p>	<p>Revisión 1 Fecha: Mayo 2014</p>	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el control de la edición, distribución y revisión de los documentos que forman parte del SGI.

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento se extiende a los siguientes documentos:

- Procedimientos documentados.
- Instrucciones de trabajo.
- Especificaciones técnicas del servicio.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la edición y revisión de los documentos del sistema corresponde al Director de Talento Humano, quien coordina los trabajos de preparación y distribución y procede a la autorización de los mismos mediante su firma y fecha de vigencia. El Director de Talento Humano tiene la responsabilidad de la distribución de los documentos.

4. IDENTIFICACIÓN

Los documentos se identifican por código y título. La codificación está compuesta por 3 letras y 3 cifras. Las letras son: ORG para los procedimientos generales, ADM para los administrativos y de gestión, ITF para las instrucciones técnicas, EXT para las especificaciones técnicas y ANX para los anexos. Las cifras se corresponden con números correlativos.

5. REDACCIÓN Y REVISIÓN

La dirección bien por iniciativa propia o por petición del personal, tomará la decisión de redactar cada uno de los documentos del sistema, los cuales deben cubrir todas las actividades fundamentales y servicios de la organización.

6. FORMATO

Los documentos escritos se adaptarán al formato del presente procedimiento documentado.

7. UTILIZACIÓN

Los documentos (procedimientos e instrucciones) se encontrarán en lugares accesibles donde se lleven a cabo las operaciones.

Existe una lista de referencia de todos los documentos en vigor con la fecha de la última revisión aprobada y distribuida.

8. DISTRIBUCIÓN

Cuando se crea un nuevo documento se acompaña de una lista de los empleados a los que se les distribuye, exigiendo a cada uno acuse de recibo de documento.

Cuando el documento es revisión de uno anterior la dirección exige junto con el acuse de recibo de entrega de la nueva versión la entrega del que ha perdido su vigencia.

9. ARCHIVO

Cuando, por razones legales con el paciente, haya que archivar un documento que haya perdido su vigencia, se guardan en el carpesano denominado "Archivo de no vigentes" y cada documento estará sellado con la inscripción "no vigente".

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

<p>S.A.I.S.S. # 3</p> 	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	
<p>ADM 002 – CONTROL DE LA EDICION Y CUMPLIMENTACION DE LOS REGISTROS</p>	<p>Revisión 1 Fecha: Mayo 2014</p>	

1. OBJETO

El objeto del presente documento es el control de la edición y cumplimentación de los registros que forman parte del SGI.

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento implica la totalidad de los registros del sistema de gestión.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La preparación del registro es función de la dirección que adapta los formatos correspondientes al estilo general del sistema.

Los controles de cada actividad y la persona encargada de llevarlos a cabo están perfectamente definidos en el procedimiento documentado correspondiente. Por tanto, El personal que labora tiene la responsabilidad de anotar en los registros los datos obtenidos. Una vez rellenado cada registro se dará al Director de Talento Humano el original o una copia a fin de que se lleven a cabo los análisis estadísticos pertinentes.

4. IDENTIFICACIÓN

Los registros del sistema se identifican por un código y un título. La codificación está compuesta por las letras RGC y 3 cifras. En ellos figuran:

Fecha.

Cuadrado de aceptación o rechazo.

Nombre y firma del servidor.

5. ARCHIVO

El Director de Talento Humano traslada los datos de los controles al sistema informático y archivará la totalidad de los registros durante un período de 5 años.

6. FORMATO

Para los registros se adoptará el formato respectivo.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ADM 003 – EVALUACION SATISFACCION DE LOS PACIENTES		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto de este procedimiento es establecer los sistemas de evaluación de la satisfacción de los pacientes y proceder a implantar las mejoras oportunas derivadas de los resultados de dicha evaluación.

1. ALCANCE

Se pretende evaluar la satisfacción de los pacientes para la totalidad de los servicios.

2. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

El Director de Talento Humano se encargará de la evaluación de los resultados y el desarrollo de mejora consiguiente.

3. ENCUESTAS PARA LOS CLIENTES

Con una frecuencia anual se proporcionará encuestas de satisfacción a los pacientes, desglosada según los siguientes conceptos, proporcionando toda la información que necesite el paciente sobre la interpretación y objetivos de la encuesta, e incluso para ayudarlo a la confección de la misma.

- Condiciones en las que se presta el servicio en el momento de la atención.
- Trato recibido por el personal.
- Cumplimiento en la entrega de medicamentos.
- Servicios complementarios prestados.

4. CÁLCULO INTERNO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Se tiene en cuenta:

- Índices de reclamaciones de los pacientes.
- Cumplimiento en la entrega de medicinas.
- Fidelidad de pacientes y captación de nuevos pacientes que frecuenten al SAISS.
- Manifestaciones expresas de felicitación por parte de pacientes.

5. ESTUDIO DE LOS INDICADORES E IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

El Director de Talento Humano estudia los datos procedentes de las encuestas de los pacientes y transforma los resultados obtenidos en oportunidades de mejora de la satisfacción.

El Director de Talento Humano diseña las modificaciones oportunas en las actividades, las implanta en los procesos oportunos y evalúa los resultados de la implantación.

6. COMUNICACIONES Y RESGISTROS

Todas las mejoras implantadas quedan registradas en el SGI a efectos de revisión del sistema.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 001 – COMUNICACIÓN INTERNA		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente documento es el establecimiento de un sistema de comunicación interna para los asuntos relativos a la gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud ocupacional.

