



SEDE: GUAYAQUIL

CARRERA

INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

**PROYECTO PREVIO OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERO E INGENIERA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

TÍTULO

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 PARA
LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y QUIRÓFANO
DE LA CLÍNICA DEL PACÍFICO**

AUTORES:

KARY ESTEFANÍA VERA PARRA

ISRAEL GUILLERMO PEÑA TRIVIÑO

DIRECTOR:

ING. OSWALDO NAVARRETE CARREÑO

GUAYAQUIL - 2015

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del proyecto son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Guayaquil, 09 de Febrero de 2015

Vera Parra Kary Estefanía

C.I. # 0925653214

Peña Triviño Israel Guillermo

C.I. # 0923818934

DEDICATORIA

Infinitamente a Dios, a mis padres por mantenerme en sus oraciones y a los docentes por cada una de sus aportaciones.

Israel Peña Triviño

DEDICATORIA

A Dios porque todas las bendiciones vienen de sus manos.

A mis padres Alexander y Mayra por brindarme su apoyo y confianza incondicional, por sus sabios consejos y muestras de amor.

A mis hermanos Karelys, Samuel, Marcos, Karlett y Bruno por ser mi principal motivación.

Kary Vera Parra

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres Guillermo Peña M. y Yalile Triviño B., a mis tíos Soraya Triviño B. y David Aparicio T., a mi enamorada Kary Vera P., por ser mi compañera a lo largo de la carrera y por su ayuda invaluable.

Finalmente a todas las personas que contribuyeron para la culminación de mis estudios universitarios.

Israel Peña Triviño

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por proveerme de optimismo, fuerza y fe durante toda mi carrera universitaria, por darme sabiduría para tomar las decisiones correctas que me permitieron llegar al lugar en el que estoy.

A mi papá Alexander Vera porque detrás de este gran logro está su esfuerzo y sacrificio, por ser un ejemplo de superación.

A mi mamá Mayra Parra por haberme heredado toda su fuerza, entrega y dedicación.

A mis abuelas América Villa y Alicia Vásquez por todo su amor, cuidado y consuelo.

A mi enamorado y compañero Israel Peña por darme la mano durante estos cinco años y motivarme a seguir adelante en momentos de debilidad. Somos un gran equipo.

Al personal docente de la Universidad Politécnica Salesiana por transmitir todos sus conocimientos con paciencia y dedicación.

Kary Vera Parra

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
CARÁTULA.	I
DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD.	II
DEDICATORIA.	III
AGRADECIMIENTO.	V
ÍNDICE GENERAL.	VII
ÍNDICE DE TABLAS.	X
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XII
INDICE DE ANEXOS.	XIII
RESUMEN.	XIV
ABSTRACT.	XV
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

	PÁGINA
1. El problema	3
1.1. Antecedentes	3
1.1.1. Filosofía corporativa	4
1.2. Planteamiento del problema	7
1.2.1. Enunciado	7
1.2.2. Formulación del problema	8
1.2.2.1. Problema general	8
1.2.2.2. Problemas específicos	9
1.2.3. Objetivos	9
1.2.3.1. Objetivo general	9
1.2.3.2. Objetivos específicos	10
1.2.4. Justificación	10

CAPÍTULO II

	PÁGINA
2. Marco teórico	12
2.1. Sistema de gestión de calidad	12
2.1.1. Sistema	12
2.1.2. Gestión	13
2.1.3. Planificación	13
2.1.4. Calidad	14
2.1.5. Gestión de calidad	17
2.2. Sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008	19
2.2.1. Definición ISO	19
2.3. Mejora continua	24
2.3.1. Herramientas para la mejora continua	25
2.4. Procesos	25
2.4.1. Gestión por procesos	27
2.5. Auditoría	27
2.5.1. Auditoría de calidad	28
2.6. Estructura física de la clínica: áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano	29
2.6.1. Áreas de emergencia	29
2.6.2. Área de quirófano	30
2.6.3. Área de cuidados intensivos	30
2.7. Clientes	31
2.8. Servicios	33
2.8.1. Propiedades de los servicios	33
2.8.2. Calidad del servicio	33
2.9. Marco conceptual	34
2.10. Marco legal	35

CAPÍTULO III

	PÁGINA
3. Metodología	37
3.1. Metodología, tiempo y costo utilizado en el diagnóstico de la situación actual	37
3.1.1. Situación actual de la clínica del pacífico	37
3.2. Determinación del porcentaje de cumplimiento de la norma ISO 9001:2008 en la clínica del pacífico	38
3.2.1. Realización de la auditoría	38
3.2.2. Matriz de los resultados	39
3.2.3. Ítems no conformes	42
3.3. Proceso de recolección de información	45
3.3.1. Caracterización de los procesos	45
3.3.2. Mapa de procesos de la clínica del pacífico	60
3.4. Análisis de las necesidades de los pacientes de la clínica del pacífico	62
3.4.1. Resultados de las encuestas realizadas a los beneficiarios y/o usuarios de los servicios médicos que ofrece la clínica del pacífico	62

CAPÍTULO IV

	PÁGINA
4. Diseño de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008 para las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos de la clínica del pacífico	75
4.1. Política de calidad	76
4.2. Objetivos de calidad	77
4.3. Manual de la calidad	77
4.4. Manual de admisión a pacientes	96
4.5. Manual de procedimientos limpieza de habitaciones	108
4.6. Manejo de desechos hospitalarios áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos	114
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
BIBLIOGRAFÍA	130
ANEXOS	133

ÍNDICE DE TABLAS

		PÁGINA
Tabla 1	Capítulo 4, ISO 9001:2008	39
Tabla 2	Capítulo 5, ISO 9001:2008	40
Tabla 3	Capítulo 6, ISO 9001:2008	40
Tabla 4	Capítulo 7, ISO 9001:2008	41
Tabla 5	Capítulo 8, ISO 9001:2008	42
Tabla 6	Ítems no Conformes	43
Tabla 7	Caracterización Admisión de pacientes	46
Tabla 7.1.	Caracterización Admisión de pacientes	47
Tabla 7.2.	Caracterización Admisión de pacientes: Documentos, seguimiento y medición	48
Tabla 7.3.	Caracterización Admisión de pacientes: Listado de registros	49
Tabla 7.4.	Caracterización Admisión de pacientes: Listado de registros	50
Tabla 7.5.	Caracterización Admisión de pacientes: Seguimiento y medición	51
Tabla 8	Caracterización Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos	52
Tabla 8.1.	Caracterización Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos	53
Tabla 8.2.	Caracterización Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos	53
Tabla 8.3.	Caracterización Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos: Listado de registros	54
Tabla 8.4.	Caracterización Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos: Seguimiento y medición	55
Tabla 9	Caracterización Manejo de Desechos	56
Tabla 9.1.	Caracterización Manejo de Desechos	57
Tabla 9.2.	Caracterización Manejo de Desechos	58
Tabla 9.3.	Caracterización Manejo de Desechos: Documentos, seguimiento y medición	59

		PÁGINA
Tabla 9.4.	Caracterización Manejo de Desechos: Listado de registros	59
Tabla 9.5.	Caracterización Manejo de Desechos: Listado de registros	60
Tabla 10	Ingreso de Pacientes	64
Tabla 11	Tiempo de duración proceso de Admisión	65
Tabla 12	Cordialidad en Admisión	66
Tabla 13	Médico Tratante	67
Tabla 14	Médico Residente	68
Tabla 15	Enfermería	69
Tabla 16	Tiempo de Espera Enfermería	70
Tabla 17	Trato por Personal Administrativo	71
Tabla 18	Limpieza del área	72
Tabla 19	Limpieza General de la Clínica Del Pacífico	73
Tabla 20	Norma Internacional	74
Tabla 21	Formularios para Pacientes	97
Tabla 22	Abonos	98
Tabla 23	Motivo cambio de Habitación	101
Tabla 24	Motivos para Servicio no conforme	102
Tabla 25	Almacenamiento Primario	117
Tabla 26	Colores y Símbolos de desechos	118
Tabla 27	Horarios recolección de desechos	119
Tabla 28	Equipos de Protección Personal	120

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

		PÁGINA
Ilustración 1	Organigrama Clínica del Pacífico	6
Ilustración 2	Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos	19
Ilustración 3	Ciclo de Deming	22
Ilustración 4	Pirámide documental de la Clínica del Pacífico	38
Ilustración 5	Mapa de Procesos	60
Ilustración 6	Ingreso de pacientes	64
Ilustración 7	Tiempo de duración proceso de admisión	65
Ilustración 8	Cordialidad en la admisión	66
Ilustración 9	Médico Tratante	67
Ilustración 10	Médico Residente	68
Ilustración 11	Enfermería	69
Ilustración 12	Tiempo de espera enfermería	70
Ilustración 13	Trato por personal administrativo	71
Ilustración 14	Limpieza del área	72
Ilustración 15	Limpieza general Clínica del Pacífico	73
Ilustración 16	Norma Internacional	74

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁGINA
ANEXO 1 Encuesta Clínica del Pacífico	134
ANEXO 2 Imágenes recipientes de desechos	135
ANEXO 3 Entrevista cumplimiento de ítems de la norma ISO 9001:2008	137
ANEXO 4 Requisitos de Pacientes para la admisión	139
ANEXO 5 Historia Clínica	142
ANEXO 6 Orden de Ingreso	143
ANEXO 7 Listado de admisiones	144
ANEXO 8 Programa operatorio de cirugía	145
ANEXO 9 Recibo cambio de habitación	146
ANEXO 10 Aceptación por diferencia de habitación	147
ANEXO 11 Declaración	148
ANEXO 12 Normas de permanencia en el Clínica del Pacífico	149
ANEXO 13 Registro servicio no conforme	150
ANEXO 14 Check list de limpieza	151
ANEXO 15 Control de utensilios de limpieza	152
ANEXO 16 Check list de limpieza - Supervisión	153
ANEXO 17 Control de desechos Clínica del Pacífico	154
ANEXO 18 Control de equipos de protección personal	155
ANEXO 19 Sticker de desechos infecciosos	156

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
CARRERA DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA
“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 PARA
LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, CUIDADOS INTENSIVOS Y QUIRÓFANO
DE LA CLÍNICA DEL PACÍFICO”

Autores: Kary Estefanía Vera Parra	kverap@est.ups.edu.ec
Israel Guillermo Peña Triviño	ipena@est.ups.edu.ec
Tutor: Oswaldo Navarrete	onavarrete@ups.edu.ec

Resumen

La Clínica Del Pacífico es una empresa privada ubicada en Villamil Playas, Provincia del Guayas. Se encarga de brindar servicios médicos y hospitalarios, actividades de consulta y tratamiento por médicos de medicina general, especializada y cirujanos. El diseño de un sistema de gestión de calidad (SGC) tiene como objetivo generar una cultura de calidad, en la que los empleados realicen sus actividades de forma eficaz y conozcan los requisitos exigidos por la norma.

En la Clínica los empleados conocen los procesos y procedimientos de clasificación y redistribución de desechos pero estos no se cumplen adecuadamente. La insatisfacción de los pacientes respecto al proceso de admisión y limpieza, permite establecer procesos de mejora para brindar un servicio de calidad. Se ha realizado un levantamiento de información de las actividades que se ejecutan dentro del proceso de admisión, áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos, limpieza y manejo de desechos, se diseñó la ficha de caracterización de las áreas implicadas.