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento incluye toda la comunicación relativa a la gestión de la organización, tanto en lo que se refiere a dirección-empleado como empleado-dirección.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la comunicación atañe a todos los empleados y dirección de la organización.

El Director de Talento Humano se encarga del mantenimiento y revisión del sistema de comunicación.

Los empleados se responsabilizan de asumir las ideas de la dirección pudiéndole transmitir problemas detectados y oportunidades de mejora para la gestión.

4. COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA

El Director de Talento Humano transmite a todos los empleados los principios de la política integral. La comunicación se realiza a través de un comunicado escrito que se repite cada vez que se produce una renovación de los principios y se colgará en el tablón de anuncios.

5. SISTEMA DE SUGERENCIAS

Todos los empleados tienen la obligación de comunicar al Director de Talento Humano titular personalmente o en las reuniones internas semanales:

- Problemas apreciados respecto a la gestión integral.
- Dificultades para desarrollar correctamente su trabajo.
- Oportunidades de mejora de la gestión.
- Posibilidades de mejora en sus condiciones de trabajo.

6. REGISTROS

Se registran las siguientes actividades:

- Reuniones del responsable con los empleados.
- Sugerencias que puedan contribuir a mejoras del proceso.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Firma:

Fecha de vigencia:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 002 – FORMACION DESTINADA AL PERSONAL DE LA EMPRESA		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el establecimiento de un sistema de formación para el personal del centro de salud.

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento incluye la planificación de todas las acciones formativas realizadas en la institución, su ejecución y la evaluación de su eficacia.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La dirección es responsable de la aprobación y puesta en marcha de los programas anuales de formación, además es responsable de la evaluación de los programas de formación.

4. PROPUESTAS

El Director de Talento Humano recoge a lo largo del año las necesidades de formación detectadas o sugeridas por el propio personal. Se analizan las distintas propuestas, se estudia su posibilidad de realización y se calcula el presupuesto examinando la posibilidad de solicitar y recibir subvenciones.

5. PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN

Antes de finalizar el último mes del año, el Director de Talento Humano convoca una reunión para el establecimiento del Programa Anual de Formación para el siguiente año junto con el calendario de realización y el Plan de evaluación posterior.

6. CRITERIOS GENERALES

La puesta en marcha de las acciones de formación está totalmente coordinada con la implantación y desarrollo del sistema integral.

7. MATERIAS OBJETO DE FORMACIÓN

Independientemente de los programas formativos científicos que son el 80-90%, se realizan otros sobre la mejora de conocimientos del trabajo específico que realiza cada servidor. Se desarrolla un programa básico de formación en calidad, medio ambiente y seguridad y salud ocupacional que abarca las siguientes materias:

- Política de calidad, medio ambiente y seguridad y salud ocupacional.
- Motivación del personal.
- Sistemas de participación.

8. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Una vez aprobado el Programa Anual de Formación se elabora y cursa las oportunas solicitudes de subvención a los organismos correspondientes.

A lo largo del año se realizan las adecuadas actividades para el desarrollo del Programa, preparando con antelación las documentaciones y material didáctico. Se informa personalmente a los empleados asistentes realizando las sustituciones de personal que sean necesarias.

Los empleados asistentes a los cursos, rellenarán una ficha de identificación con sus datos personales y los datos referentes al curso. La persona que se encarga de impartir el curso rellenará y firmará una ficha por cada sesión en la que figuren los datos del curso, los temas expuestos, el número y nombre de los asistentes.

9. EVALUACIÓN DE EFICACIA

A la vista del Programa de Formación el Director de Talento Humano preparará encuestas.

Una encuesta se destinará a los participantes al curso solicitando su opinión sobre los temas abarcados, la facilidad de asimilación e intensidad del aprendizaje.

La segunda encuesta será rellenada por la dirección dos meses después de la finalización del curso y se referirá a la apreciación del aumento de conocimientos de los servidores y a la mejora experimentada en los procesos como consecuencia de la actividad formativa.

Los resultados de las encuestas son archivados para la posterior utilización a efectos de mejora continua en las acciones de formación.

10. REGISTROS

El Director de Talento Humano archiva los siguientes registros:

- Programa Anual de Formación.
- Encuestas realizadas a los servidores que asisten a los cursos.
- Encuestas rellenadas por el responsable que imparte el curso.
- Análisis de las encuestas.
- Cuadro resumen de actividades formativas y horas empleadas.
- Fichas de asistencia de los servidores.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 003 – METODOLOGIA DE LA AUDITORIA INTERNA		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el definir la metodología para la realización de las auditorías internas que hayan sido programadas.

2. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

El Director de Talento Humano se encarga de la confección del programa anual de auditorías y de la ejecución de las auditorías.

3. FORMACIÓN Y HOMOLOGACIÓN

Para ser homologado como auditor interno es necesario haber desarrollado con aprovechamiento un periodo de formación de 150 horas lectivas sobre las temas de gestión de calidad, medio ambiente y seguridad y salud ocupacional, auditorías internas y haber realizado un periodo de prácticas de 2 meses acompañando a otro auditor homologado en la realización de más de 2 auditorías.

4. METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN

La auditoría comienza por una reunión en la que participan la dirección y los servidores.

El Director de Talento Humano entrega a los asistentes el calendario que ha confeccionado y los documentos de preparación, que son el cuestionario de entrevistas y la lista de verificación.

El Director de Talento Humano revisa la información que necesita para que los servidores se le vayan facilitando a medida que la vaya necesitando.

Durante el tiempo que dura la auditoria, el Director de Talento Humano dedica 4 horas para la revisión de la documentación, dedicando las otras 4 al examen personal de la situación y redacción de los informes parciales de la actividad.

5. INFORME DE AUDITORIA

Una vez terminada la auditoria, el Director de Talento Humano redacta el borrador del informe disponiendo de 5 días para estudiar el informe junto con los servidores afectados y optar por darlo por aprobado.

Al término de la reunión el Director de Talento Humano redacta el informe definitivo, incorporando las sugerencias que le parezcan oportunas.

El informe consta de los siguientes apartados:

- Procedimiento auditado y alcance de la auditoria.

- Datos generales sobre los responsables del proceso.
- Impresión general sobre el procedimiento.
- No conformidades importantes observadas.
- Acciones correctivas aplicables, responsabilidad personal de cada una de ellas y calendario de realización.
- Posibles mejoras encontradas durante la auditoria.

6. SEGUIMIENTO DE ACCIONES

La dirección y cada uno de los servidores afectados son responsables de la cumplimentación de acciones correctivas o de las actividades de mejora indicadas en el informe.

Cuando se haya adoptado definitivamente todas las acciones previstas, o en caso de que no haya sido así, queda reflejado en el informe, se guarda una copia y se deposita el original en el archivador de gestión integral.

El plazo para subsanar cualquier deficiencia acaba al empezar la auditoria externa.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 004 – TRATAMIENTO DEL PRODUCTO NO CONFORME		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir el tratamiento sufrido por los medicamentos que han sido considerados no conformes tras pasar los controles correspondientes.

2. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La declaración del material no conforme es responsabilidad de todos los servidores, siendo en última instancia la farmacéutica la encargada de rellenar el registro en el que se reflejan los resultados del control.

3. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME

Los productos no conformes se clasifican en las siguientes categorías:

- Productos caducados.
- Productos en mal estado.
- Productos defectuosos.
- Equivocación de suministros proporcionados por los proveedores.

4. APERTURA DE EXPEDIENTE

Cuando la farmacéutica prevea que la no conformidad puede volver a repetirse se abrirá expediente de acción correctiva.

5. UBICACIÓN

Los productos no conformes pasan a estar bajo la dependencia de la farmacéutica. La dirección tiene la obligación de separarlos y distribuirlos según la circunstancia que los ha calificado como producto no conforme para ser devueltos a los proveedores o introducirse en los envases para ser gestionados para su reemplazo.

6. VERIFICACIÓN POSTERIOR

Todos los demás productos serán revisados antes de su almacenaje

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 005 – ACCIÓN CORRECTIVA ANTE NO CONFORMIDAD, RECLAMACIONES U OTRO TIPO DE ANOMALIAS		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación correctiva ante no conformidades detectadas, reclamaciones por parte de los pacientes o cualquier otro tipo de anomalía.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que la dirección abre el expediente de acción correctiva, hasta que lo cierra tras haberse estudiado la anomalía, decidido y ejecutado las acciones correspondientes, comprobando que se han llevado a cabo y garantizando que dan el resultado esperado.

3. APERTURA DE EXPEDIENTE

El Director de Talento Humano abre expediente de acción correctiva en los siguientes casos:

- Registros de no conformidad con posibilidad de repetición.
- Reclamación del paciente.
- Detección por parte de un servidor de una anomalía en un proceso.

Las no conformidades detectadas en las auditorias no son objeto de apertura de expediente ya que se considera que actúa como tal el informe de auditoría correspondiente.

4. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

El Director de Talento Humano que ha abierto el expediente, actúa como instructor y se encarga de ir rellenando las sucesivas casillas del formato hasta su terminación.

La responsabilidad de la acción correctiva es de la dirección y de los servidores afectados por la no conformidad.

5. ACCIONES Y PLAZOS

Tras la comunicación de la apertura del expediente se realiza una reunión con los afectados donde se planifican las acciones adecuadas para la eliminación definitiva de la anomalía estudiada y se establecen los plazos de ejecución.

Cumplidos los plazos y salvo que se haya solicitado prórroga de alguno se convoca la reunión semanal interna en donde se informa de la verificación, no solo de cumplimentación de las acciones sino también de la efectividad de las mismas, pudiendo en ese momento tomar el acuerdo de cierre definitivo del expediente, el cuál será archivado por el Director de Talento Humano

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 006 – ACTUACION EN CASO DE EMERGENCIA	Revisión 1	
	Fecha: Mayo 2014	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el establecimiento de un plan de actuación en caso de emergencia

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento incluye la planificación de todas las acciones a realizar por los servidores y su ejecución.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

Los servidores deben alertar de la forma más rápida posible a la dirección de la organización cualquier riesgo potencial que pueda derivar en emergencia, además de avisar a los servicios de ayuda exterior en caso de que se requiera.

El Director de Talento Humano se encarga del control, inspección y mantenimiento de los equipos para emergencias en caso de desastres:

- Cada 3 meses revisa: situación, accesibilidad y aparente buen estado de los equipos.