En este trabajo se llevó a cabo el desarrollo de un cuestionario a los empleados, basado en los capítulos de la Norma ISO 9001:2008 para determinar el cumplimiento de la clínica en relación a los requisitos exigidos para un SGC. En la metodología de la investigación se encuestaron a 95 beneficiarios de los servicios de la clínica, donde evaluamos el tiempo de duración en admisión, el trato recibido por el personal y la limpieza de áreas. Se pudo identificar los procesos que intervienen directamente en la calidad del servicio, se estableció política, objetivos y manual de calidad, se realizó la descripción óptima de los procesos exigidos por la norma lo cual nos permitió el desarrollo de la propuesta de Diseñar un sistema de gestión en base a la normativa ISO 9001:2008 para las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano.

Palabras claves: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, PROCESOS, PACIENTES, ISO 9001:2008, CLÍNICA DEL PACÍFICO.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**“DESIGN OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2008 FOR
THE AREAS OF EMERGENCY, SURGICAL, INTENSIVE CARE FOR
PACIFIC CLINIC”****Authors:** Kary Estefanía Vera Parra

kverap@est.ups.edu.ec

Israel Guillermo Peña Triviño

ipena@est.ups.edu.ec

Tutor: Oswaldo Navarrete Carreño

onavarrete@ups.edu.ec

Abstract

Pacific Hospital is a private company located in Villamil Playas, Guayas Province. It is responsible for providing medical and hospital services, consultation activities and treatment by general practitioners, specialized surgeons. The design of a quality management system (QMS) aims to generate a quality culture in which employees perform their activities effectively and meet the requirements of the standard.

Hospital employees know the processes and procedures for waste sorting and redistribution but these are not adequately met. The patient dissatisfaction regarding the admissions process and cleaning, allows for improvement processes to provide a quality service. We conducted a survey of information of the activities performed within the process of admission, emergency areas, operating room and intensive care, cleaning and waste management tab characterization of the areas involved were designed.

This work was undertaken to develop a questionnaire to the employees, based on the chapters of ISO 9001:2008 for determining compliance with the clinic in relation to the requirements for a QMS. The research methodology was surveyed to 95 beneficiaries of the services of the clinic, where we evaluated the time duration in admission, treatment by staff and cleaning areas. We could identify the processes involved directly in service quality policy, objectives and quality manual were established, the optimal description of the processes required by the standard which allowed us to develop the proposed design a system management was performed based on ISO 9001:2008 for the areas of emergency, intensive care and surgery.

Keywords: QUALITY MANAGEMENT SYSTEM, PROCESSES, PATIENTS, ISO 9001: 2008 PACIFIC HOSPITAL.

INTRODUCCIÓN

La normativa ISO 9001 abarca una serie de requisitos con los que tiene que contar un Sistema de Gestión de Calidad, basado en la mejora continua de los procesos. Las empresas se encuentran en la necesidad de adoptar normas y estándares internacionales que permitan que las actividades se realicen de forma efectiva.

Los hospitales públicos o privados son instituciones recurrentes por la sociedad, por lo que deben mantener su enfoque en satisfacer las necesidades de los pacientes de acuerdo a las emergencias que presentan a diario. En la actualidad, el paciente no sólo se fija en la atención que pueda percibir sino en la clase de servicio, infraestructura de los centros y el control de los tiempos de espera.

Los pacientes se vuelven más exigentes y el mercado más competitivo, esto obliga a las empresas a buscar mecanismos de mejora y brindar un servicio de calidad que satisfaga en todos los aspectos al cliente. El proyecto se realiza en torno a las quejas presentadas por los pacientes en relación a la atención percibida, limpieza de las áreas, la incorrecta segregación de funciones de los empleados del área de mantenimiento y el incumplimiento de las normas de higiene para el tratamiento de los desechos.

El desarrollo del proyecto estudia el nivel de la satisfacción de los pacientes de la Clínica Del Pacífico, así como identificar los procesos y procedimientos de los colaboradores en las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano. El análisis del trato otorgado por doctores, personal de enfermería y administrativo para validar el tiempo de atención a los pacientes, ya que es un servicio en el que debe existir efectividad en sus procesos.

La norma ISO 9001:2008 se basa en la gestión de calidad que una empresa debe regirse para la ejecución de sus procesos, el establecimiento de una política y manual de calidad que los empleados efectúen de manera correcta en sus actividades cotidianas e interrelacionen con los requisitos exigidos por la norma para garantizar la

mejora continua de los procesos. Un SGC demuestra el compromiso que los integrantes de una empresa deben tener para fundamentar todos sus esfuerzos en la calidad durante la operación.

Este proyecto consta de cinco capítulos:

En el **Capítulo I**, se desenvuelve el análisis del problema, con sus objetivos, y justificación, con la finalidad de explicar el problema encontrado.

En el **Capítulo II**, se desarrolla el marco teórico con la ilustración de temas fundamentales que contemplan el desarrollo del presente proyecto y de lo cual lleva a la comprensión del lector.

En el **Capítulo III**, se define la metodología de la investigación, se realiza el levantamiento de la información, la elaboración de las fichas de caracterización, la encuesta a los beneficiarios del proyecto y la presentación de los resultados encontrados en la investigación

En el **Capítulo IV**, la Propuesta, diseño del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008 para las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos para la Clínica Del Pacífico.

Se realiza la presentación de las conclusiones y recomendaciones para la finalización del trabajo, así como la exposición de la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

CLÍNICA DEL PACÍFICO

El 10 de abril del 2007 se constituyó FULL CARE MEDICAL S.A. mediante escritura pública otorgada ante el notario Décimo Sexto del Cantón Villamil Playas, doctor Rodolfo Pérez Pimentel, con nombre comercial Clínica Del Pacífico, es una empresa privada ubicada en la Provincia del Guayas en el Cantón General Villamil Playas desde sus inicios, se encarga de brindar servicios médicos y hospitalarios, actividades de consulta y tratamiento por médicos de medicina general o especializada, incluso cirujanos en instituciones de atención de la salud.

La Clínica Del Pacífico es considerada por su infraestructura de servicios, equipamiento y organización médica un centro médico de alta complejidad. Es caracterizada por contar con un equipo profesional de excelencia, atención personalizada y multidisciplinaria de la más alta calidad y tecnología de punta.

Los principales objetivos de la Clínica Del Pacífico es brindar servicios integrales de salud a la población de General Villamil Playas, de manera oportuna

eficiente y cordial, con mayores estándares de calidad que les permita caminar hacia la excelencia y la satisfacción del paciente, llegar a ser una clínica de referencia para todas las especialidades médicas apalancándose con equipamiento de alta tecnología para así llegar a la excelencia y al liderazgo en los servicios de salud del país.

Debido a que el objeto social y a lo que se dedica la empresa es brindar servicios médicos y hospitalarios, el cual desde que inició la compañía no se ha manejado con los respectivos estándares de calidad que este debería llevar, ocasionando pérdidas de pacientes, disminución en la rentabilidad, pérdidas de eficiencia y eficacia en las operaciones.

Se ha implementado mejoras en los procesos de acuerdo a las necesidades que se han presentado en la empresa de manera empírica e informal, pero esto no ha garantizado la evolución de la clínica en cuanto a la calidad del servicio. La Clínica Del Pacífico tiene establecida una Planeación estratégica para encaminar sus funciones en el sector en el que está posicionado y es necesario que sus empleados estén involucrados en los cambios que vayan a existir.

1.1.1. Filosofía Corporativa

Misión

Proporcionar asistencia médica con calidad a la población del Cantón General Villamil Playas y a toda la población general, así como garantizar la seguridad del paciente, una docencia y capacitación de alto nivel a través de la integración de todo el personal basado en principios de profesionalismo y responsabilidad para lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios en un ámbito de respeto y honestidad.

Visión

Ser una institución que proporciona atención médica a la población en general enfocada a la excelencia a través de programas y estándares de seguridad y calidad con alto sentido humano.

Objetivo

Proporcionar servicios de salud a la población en general atendiendo sus problemas prioritarios y los factores que condicionan y causan daño a la salud, con acciones de prevención y seguridad que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

Valores

Servicios de salud que satisfagan eficaz y eficientemente las demandas de atención a la población con honradez, transparencia, calidez, calidad, seguridad y equidad en seguimiento de las acciones justicia social.

Responsabilidad Social:

La Clínica Del Pacífico trabaja día a día para mejorar los servicios y la responsabilidad que tiene el impacto de sus actuaciones en los pacientes y en sus familiares, así como en los trabajadores como proveedores, en el medio ambiente, en la comunidad para realizar una labor que tenga un beneficio directo a la sociedad y al país. A continuación el organigrama Administrativo de la Clínica Del Pacífico:

ORGANIGRAMA CLÍNICA DEL PACÍFICO

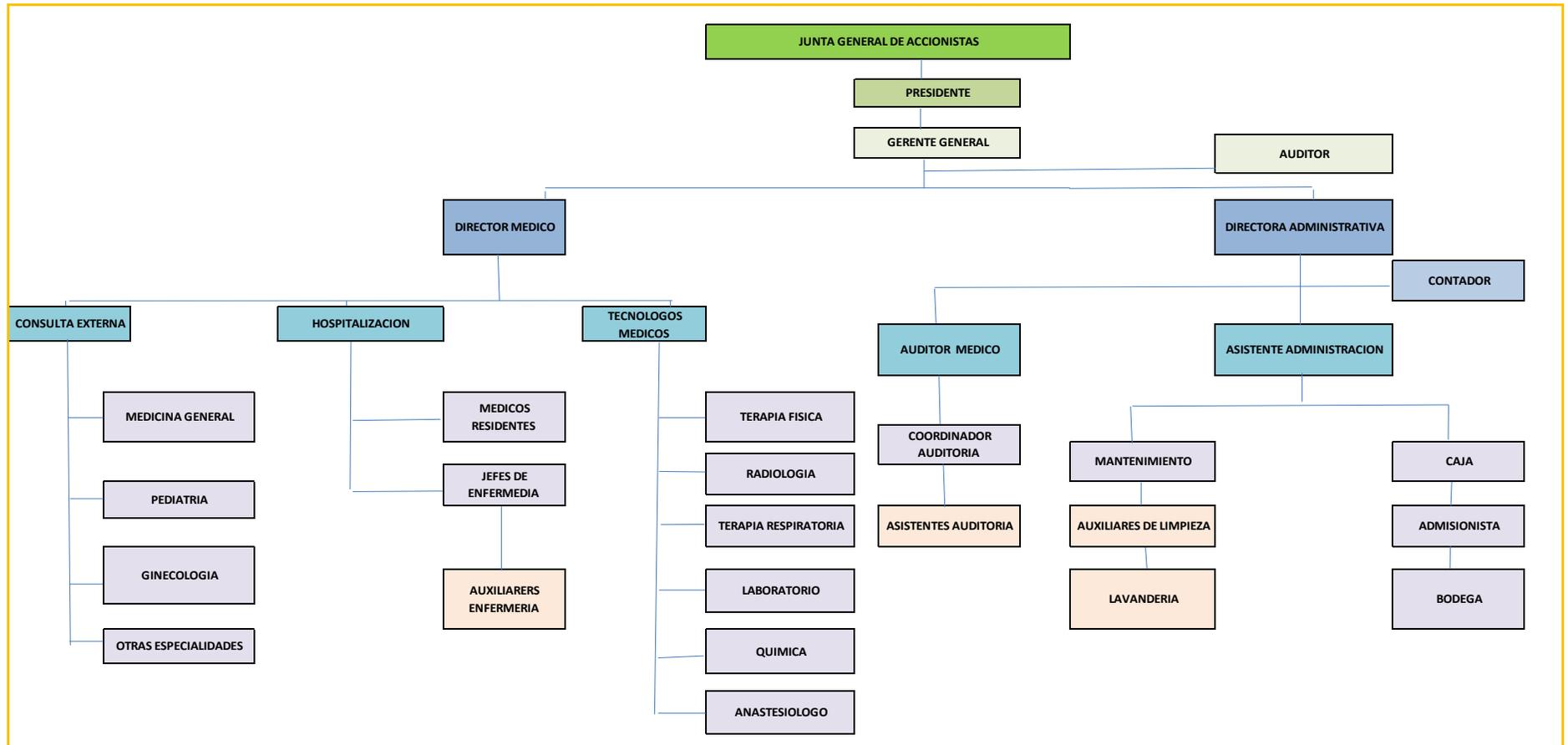


Ilustración n° 1 Organigrama Clínica del Pacífico

Fuente: Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

1.2.Planteamiento del Problema

1.2.1. Enunciado

La Clínica Del Pacífico es una empresa privada que se encarga de brindar servicios médicos y hospitalarios a la comunidad en general. Las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano están involucradas en procesos críticos pues se pone en riesgo la vida de un ser humano, un individuo que, junto con su familia; constituye un cliente externo que requiere un servicio de calidad, de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República y todas las normas y reglamentos relacionados con la salud en el Ecuador.

En la Clínica Del Pacífico se recibe entre 15 a 25 personas por día. Del 9 al 13 de diciembre se realizó encuestas a los pacientes (Anexo 1), de la población se tomó una muestra de diez pacientes por área de los cuales 5 presentaban insatisfacción respecto a la limpieza de estas y 6 personas presentaron quejas respecto al tiempo de atención en la admisión.

Se evidenció mediante el método de observación y encontramos que los colaboradores conocen los procesos y/o procedimientos de la clasificación y distribución de los desechos, pero estos no se cumplen adecuadamente. La forma correcta de clasificar los desechos es: tachos y fundas rojas para desechos infecciosos, tachos negros y fundas negras para desechos orgánicos y recipientes especiales para objetos cortopunzantes, sin embargo no se aplica correctamente ya que se encontró en tachos rojos fundas negras y botellas plásticas utilizadas para depositar objetos

cortopunzantes. Por lo que se puede notar la falta de un enfoque en procesos, la inexistencia de un manual de calidad donde se establezca claramente la política y objetivos de calidad del área, en resumen no existe un sistema que le permita a la Clínica Del Pacífico monitorear periódicamente sus indicadores de calidad en pro a la mejora continua del servicio ofrecido a la comunidad. (Anexo 2)

El diseño de un sistema de gestión de calidad es necesario para brindar una atención de calidad para velar por la seguridad e integridad de las personas que deseen hacer uso de este centro, de tal manera exista también una mejora continua y permanente en las áreas. Los procesos que se desarrollen se establecerán bajo mecanismos de control otorgados por los altos mandos, mandos medios y subordinados.

La normativa ISO 9001:2008 amerita el correcto cumplimiento de todos los procesos, políticas y procedimientos que intervienen de forma directa con el negocio en el cual su principal objetivo es manejar estándares de calidad que permitan la satisfacción plena del usuario final.

1.2.2. Formulación del Problema

1.2.2.1. Problema General

Se reciben frecuentemente quejas por parte de los pacientes, familiares y visitantes respecto al servicio médico en las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico, esta situación provoca el desprestigio institucional, la pérdida de actuales y potenciales clientes y la reducción de la rentabilidad de la clínica.

1.2.2.2.Problemas Específicos

1. Para el diseño de un sistema de gestión de calidad es importante contar con una política, objetivos de calidad, manual de calidad y documentos de respaldo, sin embargo la empresa no los tiene establecidos debido a que está considerando la implementación de un SGC.
2. En la Clínica Del Pacífico existe una incorrecta segregación de funciones, los empleados ejecutan actividades que no están acorde a su cargo, y otros no tienen identificadas cuáles son las que deberían desempeñar afectando los objetivos organizacionales, esto conlleva a la disminución de la calidad del servicio.
3. Los empleados de la Clínica Del Pacífico conocen los procedimientos en su estructura y contenido de forma general, y estos al ser aplicados no se efectúan de manera correcta, ni ordenada.

1.2.3. Objetivos

1.2.3.1.Objetivo General

Diseñar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 que sirva como una herramienta para lograr la mejora continua de los procesos involucrados en las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico y para elevar los índices de satisfacción de los usuarios de este centro de salud.

1.2.3.2. Objetivos Específicos

1. Establecer la política, objetivos de calidad, manual de calidad y documentos de respaldo del área de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico.
2. Identificar y clasificar los procesos del área de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico.
3. Elaborar una propuesta de Manuales de políticas y procedimientos mejorando los actuales procesos para admisión, limpieza y manejo de desechos de las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico.

1.2.4. Justificación

Es trascendental el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) ISO 9001 en la Clínica Del Pacífico, para lograr una percepción distinta de las actuales actividades de la entidad, reestructurando sus funciones en una gestión por procesos enfocándose a la satisfacción del cliente, eliminando no conformidades y mejorando su sistema a través de la correcta aplicación de los conceptos de mejora continua.

Un sistema de gestión de calidad tiene un soporte en el sistema documental, esto toma importancia en el logro de la calidad porque en ella se plasman formas de operar, el desarrollo de los procesos y toma de decisiones con enfoque a la satisfacción de clientes.

La norma ISO no es selectiva y es un buen modelo para la calidad, porque define lo que hay que hacer sin decir cómo hay que hacerlo. La normativa sigue un

objetivo común, sea cual sea el tipo de empresa: cumplir las necesidades y expectativas de sus clientes por medio de acciones programadas.

El diseño de un sistema de calidad ISO 9001:2008 constituye una gran oportunidad para el análisis, simplificación, mejoramiento y documentación de procesos productivos y administrativos que afectan directamente a la calidad del servicio que brinda la Clínica Del Pacífico.

El desarrollo del proyecto brindará los requisitos necesarios que requiere un SGC para cada una de las áreas involucradas, es importante el compromiso organizacional que mantiene la empresa para que un futuro la propuesta pueda ser implementada y así obtener una certificación ISO 9001 que de mayor prestigio y valor institucional a la Clínica Del Pacífico.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Sistema de gestión de calidad

En muchas organizaciones suelen mencionar la frase “Sistema de Gestión de Calidad”, en algunos casos sin saber a ciencia cierta el significado en el que está compuesta dicha frase. El concepto y los beneficios que puede traer a una organización son amplios si se implementa con compromiso y con liderazgo.

Un Sistema de Gestión de Calidad lo podemos determinar cómo una serie de actividades que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos y/o servicios, es decir, planear, controlar y mejorar los elementos de una empresa que influyen en el cumplimiento de los requisitos.

Otra manera en la que podemos definir un SGC, es por medio de la descomposición de sus palabras:

2.1.1. Sistema

(Speeding, 1979) Se refiere a Sistema como: *“El grupo de componentes que pueden funcionar recíprocamente para lograr un propósito común. Son capaces de reaccionar juntos al ser estimulados por influencias externas. El sistema no está afectado por sus propios egresos y tiene límites específicos en base de todos los mecanismos de retroalimentación significativo”*.

Como ejemplo podemos citar las áreas de la clínica: emergencia, cuidados intensivos y quirófano, que a través del trabajo conjunto logran realizar una labor que tenga un beneficio directo a la sociedad.

2.1.2. Gestión

Lo podemos definir como la acción de hacer actividades para el logro de una meta o un deseo. La gestión es el establecimiento de procesos sistematizados, que deben de ser conocidos por las áreas y personas involucradas que ayude a cumplir con la misión, visión, objetivos y políticas de la clínica.

(Malagón - Londoño, Galón Morera, & Pontón Laverde, 2008) Sobre la gestión indican que:

“Es el conjunto de acciones que conllevan a una finalidad, estas acciones se deben ejecutar en todos los niveles de la clínica. La gestión incluye acciones dirigidas al presente, tales como la dirección y organización, y a la preparación del futuro, tales como la planificación y la programación”.

2.1.3. Planificación

(Malagón - Londoño, Galón Morera, & Pontón Laverde, 2008) Sobre la planificación aseguran que:

“Es el proceso de previsión de los recursos y actividades necesarios para conseguir unos objetivos determinados. La planificación sanitaria puede clasificarse en tres grandes categorías: planificación normativa, estratégica y operativa. La normativa o de la política sanitaria señala las metas del sistema

constituye el marco de referencia deseado para el mismo. La Estratégica tiene por finalidad conseguir los objetivos esenciales para alcanzar las metas de la política sanitaria. La Operativa está constituida por la programación que incluye la preparación de actividades dirigidas a lograr objetivos específicos”.

De acuerdo a Malagón-Londoño, Ricardo Galán y Pontón Laverde el proceso de la planificación nos permite establecer directrices que nos permitan conseguir los objetivos de forma efectiva. Se determinan tres categorías como: la normativa, estratégica y la operativa, que simultaneas entre sí estimulará un crecimiento en la calidad del servicio que reciben los pacientes.

2.1.4. Calidad

La calidad es uno de los términos más relevantes durante la investigación que nos permitirá mostrar a eficiencia de los procesos con las que consta el sistema de gestión. A continuación, citamos distintos autores entre ellos Joseph Jurán que es considerado un experto en calidad y en procesos de gestión de calidad.

(Juran, 1996) Se refiere con respecto a la calidad a la ausencia de deficiencias que adopta la forma de: Retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuación al uso.

(Deming, 1989) Indicaba que la calidad es un sistema de medios para generar económicamente productos y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente. La implementación de este sistema necesita de la cooperación de todo el personal de la organización, desde el nivel gerencial hasta el operativo e involucrando a todas las áreas.

(Joseph, 1990) Hace referencia sobre la que puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de éstos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible.

Según W.E. Deming define a la calidad como “Un grado predecible de uniformidad y habilidad a bajo costo adecuado a las necesidades del mercado”. (Deming, 1989)

A. Feingenhaum define calidad como “El conjunto de las características del producto (bien o servicio) de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través del cual el producto satisface las expectativas del cliente”. (Rey, 2006)

Pastor define la calidad como: Conjunto de características de una entidad que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas. (Pastor, pág. 39)

Se puede llegar a la conclusión: La calidad es el conjunto de características de la entidad en busca de la satisfacción plena del cliente, a través del establecimiento de controles, ésta genera que las empresas mejoren sus servicios y sus productos. El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección. La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo.