4. CLASIFICACIÓN EMERGENCIAS

Se clasificarán las emergencias según:

- Conato de emergencia: es el accidente que puede ser controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios de protección de la institución.
- Emergencia parcial: es el accidente que para ser controlado requiere la actuación de los equipos especiales. Los efectos de la emergencia quedarán limitados a un sector de la institución y no afectará a otros sectores ni a terceras personas.
- Emergencia general: es el accidente que precisa la actuación de todos los equipos y medios de protección del establecimiento y la ayuda de medios de socorro y salvamento exteriores. Este tipo de emergencia compromete a todos los servidores, a prestar sus servicios a la sociedad sin considerar horarios de labores.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Firma:

Fecha de vigencia:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 007 – ACCIÓN PREVENTIVA: MANTENIMIENTO DE LA INSTALACIÓN	Revisión 1	
	Fecha: Mayo 2014	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el establecimiento de un sistema de mantenimiento preventivo en la instalación.

2. ALCANCE

El alcance de este procedimiento incluye la gestión del mantenimiento de toda la instalación por parte de todos los empleados y dirección de la organización.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

Todos los servidores tienen la labor de vigilancia e inspección de toda la instalación, así como de notificar cualquier anomalía al Director de Talento Humano para que tome las oportunas medidas necesarias.

Todos los empleados serán responsables del buen estado de funcionamiento de la totalidad de la instalación, en dicho estado se incluye la prevención de riesgos laborales y el respeto hacia las condiciones medioambientales

4. MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Se preparan para los servidores unas fichas de inspección y cuidado de la instalación y equipos. En dichas fichas figuran una serie de operaciones periódicas tales como: inspección de la nevera, limpieza, temperatura, etc. Cualquier anomalía observada durante la ejecución de la ficha o durante el funcionamiento normal será comunicada a la dirección mediante una orden de trabajo en la que figure: equipo y código, anomalía observada, nombre del servidor, fecha y hora.

5. MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Cuando la dirección recibe una orden de trabajo se procede a su cumplimentación atendiendo a las siguientes circunstancias: grado de urgencia de la orden, existencia de repuestos, etc. Cuando la orden de trabajo queda cumplimentada se le envía una copia al servidor que la promovió a fin de que compruebe si la cumplimentación ha sido correcta. En caso de no ser así se lanza una nueva orden de trabajo.

6. REGISTROS

La dirección conservará el original de todas las órdenes de trabajo cumplimentadas, así como las estadísticas de los datos de actuaciones agrupadas por diversos motivos.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

<p>S.A.I.S.S. # 3</p> 	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	
<p>ORG 008 – ACCIÓN PREVENTIVA: ELIMINACIÓN CAUSAS POTENCIALES DE NO CONFORMIDAD</p>		<p>Revisión 1 Fecha: Mayo 2014</p>

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación preventiva para la eliminación de las causas potenciales de no conformidad de los pacientes.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que la dirección abre el expediente de acción preventiva hasta que lo cierra tras haberse estudiado la oportunidad de mejora, decidido y ejecutado las acciones correspondientes, comprobando que se han llevado a cabo y garantizando que dan el resultado esperado.

3. APERTURA DE EXPEDIENTE

El Director de Talento Humano abre expediente de acción preventiva cuando se detecta una oportunidad de mejora en los siguientes casos:

- Análisis de los datos de registros.
- Análisis de las encuestas de los pacientes.
- Sugerencias.

Las mejoras detectadas en las auditorias no son objeto de apertura de expediente ya que se considera que actúa como tal el informe de auditoría correspondiente.

4. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

El Director de Talento Humano que ha abierto el expediente se encarga de ir rellenando las sucesivas casillas del formato hasta su terminación.

La responsabilidad total de la acción preventiva depende de la dirección y de los empleados afectados por el expediente.

5. ACCIONES Y PLAZOS

Tras la comunicación de la apertura del expediente se realiza una reunión con los afectados donde se planifican las acciones adecuadas para el aprovechamiento de la oportunidad de mejora y se establecen los plazos para su ejecución.

Cumplidos los plazos y salvo que se haya solicitado prórroga de alguno se convoca reunión de seguimiento en donde se informa de la verificación, no solo de cumplimentación de las acciones sino también de la efectividad de las mismas, pudiendo en ese momento tomar el acuerdo de cierre definitivo del expediente, el

cuál será archivado por la dirección.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

<p>S.A.I.S.S. # 3</p> 	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	
<p>ORG 009 – METODOLOGÍA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS</p>	<p>Revisión 1 Fecha: Mayo 2014</p>	