La calidad aumenta el nivel competitivo, genera una reducción de costos y permanencia en el mercado.

La filosofía de Juran consta de cinco puntos, que son:

1. Medir el costo de tener una calidad pobre.

Al identificar en forma total los costos que nos acarrearía tener una mala calidad, hacer conciencia a todos para tratar de lograr siempre la mejor calidad en todos los aspectos.

2. Adecuar el producto para el uso.

Fabricar un producto o servicio ideal que satisfaga las necesidades del cliente plenamente. También se aplica de dos maneras:

a) El efecto principal se acusa en las ventas, por lo general la mayor calidad cuesta más.

b) El efecto principal se acusa en los costos, por lo general la mayor calidad cuesta menos.

3. Lograr conformidad con especificaciones.

Estar en trato constante con el cliente final para saber si se han cumplido sus expectativas con el producto o servicio ofrecido.

4. Mejorar proyecto por proyecto.

Se refiere que al realizar un servicio o producto se haga con la mejor calidad posible y al efectuar el próximo servicio o producto se supere la calidad.

5. La calidad es el mejor negocio.

Invertir en la calidad es un excelente negocio, por los magníficos resultados que trae consigo, como son: ser competitivos, aumentar las ganancias, satisfacer al cliente, reducir los desechos, etc. (Juran, 1996)

2.1.5. Gestión de calidad

Miguel Udaondo Duran entiende la Gestión de Calidad como el conjunto de caminos mediante los cuales se consigue la calidad incorporándolo por tanto al proceso de gestión, que alude a dirección gobierno y coordinación de actividades. (Duran, 1992, pág. 5)

A su vez establece los siguientes fundamentos de la Gestión de la Calidad:

- Su objetivo es el mismo de la empresa; ser competitivos y mejorar continuamente.
- Pretende ayudar a satisfacer las necesidades del cliente.
- Los recursos humanos son su elemento importante.
- Es preciso el trabajo en equipo para conseguirla.
- La comunicación, la información y la participación a todos los niveles son elementos imprescindibles.
- Se busca la disminución de costos mediante la prevención de anomalías.
- Implica fijar objetivos de mejora permanente y la realización de un seguimiento periódico de resultados.
- Forma parte de la gestión de la empresa, de cuya política de actuación constituye un objetivo estratégico fundamental.

Las empresas deberán considerar una planificación, desarrollar programas para la gestión de calidad y controlar los resultados en función de indicadores para medir los riesgos.

Las ventajas del diseño de un sistema de gestión conllevan a mejorar continuamente la productividad en las áreas de emergencias, cuidados intensivos y quirófano. Un sistema de gestión está basada en el sentido común, en hacer más que lo necesario o lo que requiere el cliente, es brindar un valor agregado que marque la diferencia en la atención.

El tema más importante dentro del diseño de un sistema de gestión es el involucramiento del personal humano, con todo lo que implica a la mentalización, dinamización de las estructuras, satisfacción al personal y comunicación.

Sistema de gestión de calidad es la estructura organizativa, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de la calidad. Se aplica en todas las actividades realizadas en una empresa y afecta a todas las fases, desde el estudio de las necesidades del consumidor hasta el servicio post venta. (Rey, 2006)

Para diseñar un Sistema de Gestión de la Calidad en empresas, es importante que toda la organización conozca y participe activamente en el desarrollo de este proceso para lo cual debe desarrollarse el empoderamiento definido por (Martínez, 2002) como la capacidad de generar Liderazgo participativo, desarrollar factores de Motivación, Propiciar empresas Inteligentes, Procesos de Aprendizaje y Capital

Intelectual, elementos importantes en una empresa que desee desarrollar procesos de mejoramiento continuo.

2.2.Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008

MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN PROCESOS

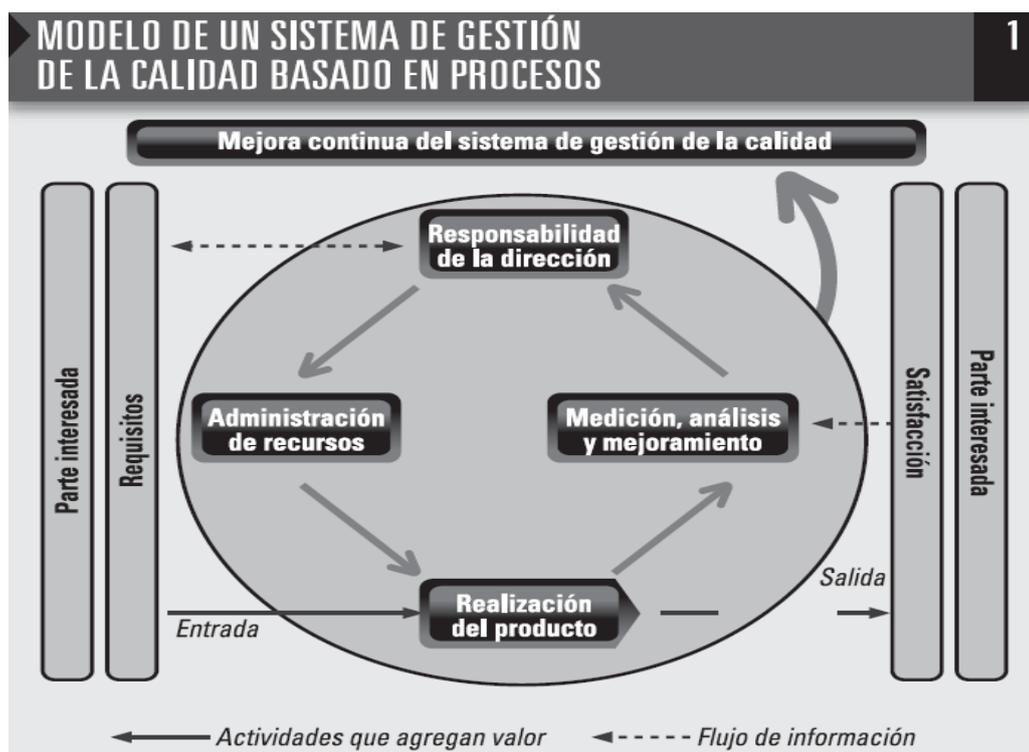


Ilustración n°2 Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos

Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile / Curso Gestión y mejoramiento de calidad

Elaborado por: Alfredo Serpell

2.2.1. Definición de ISO

(COTECNA, 2012) ISO es la designación que recibe la Agencia Internacional de Normalización (International Organization for Standardization), este es un organismo no gubernamental y no presenta dependencia de ninguna entidad, lo que conlleva a que las normas emitidas por dicha organización no sean impuestas en ningún país, sino que las entidades se acogen voluntariamente a ellas.

La ISO es una norma internacional que proporciona los requisitos necesarios para la implementación de un sistema de gestión de calidad. Forma parte de distintas normas publicadas por la Organización Internacional de Normalización. Esta norma es la base de un SGC, se fundamenta en los procesos de administración de la calidad que una empresa debe contar para tener un sistema óptimo que le permita administrar de forma efectiva y mejorar la calidad de los productos que ofrece.

El objetivo de la norma es brindar una serie de requisitos que, implementados de manera eficaz proporcionará la confianza necesaria para la satisfacción de las necesidades de los clientes y expectativas además que cumple con lo establecido en la norma.

En la norma se encuentra involucrados todos los miembros de la empresa como la alta gerencia, contar con un enfoque al cliente, utilización de los recursos, los empleados, los procesos, la planificación de una política de calidad, establecimiento del servicio de las áreas involucradas, la medición de los procesos bajo indicadores y requisitos para implementar la mejora continua.

La administración según Chiavenato la define como el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales. (Chiavenato, 2007)

Los administradores tienen la obligación de participar en el diseño de la política de calidad y de los objetivos de calidad, debe revisar los datos del sistema de gestión de calidad y tomar las medidas necesarias para asegurarse de que se cumplan los objetivos de calidad, establecer nuevas metas y lograr un progreso continuo.

La norma conlleva a las empresas a controlar percepciones de los consumidores sobre la calidad de los servicios que adquiere.

Los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

De manera adicional, según la Norma ISO pueden aplicarse todos los procesos la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA).

PHVA puede describirse brevemente como:

Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hacer: implementar los procesos.

Verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.

Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos

CICLO DE DEMING

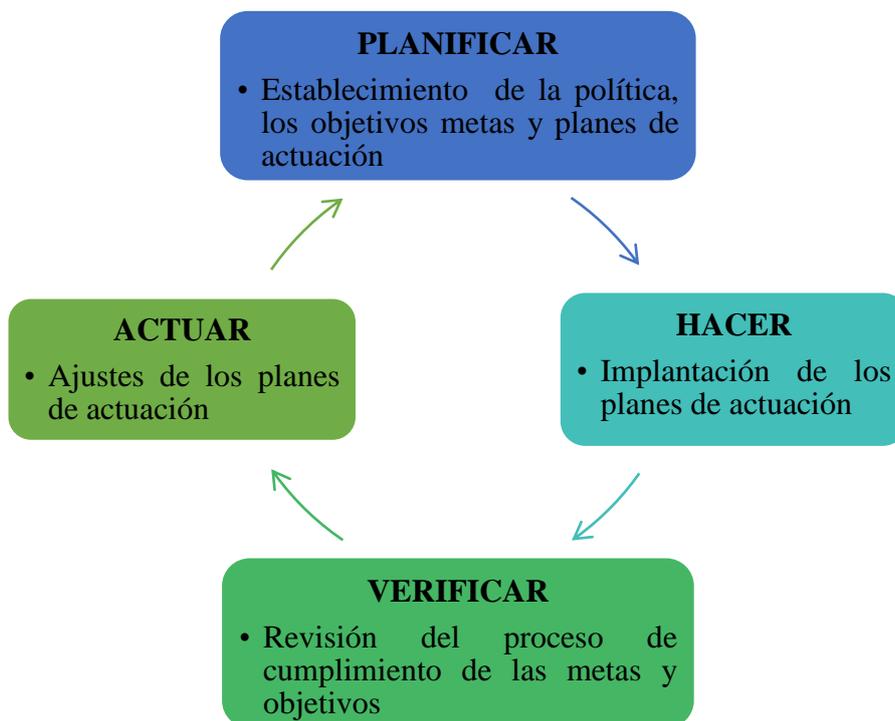


Ilustración n° 3 Ciclo de Deming

Fuente: Guía metodológica para la gestión clínica por procesos

Elaborado por: José Ramón Mora Martínez

Los clientes y los proveedores se vuelven exigentes, prefieren asistir a instituciones que estén debidamente certificadas y que le garanticen seguridad al momento de disponer de los servicios. Una certificación aumenta el nivel económico de la empresa, la clínica del Pacífico podrá disminuir los costos con una mejor administración de manejo de los recursos y operatividad.

Los ocho principios de gestión de la calidad en base a normativa ISO 9001:2008

La ISO 9001:2008 ha sido desarrollada tomando como base los ocho principios de gestión de la calidad que se ofrece en la ISO 9000:2005.

Los ocho principios de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño:

- a) **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b) **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- c) **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuir a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- f) **Mejora continua:** Todos los procesos y procedimientos que se desempeñan en la organización deberían de tener como objetivo permanente la mejora continua.
- g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. (Vértice, 2010)

Los ocho principios descritos anteriormente ayuda a la organización a desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de calidad buscando permanentemente la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

La normativa ISO 9001:2008 permite la adopción de distintos sistemas comprendidos en el entorno interno de la empresa para integrarlos entre si y buscar la mejora continua. Uno de los objetivos principales de la Clínica Del Pacífico es poder rediseñar sus procesos encaminándolos a la excelencia a través de programas y estándares de calidad y seguridad con alto sentido humano.

2.3.Mejora Continua

La administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca. (Deming, 1989)

El ciclo de Deming, también conocido como círculo PDCA, es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos. También se denomina espiral de mejora continua. Es muy utilizado por los Sistemas de Gestión de Calidad.

Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las empresas una mejora integral de la competitividad, de los productos y servicios, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costes, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización.

2.3.1. Herramientas para la Mejora Continua.

Las herramientas de mejora de la calidad facilitan el proceso de mejora continua y la solución de los problemas que se presentan dentro de una empresa de forma planificada.

Las herramientas básicas son:

- a) Lluvia de Ideas;
- b) Multivoting.
- c) Diagrama Ishikawa;
- d) Esquema de los Cinco Por Qué.

2.4. Procesos

Muchos autores abordan la definición de PROCESOS de distintas formas, podemos definir el concepto de PROCESOS según la (Gesellschaft, 1995) lo define como la combinación de personas, información, máquinas y materiales a través de una serie de actividades conjuntas para producir bienes y servicios que satisfagan las necesidades del cliente.

El funcionamiento de una empresa se puede concebir como una red de procesos interrelacionados que pueden llegar a ser bastante compleja. Un proceso es un sistema de actividades, que utilizan recursos para transformar entradas (inputs) en salidas (outputs). Cualquier actividad que transforma un input en output puede considerarse como un proceso. (Harrington H, 1997)

Se puede definir un PROCESO como conjunto de métodos, materias primas, personas, maquinas, medio ambiente, recursos que como resultado de su interacción generaran valor agregado y trasformación, con lo que se crea productos y servicios para los clientes.

Estas definiciones de procesos nos permiten apoyar, diseñar y operacionalizar los procesos requeridos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad con base a la norma ISO 9001 en las diferentes organizaciones. La facultad de facilitar la mejora continua como un medio para la gestión de procesos dentro de la empresa.

Los procesos son el medio por el cual alcanzamos los objetivos organizacionales, se debe constituir una base sólida de gestión acorde con las actividades que ejecuten los empleados. La interrelación de los departamentos proporciona el cumplimiento de calidad para los clientes.

Cada empresa debe adaptar sus esquemas de acuerdo a sus necesidades de gestión, estructura y capacidades.

Para Carl Duisberg estandarizar a través de un proceso es importante porque:

- Permite planificar la calidad al interior de las organizaciones.
- Contribuye a mejorar la productividad, al poder mapear las diferentes actividades del área de trabajo en cada organización.
- Permite priorizar sobre las actividades que contribuyen con la transformación y generación de valor al interior del área.
- Se puede identificar en que actividades participan más personas. (Gesellschaft, 1995)

2.4.1. Gestión por procesos

(Schmalbach & Herrera, 2010) Indican que la gestión por procesos nos permite tener una visión sistemática de la organización, ya que permite ver el todo, apreciar sus componentes y descubrir sus características específicas. De igual forma permite ubicar el sistema en su entorno, aceptar la complejidad, la autoorganización e inteligencia del sistema, así como la responsabilidad social con la sociedad en donde interactúa.

2.5. Auditoría

(Clemenco, 2009) Establece como concepto general de auditoría “Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría, evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que cumplen los criterios de la auditoría”

Edith Rada Docente de la Escuela Superior Politécnica define el término auditoría como un examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y los resultados relacionados con la calidad cumplen disposiciones pre establecidas, y si estas disposiciones se aplican en forma efectiva y son aptas para alcanzar los objetivos. Una auditoría interna es donde la organización revisa sus propios sistemas, procedimientos y acciones. (Rada, 2004)

(Hurtado, 2005) Establece que dependiendo del objetivo de la auditoría y del grado de desarrollo, la organización puede llevar a cabo:

Auditoría interna: Denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte. Se realizan por o en nombre de la misma organización, para fines internos y puede constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización

Auditoría externa: Se incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda o tercera parte

- Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por quiénes tienen interés en la organización, tal como los clientes o por otra persona en su nombre.
- Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones independientes externas. Tales organizaciones proporcionan la certificación o el registro de conformidad con requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2008.

2.5.1. Auditoría de calidad

Es una revisión independiente realizada para comparar algún aspecto del desempeño de la calidad con un estándar. Las organizaciones utilizan las auditorías de calidad para evaluar su propio desempeño del SGC o el desempeño de sus proveedores. (Hurtado, 2005)

El auditor busca evidencia pertinente para los criterios de auditoría

Evidencia: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

Criterios de auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia. Es la suma de los requisitos de la norma más aquellos establecidos en la documentación del sistema de calidad de la organización. (Clemenco, 2009)

Mediante el análisis de estos conceptos podemos establecer que auditoría es un sistema utilizado por las organizaciones para evaluar los procesos y los controles que existen para el logro de los objetivos.

2.6. Estructura física de la Clínica: Áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano

La estructura física hace referencia al lugar donde está situada la clínica, dicho espacio físico debe llenar los requisitos en infraestructura para su operación. Una clínica debe de contar con distintas áreas como: la localización de las áreas de cuidados intensivos, la disposición de los quirófanos, las áreas de esterilización, las áreas de almacenamiento de desechos, las oficinas de administración, las instalaciones de farmacias y las áreas para almacenamiento de infectocontagiosos. La complejidad de actividades que se desarrollan dentro de la Clínica y la agilidad con que éstas deben cumplirse, obligan a una planeación lógica de espacios y circulaciones.

En nuestra investigación nos fundaremos en tres áreas:

2.6.1. Área de emergencia

El área de emergencia es una de las áreas más críticas y de difícil operación dentro de los centros hospitalarios. El área de emergencia se caracteriza por tener un impacto para el enfermo y para los familiares del mismo, a este lugar asisten personas que necesitan atención inmediata y recurren al uso de este servicio buscando un alivio.

El área de emergencia debe contar con el personal necesario para absolver todos los tipos de emergencias que se presenten, la instalación física debe estar acorde al número de pacientes, organización de profesionales médicos que estarán encargados y contar con recursos materiales.

En nuestro concepto, podemos definir emergencia como el lugar donde una persona requiere asistencia inmediata, la misma será ofrecida por un grupo de

profesionales ampliamente capacitados que buscará una estabilidad en el paciente brindándole primeros auxilios.

2.6.2. Área de quirófano

Es aquella sala o habitación que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Así mismo, en el quirófano, se pueden desplegar otras actividades relacionadas, tales como: el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para así, luego, poder llevar a buen puerto la mencionada intervención quirúrgica.

2.6.3. Área de Cuidados Intensivos

(Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Se consideran las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos áreas críticas, de riesgo y de mayor exposición para los pacientes, puede existir una

contaminación cruzada si no se da un correcto manejo de desechos y residuos. Tiene que existir un alto control de gérmenes, virus, bacterias, tratamiento de aguas, etc.

Las áreas en ocasiones no perciben el aseo correcto lo que conlleva a la propagación de bacterias que afectan directamente a pacientes, auxiliares de enfermería, doctores, licenciadas, etc.

2.7.Clientes

Un cliente es alguien que es afectado por un producto o un proceso. Los clientes externos son afectados por el producto o proceso pero no son miembros de la empresa que los produce. Los clientes externos comprenden a los clientes que compran el producto, los organismos reglamentadores gubernamentales y al público en general.

Los clientes internos son afectados por el producto o proceso, y también son miembros de la empresa que produce. A menudo se les llama “clientes”, a pesar del hecho de no serlo en el sentido descrito en los diccionarios, esto es, no son compradores. (Juran, 1996)

Conocer las necesidades de los clientes externos e internos es uno de los enfoques principales de un sistema de gestión, estos ayudan a determinar los factores que garantizan el mejoramiento continuo en las etapas de crecimiento de la Clínica Del Pacífico.

Para satisfacer las necesidades de los clientes las organizaciones eficientes según Juran deben:

- 1. Determinar quiénes son sus clientes.**

2. Precisar cuáles son los factores de éxito que les permitan responder a las necesidades, requerimientos y expectativas de sus clientes.
3. Establecer procesos efectivos que les permitan generar productos y servicios acordes con las necesidades, requerimientos y expectativas de sus clientes.
4. Enfocar sus esfuerzos en mejorar sus procesos y desarrollar métodos y evaluarlos.
5. Debemos estar conscientes que hay necesidades de orden mayor, o secundarias que el individuo tiene y que deben satisfacerse. (Juran, 1996)

Los directivos tienen que liderar la gestión de la calidad y tener la capacidad de detectar las necesidades que presentan los clientes. La gestión de expectativas se cumple si se conocen los factores que contribuyen a su formación. (Parasuram, 1993) Identifican los siguientes elementos condicionantes:

1. **Comunicación:** hace referencia a experiencias, recomendaciones y percepciones de otros clientes. ¿Cuántas veces nos llama la atención un producto que todos nuestros familiares y amigos nos indican que es muy bueno?
2. **Necesidades personales:** ¿Qué servicio es el que realmente necesita el cliente?
3. **Experiencias anteriores:** las expectativas de los clientes dependen de sus experiencias previas al servicio, por lo que es necesario lograr despertar interés, reconocer la existencia de necesidades o aceptar beneficios, argumentos para luego tomar y ejecutar la decisión.
4. **Comunicación externa:** son indicadores ofrecidos por las empresas sobre los servicios que éstas ofrecen, como puede ser, por ejemplo, la publicidad o el precio del servicio.

2.8. Servicios

(Campos, 2005) Lo definen como una contribución al bienestar de los demás y mano de obra útil que nos proporciona un bien tangible. El proceso de servicios es la generación de un bien intangible que proporciona bienestar a los clientes.

2.8.1. Propiedades de los Servicios

Cuando se analizan procesos de servicios encontramos que éstos presentan una serie de características y propiedades entre las cuales podríamos mencionar:

- Los servicios son intangibles.
- Los servicios se prestan por única vez.
- Una vez prestado el servicio no se puede corregir.
- Para garantizar la calidad en la prestación del servicio hay que planificar la prestación de éste con bastante anterioridad.
- Deben establecerse responsabilidades concretas para satisfacer las características y expectativas del cliente.