1. OBJETO

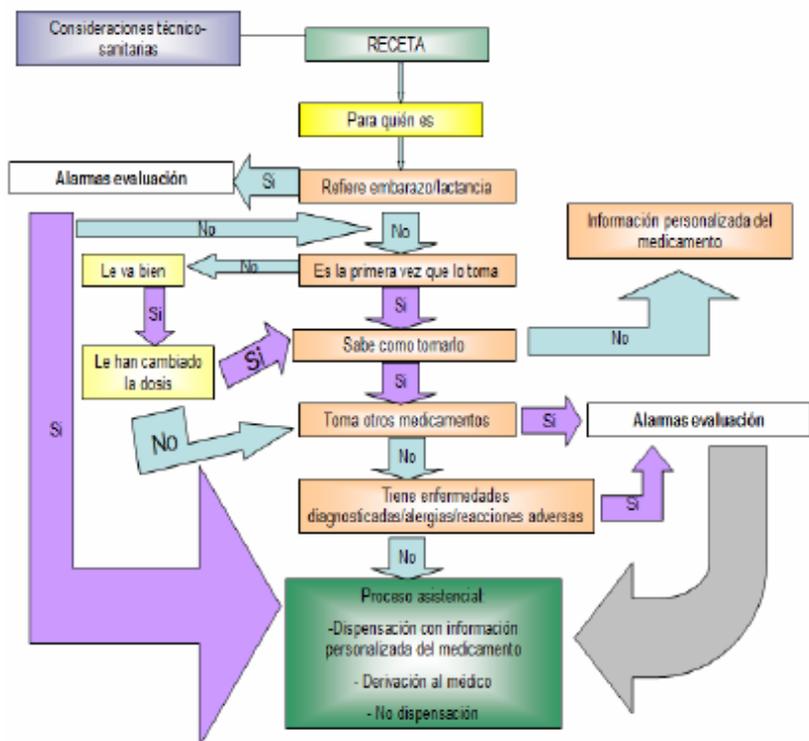
El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación para la dispensación de medicamentos.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que el cliente entra a la organización en busca de un producto hasta el momento en que dispensamos o no el medicamento.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La dirección y todos los empleados de la organización para la dispensación de medicamentos seguirán dicho esquema:



Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 010 – METODOLOGÍA PARA LA RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación para la recepción y almacenamiento de los medicamentos.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que el producto llega a la organización (recepción de la mercancía), hasta su posterior almacenamiento si no se cataloga como producto no conforme.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

Los servidores a cargo de la Farmacia deben realizar las operaciones de recepción y almacenaje.

4. RECEPCIÓN DE LA MERCANCIA

Cuando llegan los productos a la farmacia, estos deben mantenerse separados de las existencias hasta que se realice la inspección y se da la conformidad. Se realizará una inspección completa para verificar:

- Precio unitario y precio total de acuerdo a la factura.
- Integridad de los envases.
- Cantidad recibida de la total pedida.
- Fecha de vencimiento.

En caso de producirse una no conformidad se devolverá al proveedor y se abrirá expediente si se observara que este hecho puede volver a repetirse.

Una vez realizada la inspección se rellenará impreso de recepción de mercancía que se archivará en la carpeta de pedidos.

5. ALMACENAMIENTO

Los productos se almacenan según:

- Clase farmacológica.
- Orden alfabético.
- Nivel de uso.

En caso de tratarse de medicamentos estos se deben resguardar de la luz solar, en condiciones de temperatura y humedad adecuada.

Los productos de parafarmacia y los medicamentos se almacenarán colocando los nuevos detrás de los antiguos para evitar pérdidas por fecha de vencimiento.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 011 – METODOLOGÍA DE EDUCACION SANITARIA.	Revisión 1 Fecha: Mayo 2014	

1. OBJETO

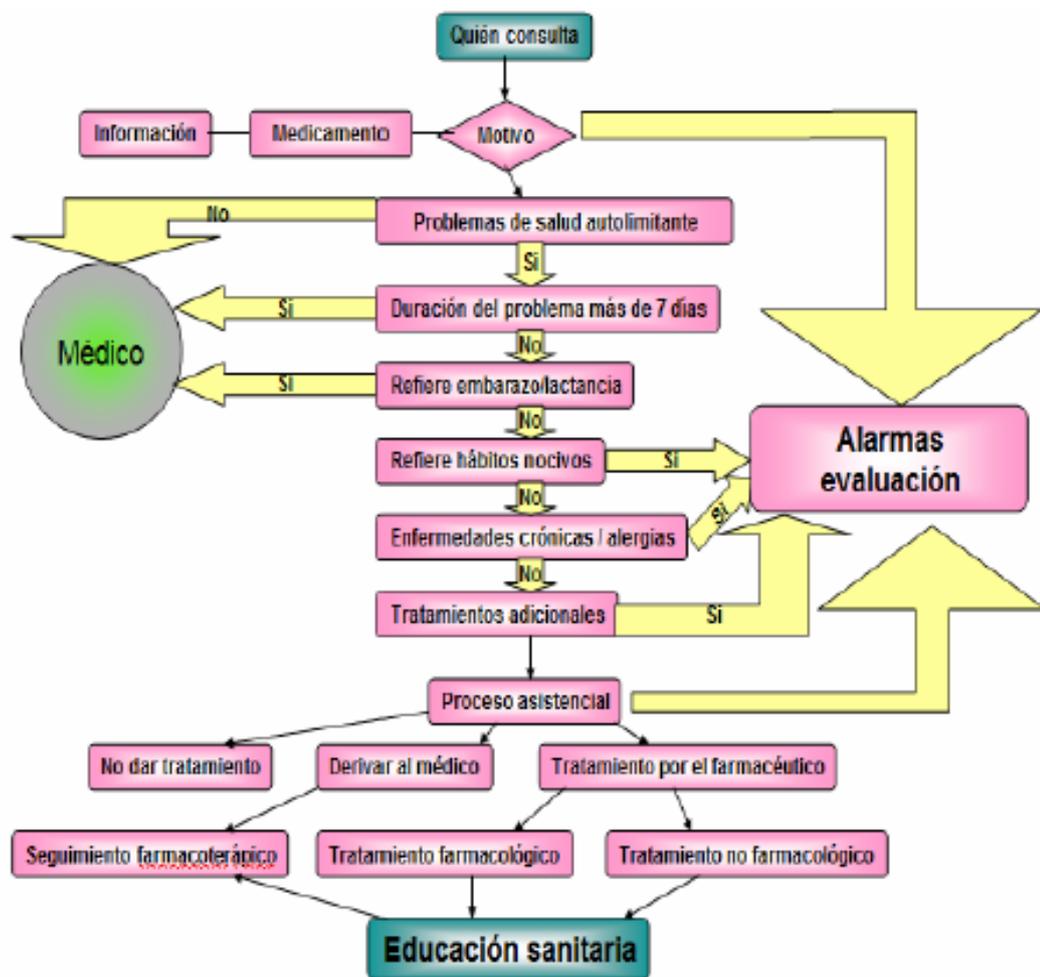
El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación para la educación sanitaria.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar desde el momento en que el paciente entra a la organización y formula la consulta hasta el momento en que resolvemos la consulta.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