2.8.2. Calidad de servicio

Se refiere al conjunto de elementos determinados, estos pueden ser bienes muebles o inmuebles, con los que una empresa cuenta para comercializarlo en un periodo cercano. (Miranda, 2007)

2.9.MARCO CONCEPTUAL

1. **Atención Primaria:** Es la asistencia sanitaria que prestan los profesionales a los que el paciente acude en primer lugar para intentar resolver su problema de salud. (Lamata, 1998, pág. 226)
2. **Liderazgo:** Es la capacidad de liderar un grupo de personas. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización. (Vértice, 2010)
3. **Manual de Calidad:** El manual de calidad es el documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
4. **Mejora Continua:** Es una actitud que debe ser la base de la estabilización de procesos y posibilidades de mejora. (Vértice, 2010)
5. **Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad de función para la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, determinación de tiempos de métodos de trabajo y de control para lograr el oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones.
6. **Servicio de Admisión:** Es el órgano asesor de la gerencia responsable de la gestión óptima de los recursos físicos (camas, quirófanos, locales de consulta externa) y de los flujos o movimientos de los pacientes de cuya adecuada realización en cantidad, calidad y oportunidad dependerá su propia función gestora de pacientes y la calidad del sistema de información asistencial que en él se genera. (Lamata, 1998, pág. 498)

2.10. MARCO LEGAL

Para garantizar una buena ejecución, este proyecto de grado debe estar acorde con los requisitos legales y las normativas en la actualidad.

El Plan Nacional de Desarrollo, denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, es el instrumento que se utilizará para articular las políticas y estándares en los que debemos basarnos y regirnos para la implementación de procesos que queremos lograr alcanzar.

El Plan fue elaborado por la SENPLADES en su condición de Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, conforme el Decreto Ejecutivo 1577 de febrero de 2009 y presentado por el Presidente Rafael Correa Delgado, para conocimiento y aprobación en el Consejo Nacional de Planificación. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013), párr. 3

El objetivo tres del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) y las políticas del sector de la salud son las que presiden este anteproyecto, debido a que garantizan la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Estas políticas del plan aluden directamente a la calidad de vida de la población en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

Este concepto integra factores asociados con el bienestar, la felicidad y la satisfacción individual y colectiva, que dependen de relaciones sociales y económicas

solidarias, sustentables y respetuosas de los derechos de las personas y de la naturaleza, en el contexto de las culturas y del sistema de valores en los que dichas personas viven, y en relación con sus expectativas, normas y demandas.

El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional y complejo, determinado por aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la salud, educación, alimentación, vivienda, ocio, recreación y deporte, participación social y política, trabajo, seguridad social, relaciones personales y familiares.

(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Metodología, Tiempo Y Costo Utilizado En El Diagnóstico De La Situación Actual

Para obtener los resultados del estado actual de la Clínica Del Pacífico en base a un SGC se realizó las siguientes actividades:

- Auditoría preliminar
- Levantamientos de procesos
- Identificación de las necesidades de los beneficiarios internos y externos
- La ejecución de la auditoría estuvo subdividida en 3 etapas:
- Preparación de auditoría, esta consistió en la elaboración de un cuestionario de preguntas basado en los ítems de la norma ISO 9001:2008. El tiempo de esta etapa fue de aproximadamente 16 horas de trabajo.
- Ejecución de la Auditoría, se procedió a entrevistar al personal involucrado en cada uno de los procesos, tuvo una duración de 4 horas.
- Análisis de los resultados, esta última etapa tomó 6 horas.

3.1.1. Situación Actual De La Clínica Del Pacífico

Para el desarrollo de este capítulo se realizará un levantamiento de información de cada una de las actividades que se ejecutan actualmente dentro de las áreas de emergencia quirófono y cuidados intensivos de la Clínica Del Pacífico en los procesos de

admisión de pacientes, limpieza de las áreas y el manejo de los desechos. Se realizó una auditoría previa para poder determinar el porcentaje de cumplimiento con la norma sin la implementación del SGC, al finalizar la auditoría se determinará los requerimientos de los beneficiarios internos y externos para un futuro rediseño.

3.2. Determinación del porcentaje de cumplimiento de la norma ISO 9001:2008 en la Clínica Del Pacífico

Previo a la realización del diseño del Sistema de Gestión de Calidad se optó por medir la capacidad de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008 de la Clínica Del Pacífico mediante una auditoría en los procesos detallados anteriormente.

3.2.1. Realización de la auditoría

Un Sistema de Gestión de calidad está conformado por una serie de documentos soportes. Durante la ejecución de la auditoría se debe verificar que la Clínica Del Pacífico cumpla con esta documentación, sin embargo este paso será omitido ya que la Clínica no los posee.

PIRAMIDE DOCUMENTAL DE LA CLÍNICA DEL PACÍFICO



Ilustración n°4 Pirámide documental de la Clínica del Pacífico

Fuente: Apuntes teóricos y ejercicios de aplicación de gestión del mantenimiento industrial

Elaboración Propia

Posteriormente se elaborará un cuestionario referente a cada uno de los puntos que propone la Norma ISO 9001:2008. Para cada una de las preguntas planteadas en el cuestionario se debe establecer una persona responsable dentro de la organización por cada actividad a quienes se les realizará una entrevista para poder obtener los resultados. (Anexo 3)

Una vez desarrollado el cuestionario indicando las personas a quienes se va a entrevistar se procede a coordinar con cada uno de los involucrados, fecha, hora y temas a tratar. A continuación se presentan los resultados de la auditoría realizada a la Clínica Del Pacífico realizada el 10 de diciembre de 2014.

3.2.2. Matriz de resultados

A continuación se presentan los resultados después de la auditoría realizada para conocer la situación actual de la Clínica Del Pacífico en base a los puntos de la norma.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA A LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

TABLA N° 1

CAPÍTULO IV

REF.	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO
4.1	Requisitos Generales del SGC- ISO 9001:2008	NO
4.2	Documentación del SGC	NO
4.2.2	Manual de calidad	NO
4.2.3	Control de Documentos	NO
4.2.4	Control de Registros de Calidad	NO

*Fuente: ISO 9001:2008, Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Se puede observar que la Clínica Del Pacífico no cumple con los puntos de este capítulo, ya que este hace referencia a los requisitos exigidos de la norma para un SGC y esto aún no está implementado en la organización.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA A LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

TABLA N° 2

CAPÍTULO V- ISO 9001:2008

REF.	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO
5.1	Compromiso de la Dirección	SI
5.2	Enfoque al cliente	SI
5.3	Política de Calidad	NO
5.4.1	Objetivos de Calidad	NO
5.4.2	Planificación del SGC	NO
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	SI
5.5.2	Representante de la dirección	NO
5.5.3	Comunicación interna	SI
5.6.1	Revisión de la dirección	NO
5.6.2	Información para la revisión	NO
5.6.3	Resultados de la Revisión	NO

*Fuente: ISO 9001:2008, Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

En este capítulo la norma se refiere al compromiso de la dirección para la implementación de un SGC, de los 11 puntos la Clínica Del Pacífico cumple con solo 4 de ellos, sin embargo los puntos restantes que no cumple son exclusivamente exigidos por la Norma.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA A LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

TABLA N° 3

CAPÍTULO VI - ISO 9001:2008

REF.	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO
6.1	Provisión de Recursos	SI
6.2.	Recursos humanos	SI
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia	SI
6.3	Infraestructura	SI
6.4	Ambiente de trabajo	SI

*Fuente: ISO 9001:2008, Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Se consultó a la organización respecto a los recursos que posee para poder implementar y mantener un SGC, los resultados obtenidos fueron satisfactorios respecto a este capítulo.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA A LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

TABLA N° 4

CAPÍTULO VII - ISO 9001:2008

REF.	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO
7.1	Realización del Producto	SI
7.2.1	Requisitos relacionados con el producto	SI
7.2.2	Revisión de los requisitos	NO
7.2.3	Comunicación con los clientes	SI
7.4.1	Proceso de compras	NO
7.4.2	Información de las compras	NO
7.4.3	Verificación de productos adquiridos	SI
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	NO
7.5.2	Validación de los procesos	NO
7.5.3	Identificación y trazabilidad	SI
7.5.4	Propiedad del cliente	NO
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	NO

*Fuente: ISO 9001:2008, Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Respecto al control sobre la ejecución del servicio, la Clínica Del Pacífico cumple con 5 puntos exigidos por la norma. Los puntos 7.3.1, 7.3.2, 7.3.3, 7.3.4, 7.3.5, 7.3.6, 7.3.7, 7.5.5 han sido excluidos ya que estos no aplican para el giro de negocio de la organización.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA A LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

TABLA N° 5

CAPÍTULO VIII - ISO 9001:2008

REF.	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO
8.1	Medición, análisis y mejora	NO
8.2.1	Satisfacción del cliente	NO
8.2.2	Auditoría interna	NO
8.2.3	Medición y seguimiento de los procesos	NO
8.2.4	Medición y seguimiento del producto	NO
8.3	Control del Producto no conforme	NO
8.4	Análisis de datos	NO
8.5.1	Mejora Continua	NO
8.5.2	Acciones correctivas	NO
8.5.3	Acciones preventivas	NO

*Fuente: ISO 9001:2008, Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

El capítulo 8 indica sobre la mejora continua de SGC que debe de haber dentro de la organización, se obtuvo como resultado el incumplimiento de los puntos expuestos debido a que la Clínica no cuenta con un SGC estructurado.

3.2.3. Ítems no conformes

En la siguiente tabla se exponen los puntos de la norma de los cuáles la empresa presenta incumplimiento. Los ítems de la norma excluidos son 7.3 “Diseño y desarrollo”, 7.5.5 “Preservación del producto” ya que estos van dirigidos a diseño de producto. La Clínica Del Pacífico cumple con 14 ítems de la norma que representa un 14,14% de la ISO 9001:2008.

TABLA N° 6

ITEMS NO CONFORMES A LA NORMA

REF.	CONTENIDO DE LA NORMA
4.1	Requisitos Generales del SGC
4.2	Documentación del SGC
4.2.2	Manual de calidad
4.2.3	Control de Documentos
4.2.4	Control de Registros de Calidad
5.3	Política de Calidad
5.4.1	Objetivos de Calidad
5.4.2	Planificación del SGC
5.5.2	Representante de la dirección
5.6.1	Revisión de la dirección
5.6.2	Información para la revisión
5.6.3	Resultados de la Revisión
7.2.2	Revisión de los requisitos
7.4.1	Proceso de compras
7.4.2	Información de las compras
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio
7.5.2	Validación de los procesos
7.5.4	Propiedad del cliente
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición
8.1	Medición, análisis y mejora
8.2.1	Satisfacción del cliente
8.2.2	Auditoría interna
8.2.3	Medición y seguimiento de los procesos
8.2.4	Medición y seguimiento del producto
8.3	Control del Producto no conforme
8.4	Análisis de datos
8.5.1	Mejora Continua
8.5.2	Acciones correctivas
8.5.3	Acciones preventivas

*Fuente: Encuesta a colaboradores Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Los resultados de la auditoría para evaluar la situación actual de la compañía da como resultado la necesidad de la Clínica del Pacífico de sistematizar los procesos que van a intervenir en el SGC. Se pudo identificar las siguientes observaciones:

1. La organización no cumple con los requisitos exigidos por la norma en cuanto a la documentación de política, objetivos y manual de calidad.
2. La organización no cuenta con el registro de los procesos. Inicialmente la Clínica del Pacífico contrató un personal externo que se encargue del levantamiento y documentación de los procesos, sin embargo estos no fueron culminados.
3. Los procesos no se encuentran definidos en forma efectiva y existe una incorrecta segregación de funciones.
4. La organización no cuenta con registros que evidencien la medición de la satisfacción del paciente.
5. La gerencia o administración de la Clínica del Pacífico no lleva registros de las revisiones a las acciones preventivas o correctivas de los procesos.

Para el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008 se realizará lo siguiente para la elaboración de la propuesta:

1. Elaborar y documentar la política, objetivos y manual de calidad.
2. Realizar el levantamiento de los procesos que intervienen en el desarrollo del producto o servicio a través de la “Ficha de caracterización”.
3. Establecer controles y mejorar los procesos de la Clínica del Pacífico en cuanto a la Admisión, limpieza de áreas y manejo de desechos.
4. Realizar un modelo de encuesta para medir la satisfacción del paciente.
5. Delegar la persona encargada de dar seguimiento y llevar registros de las acciones preventivas o correctivas de los procesos.

3.3. Proceso de recolección de información

Para poder realizar un diseño de un SGC basado en la Norma ISO 9001:2008 en las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos es relevante conocer las actividades que se desarrollan en los procesos a los que nos enfocamos, quienes son las personas que intervienen en la realización de los procesos y cuáles son los requisitos de entrada y salida. Este capítulo se ha dividido en dos componentes que nos ayudarán al diseño del SGC: Caracterización de los procesos y elaboración del Mapa de Procesos.

3.3.1. Caracterización de los procesos

Para la caracterización de los procesos se realizó el levantamiento de información de todos los procesos involucrados en un SGC exigidos por la norma. Los resultados obtenidos de este levantamiento de información servirán para el posterior desarrollo de los manuales de políticas y procedimiento para Admisión, limpieza de áreas y manejo de desechos, para así cumplir con lo estipulado en la norma.

A continuación se presentan la caracterización de cada uno de los procesos:

TABLA N° 7

CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: ADMISIÓN DE
PACIENTES

FECHA: FEBRERO DE 2015

CÓDIGO: CARCT-ADM-
001

PÁGINA: 1

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
<p>Recibe al paciente/familiar y/o formulario ingreso de pacientes y se contacta con el paciente para:</p> <p>Solicitar datos demográficos y clínicos.</p> <p>Comunicarle la documentación que deberá presentar al momento de la admisión, de acuerdo a la determinación de los requisitos relacionados con el servicio.</p> <p>Coordinar la reservación de habitaciones si el servicio es de hospitalización.</p>	<p>Atiende al paciente/familiar y verifica la orden de ingreso particular del médico o el formulario "orden de ingreso" en caso de pacientes que se deriven de emergencia.</p> <p>Solicita documentos de identificación e informa todo lo referente a la admisión.</p> <p>Explica al paciente/familiar los tipos de habitaciones y negocia en caso de hospitalización.</p> <p>Notifica al supervisor para que prepare habitación en caso de hospitalización</p> <p>Solicita y obtiene documentación del paciente.</p> <p>Registra en el sistema administrativo los datos demográficos y clínicos del paciente.</p> <p>Asigna en el sistema administrativo la habitación, si el servicio es de hospitalización.</p>	<p>Hoja de ingreso del paciente.</p> <p>Hoja de ruta</p> <p>copia de formulario "Normas de permanencia en el hospital"</p> <p>Ingreso paciente manual (en casi de falta de sistema)</p> <p>Formulación de reclamación de seguro.</p> <p>Carta de declaración.</p>

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 7.1.
CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: ADMISIÓN DE
 PACIENTES

FECHA: FEBRERO DE 2015

CÓDIGO: CARCT-ADM-001

PÁGINA: 2

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
	<p>Imprime la hoja de ingreso del paciente y obtiene firma</p> <p>Elabora formulario “Hoja de ruta”.</p> <p>Obtiene firma del paciente en formularios “Normas de permanencia en el Hospital” y “Declaración” (según el tipo de paciente)</p> <p>Informa al paciente/familiar sobre los pasos a seguir con relación a los medicamentos, en caso de hospitalización”</p> <p>Recibe confirmación de la supervisora que habitación está lista e informa a Relaciones públicas sobre el ingreso del paciente, en caso de hospitalización.</p> <p>Obtiene del paciente una garantía (de ser el caso) completa información en formulario “hoja de ruta” y obtiene firma del paciente/familiar.</p> <p>Direcciona al paciente a caja para realizar el abono, lo confirma en el sistema y firma formulario “Hoja de ruta”.</p> <p>Imprime ticket de identificación de la puerta y lo entrega adjunto documentación al personal de relaciones públicas/enfermería que traslada al paciente en caso de hospitalización. En casos ambulatorios, direcciona al a emergencia para que realice la historia clínica.</p> <p>Crea expediente para paciente.</p>	

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacifico
 Elaboración propia*

TABLA N° 7.2.

CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES: RECURSOS, DOCUMENTOS, SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

RECURSOS		DOCUMENTOS	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
HUMANOS	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos Admisión de pacientes. Matriz de indicadores 	PARÁMETROS DE CONTROL:
Personal de Caja /Admisión Supervisor de caja -Admisión Gerencia- Subgerencia financiera	Computador Internet Impresora		CONTROLES: <ul style="list-style-type: none"> Controlar el envío del programa operatorio de cirugía. Monitorear en el sistema el estado de las habitaciones considerando cupo de habitaciones para pacientes. Revisar censo de pacientes internos. Revisar documentos de pacientes y abonos. Analizar las no conformidades.

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 7.3.

CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES LISTADO DE REGISTROS

Nombre del registro	Código	Tipo	Identificación	Almacenamiento	Retención	Disposición
Hoja de ingreso del paciente	N/A Proviene del sistema	Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Hoja de ruta	N/A Proviene del sistema	Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Normas de permanencia en la Clínica	N/A	Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Ingreso paciente manual	N/A	Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Modulo de habitaciones	N/A (Proviene del sistema)	Sistema	Número de habitación	Sistema	No aplica	No aplica
Registro/ Actualización de datos médicos		Físico	Nombre del médico	Relaciones Públicas	Mientras dure la relación del médico	Eliminación

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 7.4.

CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES LISTADO DE REGISTROS

Nombre del registro	Código	Tipo	Identificación	Almacenamiento	Retención	Disposición
Evaluación de satisfacción de servicios de pacientes hospitalizados.		Físico	Nombre del paciente y no. De habitación	Carpeta de relaciones Públicas	1 año	Eliminación
Evaluación de servicios de pacientes ambulatorios		Físico	Nombre del paciente	Carpeta de relaciones públicas	1 año	Eliminación
Servicio no conforme		Electrónico	Fecha de revisión	Carpeta electrónica "Servicio no conforme"	1 año	Eliminación
Aceptación por diferencia de habitaciones		Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Orden de ingreso		Físico	Nombre del paciente	Carpeta del paciente	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Ingreso de pacientes		Físico	Nombre del paciente	Carpeta de pre admisión	Durante el tiempo de hospitalización	Crédito o control estadístico
Evaluación a proveedores		Electrónico	Proveedor	Carpeta electrónica de proveedores	3 años	Eliminación

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 7.5.

CARACTERIZACIÓN ADMISIÓN DE PACIENTES SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				
OBJETIVO	INDICADOR	FRECUENCIA	META	PLAZO
Mejorar la percepción del cliente en cuanto al tiempo de atención	Porcentaje de pacientes atendidos en 15 minutos de acuerdo a la percepción de pacientes	Mensual	Mínimo 80%	Semestral
Mejorar la percepción del cliente en cuanto a la calidad de atención	Porcentajes de pacientes atendidos que perciben la calidad de atención como excelente	Mensual	Mínimo 75%	Semestral

*Fuente: Proceso de Admisión de pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 8

CARACTERIZACIÓN LIMPIEZA DE ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO, CUIDADOS INTENSIVOS

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: LIMPIEZA ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO, CUIDADOS INTENSIVOS

CÓDIGO: CARCT-LIMP-002

FECHA: FEBRERO DE 2015

PÁGINA: 1

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
Instrucciones y entrega de insumos de limpieza	<p>Auxiliar de servicios generales</p> <p>Ingresa a las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos considerando, baño, piso. Limpia los objetos tales como sillas. Barre el área, recoge la basura en la puerta de entrada y desinfecta el piso. En caso de que el área este desocupada verificar que todo se encuentre en excelente estado. Elabora check list y registra la limpieza del área. Nota: El supervisor de mantenimiento durante el turno revisará la limpieza asignada y declarará el producto no conforme en el formulario "Check list de limpieza" Entrega el formulario "Check list de limpieza" al supervisor una vez realizada la limpieza, al finalizar el turno para su tabulación.</p> <p>Personal de enfermería</p> <p>Recoge la ropa de la cama realiza la limpieza y desinfección de la cama</p>	<p>Ejecución de limpieza de las áreas y fundas listas para ser recogidas. Reporte electrónico de limpieza y mantenimiento</p>

Fuente: Proceso de Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia

TABLA N° 8.1.

CARACTERIZACIÓN LIMPIEZA DE ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO, CUIDADOS INTENSIVOS
FICHA DE CARACTERIZACIÓN
PROCESO: LIMPIEZA ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO, CUIDADOS INTENSIVOS

CÓDIGO: CARCT-LIMP-002

FECHA: FEBRERO DE 2015

PÁGINA: 2

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
	<p>Supervisora General Verifica que la limpieza se haya realizado satisfactoriamente y registra la revisión en el formulario electrónico "Reporte de limpieza y mantenimiento"</p> <p>Validación del servicio: Trimestralmente o cuando la patología de los pacientes que estuvieron en las áreas lo ameriten, se realizará el método de comprobación de desinfección de habitaciones por medio de estudios bacteriológicos, siendo responsabilidad del Jefe de Enfermería solicitar a los laboratorios relacionados a la Clínica del Pacífico dicho cultivo y tomar las acciones que el caso amerite, así como archivar los informes con los resultados</p>	

Fuente: Proceso de Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

TABLA 8.2.

CARACTERIZACIÓN LIMPIEZA ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS

RECURSOS		DOCUMENTOS	SEGUIMIENTO Y EDICIÓN
HUMANOS	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de procedimientos de limpieza. • Matriz de indicadores 	PARÁMETROS DE CONTROL:
Supervisora General Supervisora de piso Auxiliar de Servicios Generales Auxiliares de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impresora • Carro de limpieza • EPP 		<p>CONTROLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a los parámetros del reporte electrónico de Limpieza y Mantenimiento.

Fuente: Proceso de Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

TABLA 8.3.