Para la educación sanitaria se seguirá dicho esquema:



Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 012 – ACTUACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS.	Revisión 1 Fecha: Mayo 2014	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el definir la metodología de actuación para la gestión de residuos.

2. ALCANCE

Este procedimiento regula las acciones a desarrollar para la gestión de residuos para que se realice en condiciones controladas, asegurando así que el proceso cumple con las normas.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

Todos los servidores tienen la obligación de separar los residuos en 3 tipos:

- Los que se entregan al Punto Verde.
- Los que se entregan a los propios comerciales.
- Los almacenados y depositados en los contenedores municipales.
- Se entiende como productor de residuos aquel trabajador que por sus actividades genere algún tipo de residuo.

4. UBICACIÓN DE LOS RECIPIENTES

Los recipientes se deben almacenar y ubicar en la institución correctamente hasta la recogida por los proveedores comerciales o hasta que se entregan al Punto Verde o se depositan en los contenedores municipales. Se ha de evitar en todo momento que la presencia de residuos en la instalación suponga un riesgo para el personal o los pacientes.

Se ha de evitar que los recipientes sean llenados más del 90% de su capacidad evitando así los derrames.

6. RESIDUOS QUE SE ENTREGAN AL PUNTO VERDE

Dado que la organización se sitúa a 20 metros de un Punto Verde los residuos de:

- Los aparatos electrónicos e informáticos.
- Los termómetros.
- Los productos de limpieza.
- Los fluorescentes.
- Los vidrios y plásticos.
- El papel y el cartón.

Serán depositados al Punto Verde por el servidor designado para realizar las tareas de limpieza de la organización cada vez que el recipiente llegue al 90% de su capacidad.

7. RESIDUOS GESTIONADOS POR SAISS

Se entregará a los comerciales proveedores el recipiente contenedor cuando su capacidad llegue al 90%. En ellos se colocarán:

- Los envases vacíos de medicamentos, incluidos el cartón y el prospecto.
- Los envases con restos de medicamentos.
- Los medicamentos caducados.

8. RESIDUOS DEPOSITADOS EN CONTAINERS MUNICIPALES

Los demás residuos se depositarán en los recipientes ubicados estratégicamente en la organización y se vaciarán cada día en los contenedores (ésta última tarea será realizada por el servidor a cargo de las tareas de limpieza de la organización).

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 013 – METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO.	Revisión 1 Fecha: Mayo 2014	

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología de actuación en caso de accidente de trabajo para prestar una oportuna y adecuada atención al accidentado.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todos los accidentes de trabajo que ocurran en la institución.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

El Director de Talento Humano será el responsable de hacer que se cumpla el presente procedimiento.

Todos los accidentes que se produzcan deberán ser investigados por la dirección.

4. ACCIDENTE DE TRABAJO

Se considera accidente de trabajo toda lesión corporal que el servidor sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute en la institución.

El Director de Talento Humano una vez informado del accidente y en función de la gravedad del hecho decidirá donde enviarlo para recibir la primera atención de urgencia.

4.1. Lesión leve

Dicha lesión requiere atención médica sin baja. Esta atención será dada en la institución.

4.3. Lesión grave

Dicha lesión requiere atención médica con baja médica. Se debe valorar las lesiones y actuar con prudencia. Realizar el traslado del accidentado al centro sanitario que le corresponda siendo en todo momento

acompañado por un servidor. Administrativamente se debe completar el parte de accidente laboral y ser sellado y firmado por el Director de Talento Humano.

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

S.A.I.S.S. # 3 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
ORG 014 – METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES.		Revisión 1 Fecha: Mayo 2014

1. OBJETO

El objeto del presente procedimiento documentado es el de definir la metodología para la evaluación de riesgos laborales en la institución.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a toda la institución.

3. DEFINICIONES

- *Evaluación de riesgos:* Es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.
- *Riesgo laboral e inminente:* Aquel que resulta probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y que pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
- *Condición de trabajo:* Cualquier característica del trabajo que puede tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

La farmacéutica titular es la encargada de:

- Redactar, implantar y revisar dicho procedimiento.
- Realizar la evaluación inicial y periódica de los riesgos.
- Realizar la implantación y/o control de las medidas preventivas o correctoras.

4. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

Para la realización de la evaluación de riesgos se utilizan cuestionarios de prevención de riesgos laborales.

- Cada cuestionario recoge los distintos riesgos laborales que se pueden presentar.
- Cada uno de estos cuestionarios se adapta a las diversas tareas laborales que existen.

5. REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

Antes de iniciar la evaluación el Director de Talento Humano se pone en contacto con la persona con la que se va a coordinar la evaluación y se fija el proceso de evaluación. Se recopila toda la información posible sobre el objeto de evaluación, ya sea, documentación sobre equipos de trabajo, documentación sobre instalaciones, etc.

6. VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

Una vez obtenido todos los datos necesarios la dirección completa el cuestionario de evaluación. A cada punto del cuestionario se responde asignando un peso específico del 0 al 5, dependiendo del grado del cumplimiento de la condición de seguridad y salud, es decir, 5 si es total cumplimiento y 0 si no se cumple. De esta forma se obtiene información sobre la existencia de deficiencias y se gradúa su importancia. Una vez completados todos los puntos del cuestionario se realiza la valoración final. Para ello se suman los valores de cumplimiento de cada punto y se obtiene un valor final que según su rango nos dará un valor de evaluación:

- Insuficiente: la puntuación obtenida es menor del 60% de la total.
- Correcta: la puntuación obtenida está entre el 60% y el 80% de la total.
- Buena: la puntuación obtenida está entre el 80% y el 90% de la total.
- Excelente: la puntuación obtenida es superior al 90% de la total.

Existen ciertos puntos clave, los de más graves consecuencias y más alta probabilidad de ocurrencia, en los que se debe obtener una valoración mínima especificada a priori para poder considerar la situación como correcta. Estos puntos serán prioritarios a la hora de diseñar e implantar acciones preventivas o correctoras.

Con este método se obtiene una valoración global, se identifican los puntos deficientes más importantes y se indican las acciones preventivas

o correctoras, recomendaciones y observaciones que se consideren necesarias.

7. EVALUACIONES DE RIESGOS DE PUESTO DE TRABAJO

Para la evaluación de puestos de trabajo se utilizan los Códigos de Riesgo normalizados por el Ministerio de lo Laboral.

Se analiza a cuales de estos riesgos está expuesto el trabajador y en cada uno de ellos se identifica los casos concretos en que esto sucede.

8. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

El Director de Talento Humano en la reunión semanal interna informa a los servidores cuyos puestos de trabajo han sido evaluados. Los empleados podrán consultar las observaciones que crean necesarias.

9. PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

El Director de Talento Humano describe como se planifica la actividad preventiva derivada de la evaluación de riesgos y como se prioriza en función de la magnitud de los riesgos detectados y del número de servidores expuestos a los mismos.

El Director de Talento Humano hace el seguimiento de la ejecución de las medidas preventivas o correctoras.

10. REVISIONES DE LAS EVALUACIONES DE RIESGOS

La evaluación de riesgos se revisa cuando así lo estime oportuno el Director de Talento Humano en función de:

- La legislación vigente.
- La existencia de cambios significativos en las condiciones de trabajo.
- Accidentes o daños para la salud ocurridos que así lo requieran.
- La detección en los controles periódicos de que las medidas de prevención pueden ser inadecuadas o insuficientes.
- Cualquier otra circunstancia que lo haga necesario

Responsable del procedimiento (R.P.)

Fecha de vigencia:

Firma:

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO
MEDIDO EN EL SAISS # 3**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

La presente encuesta tiene por finalidad conocer el criterio de los clientes (usuarios-pacientes) sobre la atención que brinda el Centro de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, como parte de un proceso investigativo para obtener el Grado académico de Magister en Gerencia de los Servicios de Salud

1. ¿Con que frecuencia usted asiste a este Centro de Salud?
 - a. Diario ()
 - b. Semanal ()
 - c. Mensual ()

2. ¿Cómo califica usted el trato que recibe de parte del recurso humano que labora en el Centro de Atención Integral de la Salud Sexual No. 3?
 - a. Excelente ()
 - b. Muy bueno ()
 - c. Bueno ()
 - d. Deficiente ()

3. ¿Cómo califica usted los servicios especializados que presta esta unidad médica?
 - a. Excelente ()
 - b. Muy bueno ()
 - c. Bueno ()
 - d. Deficiente ()

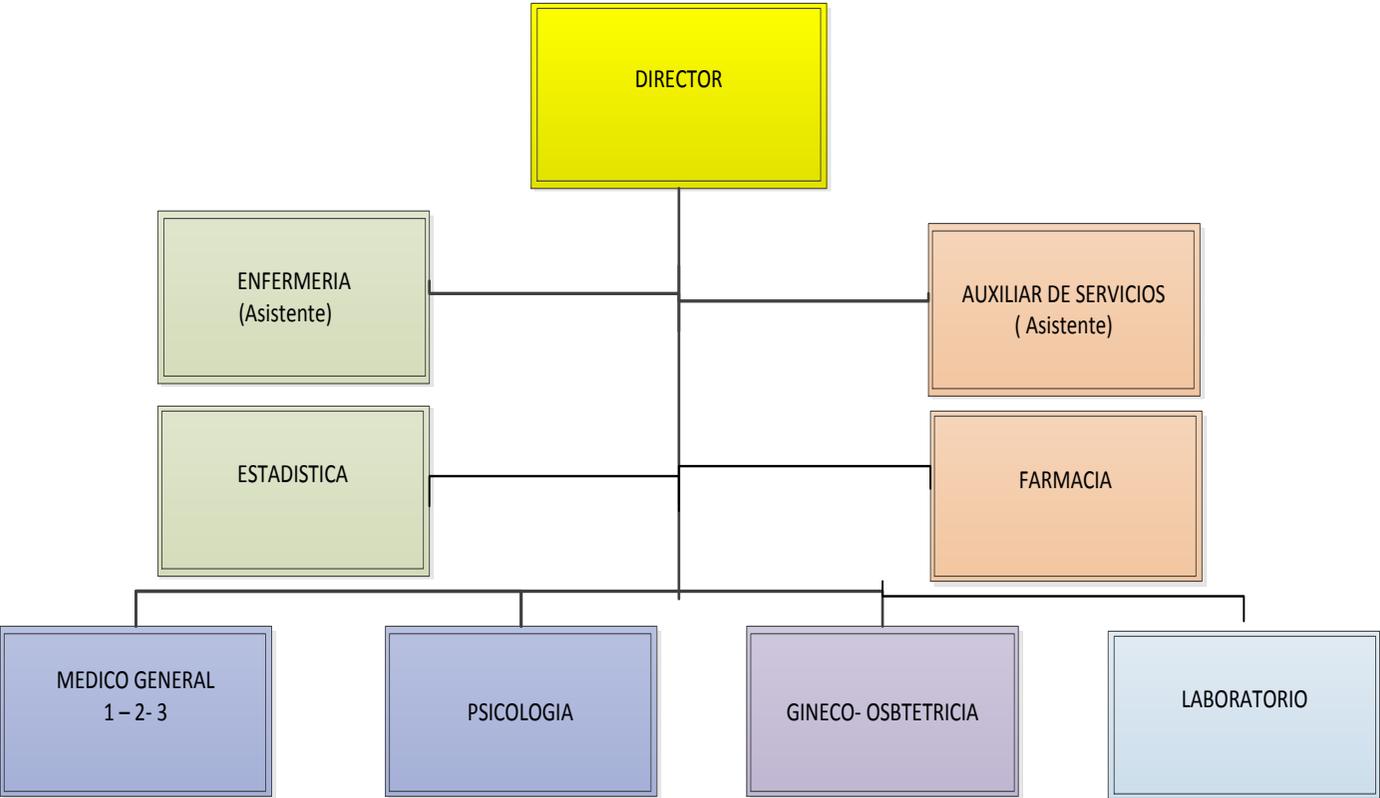
4. ¿Considera que el Centro de Salud ofrece a los pacientes un servicio de calidad?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. En parte ()
5. ¿Los integrantes del Centro de Salud brindan una atención personalizada?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. A veces ()
6. ¿El tiempo en que es atendido es el adecuado?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. En parte ()
7. ¿Estaría usted de acuerdo que el Ministerio de Salud evalúe al recurso humano que labora en este Centro?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. En parte ()
8. ¿Cree usted importante que se mejore la atención a los pacientes que acuden a este centro médico?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. En parte ()

14.2 MATRIZ PROBLEMICA

TEMA: DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS ISO 9001 – 2008 PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL N° 3 DE MILAGRO

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cómo la no aplicación de un Sistema de Gestión de Calidad en las actividades administrativas del S.A.I.S.S. #3 , Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro, incide en la satisfacción de sus usuarios?	Planear el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad para las actividades administrativas del Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro # 3 (S.A.I.S.S. #3)	La planeación del desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad para las actividades administrativas del Centro de atención integral de la salud sexual de Milagro # 3 (S.A.I.S.S. #3), permitirá satisfacer a la ciudadanía con un servicio de calidad y calidez
SUBPROBLEMAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS DERIVADAS
¿Cómo la descripción de los procesos que permitan orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente del SAISS # 3.?	Describir los procesos que permitan orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente del SAISS # 3.	La descripción de los procesos operativos del SAISS # 3, permitirán orientar a los profesionales de salud hacia la satisfacción del cliente (Usuarios del cantón Milagro)
¿De que manera la coordinación, desempeño y rendimiento en el S.A.I.S.S. #3 Centro de atención integral de la salud sexual de milagro, afecta la calidad de servicio?	Determinar la coordinación, desempeño y rendimiento de los profesionales que laboran en el S.A.I.S.S. #3 en el servicio de atención integral de la salud de los ciudadanos de Milagro	La gestión administrativa donde se desarrolle el proceso de coordinación, desempeño y rendimiento de los profesionales que laboran en el S.A.I.S.S. #3, mejorara el servicio de atención integral de la salud de los ciudadanos de milagro.
¿Por qué es necesario realizar un estudio de los procesos operativos que se aplican en la atención a pacientes en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, para diseñar un Manual de Funciones que permita implantar un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001-2008?	Diseñar un Manual de Normas de los procesos operativos que se desarrollan en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001 – 2008	El diseño y aplicación de un Manual de Normas de los procesos operativos que se desarrollan en el SAISS # 3 de la ciudad de Milagro, para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001 – 2008, elevara la calidad de servicio y reconocimiento de la ciudadanía

ORGANIZACIÓN DEL S.A.I.S.S. #3



NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR



1

¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Sistema de Salud del Ecuador.