CARACTERIZACIÓN LIMPIEZA ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS: LISTADO DE REGISTROS

Nombre del registro	Código	Tipo	Identificación	Almacenamiento	Retención	Disposición
Reporte de limpieza y mantenimiento	N/A	Electrónico	Número del check list	Base de datos	Permanente	N/A
Reporte de No conformidades	N/A	Electrónico	Fecha	Base de datos	Permanente	N/A
Reporte de limpieza de habitaciones	N/A	Electrónico	Número de check list	Base de datos	Permanente	N/A
Terminación de Limpieza	N/A	Físico	Número de habitación	Estación de supervisoras	1 semana	Eliminación
Control de utensilios de limpieza		Físico	Fecha y colaborador	Carpeta Control de utensilios de limpieza	6 meses	Eliminación
Evaluación de proveedores de servicios		Electrónico	Proveedor	Carpeta electrónica de proveedores	3 años	Eliminación
Evaluación de satisfacción de servicios pacientes		Físico	Nombre del paciente y no. De habitación	Carpeta de relaciones Públicas	1 año	Eliminación
Check list de limpieza		Físico	Fecha y turno	Carpeta de relaciones públicas	1 año	Eliminación

*Fuente: Proceso de Limpieza áreas de emergencia, quirófono y cuidados intensivos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA 8.4.

CARACTERIZACIÓN LIMPIEZA ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS: SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				
OBJETIVO	INDICADOR	FRECUENCIA	META	PLAZO
Mejorar la percepción de la satisfacción del usuarios	Porcentaje de pacientes que indicaron que la limpieza es “excelente”	Mensual	Mínimo 75%	Semestral
Disminuir el porcentaje de áreas con producto no conforme interno	Porcentaje de áreas desocupadas con producto no conforme	Mensual	Máximo permitido 3%	Semestral
Mantener el porcentaje de Producto no conforme en áreas ocupadas	Porcentaje de áreas ocupadas con producto no conforme	Mensual	Máximo permitido 2%	Semestral

*Fuente: Proceso de Limpieza áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TABLA N° 9

CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: MANEJO DE DESECHOS EN EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: FEBRERO DE 2015

CÓDIGO: CARCT-DSCH-003

PÁGINA: 1

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
<p>Necesidad de clasificación de desechos</p> <p>Fundas listas para ser recogidas</p>	<p>Clasificación de desechos sólidos</p> <p>Todos los profesionales, técnicos, auxiliares y personal de cada uno de los servicios son responsables de la separación y depósito de los desechos en los recipientes específicos.</p> <p>Recolección de desechos sólidos</p> <p>Auxiliares de servicios generales</p> <p>Se coloca los EPP (Equipos de protección personal) de acuerdo al área donde se recolectará la basura.</p> <p>Traslada el carro recolector de basura al área donde se recolectará.</p> <p>Traslada el carro recolector de basura al área en la que efectuará la recolección y lo coloca en la parte externa de la misma. En el caso de áreas de hospitalización coloca el carro de limpieza.</p> <p>Recoge las fundas pequeñas de basura y las recolecta en una más grande clasificada según el color (rojo o negro) para luego colocarlas en el carro y poner fundas nuevas.</p>	<p>Desechar los depósitos en el almacenamiento final hasta su retiro por la empresa recolectora.</p>

Elaboración Propia

Fuente: Proceso de Manejo de Desechos

TABLA N° 9.1.

CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: MANEJO DE DESECHOS EN EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS

CÓDIGO: CARCT-DSCH-003

FECHA: FEBRERO DE 2015

PÁGINA: 2

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
	<p>Coloca el sticker a las fundas rojas y negras identificando a que área corresponde.</p> <p>Deposita las fundas de basura y traslada el carro recolector / carro de limpieza al almacenamiento correspondiente.</p> <p>Transporte, almacenamiento y entrega final de desechos sólidos</p> <p>Auxiliar de servicios generales</p> <p>Se coloca el EPP, retira los carros recolectores del almacenamiento (según corresponda) y lo lleva a la puerta tres.</p> <p>Coloca el carro recolector de fundas rojas en la balanza y verifica el peso.</p> <p>Notifica al auxiliar de administración que verifique el peso en la balanza e indica de donde provienen los carros recolectores de los desechos.</p> <p>Auxiliar de administración</p> <p>Verifica el peso del carro recolector (rojo) y registra la información del peso y de donde provienen los carros en el formulario "Control de desechos". En caso de encontrar novedad informar al personal de servicio.</p>	

Elaboración Propia

Fuente: Proceso de Manejo de Desechos

TABLA N° 9.2.

CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS

FICHA DE CARACTERIZACIÓN

PROCESO: MANEJO DE DESECHOS EN EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: FEBRERO DE 2015

CÓDIGO: CARCT-DSCH-003

PÁGINA: 3

ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS
	<p>Llena y coloca el sticker de identificación de desechos infecciosos en fundas rojas que están en los recolectores correspondientes.</p> <p>Coloca la cinta plástica de seguridad en cada tacho recolector.</p> <p>Auxiliar de servicios generales</p> <p>Traslada los tachos recolectores al almacenamiento final hasta el retiro de los desechos por parte de la empresa recolectora.</p> <p>Tratamiento</p> <p>El tratamiento de desechos infecciosos consiste en la inactivación de la carga contaminante bacteriana y/o viral.</p> <p>Validación del proceso</p> <p>Diariamente el auxiliar de mantenimiento-manejo de desechos revisará de forma aleatoria y visual el contenido de las fundas de color negro y rojo, ubicadas en el almacenamiento final o durante su traslado a éste. En caso de una mala clasificación tomará fotos de lo encontrado (fundas, etiquetas) y lo reclasificará donde corresponde, informará al Administrador para su registro en el formulario "Control de desechos" y posteriormente reportar a las áreas involucradas.</p>	

Elaboración Propia

Fuente: Proceso de Manejo de Desechos

TABLA N° 9.3.

CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS: RECURSOS, DOCUMENTOS, SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

RECURSOS		DOCUMENTOS	SEGUIMIENTO Y EDICIÓN
HUMANOS	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Manual de procedimientos de manejo adecuado de desechos hospitalarios. Matriz de indicadores 	PARÁMETROS DE CONTROL:
Jefe de Administración y mantenimiento. Jefe de enfermería. Supervisor de Auxiliares de servicios generales. Auxiliar de enfermería. Auxiliar de mantenimiento. Auxiliares de administración.	<ul style="list-style-type: none"> Computador Impresora Carro de limpieza Carros recolectores Insumos Tachos Balanza EPP 		CONTROLES: <ul style="list-style-type: none"> De acuerdo al registro "Control de desechos"

Fuente: Proceso Manejo de desechos
Elaboración propia

TABLA N° 9.4.

CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS: LISTADO DE REGISTROS

Nombre del registro	Código	Tipo	Identificación	Almacenamiento	Retención	Disposición
Sticker de fundas de basura	N/A	Físico	No. De habitación, nombre del área	n/a	n/a	Eliminación
Control de desechos		Físico	Fecha	Carpeta de área	1 año	Administración y mantenimiento
Sticker de desechos infecciosos	N/A	Físico	Fecha, área fuente y recolector	n/a	n/a	Eliminación
Control de Equipos de Protección personal		Físico	Fecha y colaborador	Carpeta de área	6 meses	Administración y mantenimiento

Fuente: Proceso Manejo de desechos
Elaboración propia

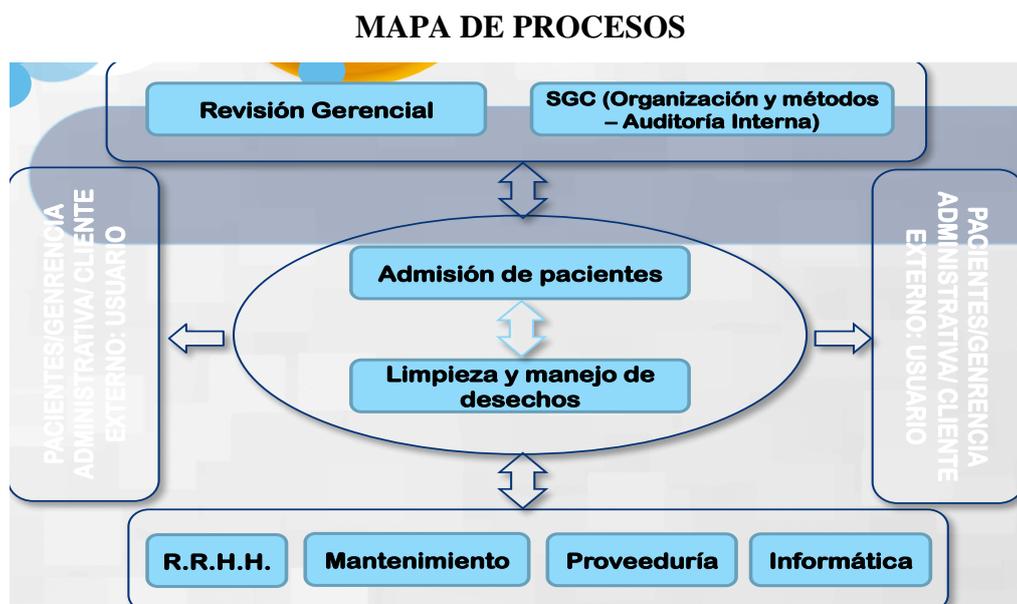
TABLA N° 9.5.
CARACTERIZACIÓN MANEJO DE DESECHOS: SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN				
OBJETIVO	INDICADOR	FRECUENCIA	META	PLAZO
Disminuir el porcentaje de Producto No Conforme en la revisión aleatorio de fundas negras	Porcentaje de Producto No Conforme	Mensual	Mínimo 10%	Semestral
Mantener un promedio mensual en kg de desechos infecciosos por paciente de acuerdo al rango establecido	Kg de desechos infecciosos/peso	Mensual	Máximo permitido 4.5%	Semestral

*Fuente: Proceso Manejo de desechos
 Elaboración propia*

3.3.2. Mapa de procesos de la Clínica Del Pacífico

Se procedió a la identificación de los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de calidad exigidos por la norma ISO 9001:2008 para la elaboración del mapa de procesos presentado a continuación.



*Ilustración n°5 Mapa de Procesos
 Fuente: Clínica Del Pacífico
 Elaboración propia*

El mapa de procesos de la Clínica del Pacífico nos indica cuáles son las áreas que interactúan e intervienen directa o indirectamente para brindar servicios de calidad (admisión, limpieza y manejo de desechos) al consumidor final (pacientes), rigiéndose a los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2008.

Los procesos que interactúan son:

Revisión Gerencial

La alta dirección de la Clínica del Pacífico debe de revisar periódicamente las acciones preventivas y correctivas, y los cambios que se generen para mejorar el SGC.

Organización y Métodos

La Clínica del Pacífico debe de documentar los procesos que se consideran necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control.

Auditoría interna

La Clínica del Pacífico debe llevar a cabo auditorías internas donde se pueda medir el nivel de conformidad a cada uno de los requisitos exigidos que permita controlar los procesos, llevando un registro de las auditorías y de los resultados.

Recursos Humanos

El personal de la Clínica del Pacífico que realice actividades que afecten a la conformidad con los requisitos del servicio debe ser competente con base en la formación, habilidades y experiencia.

Proveeduría

La adquisición de los productos debe de cumplir con los requisitos de compra especificados. Los proveedores deben ser evaluados posteriormente a la adquisición del producto.

Informática

La Clínica del Pacífico debe de contar con el equipo apropiado para la ejecución de los procesos (hardware y software)

3.4. Análisis de las necesidades de los pacientes de la Clínica Del Pacífico

El enfoque de un Sistema de Gestión de calidad es hacia la satisfacción del usuario en los procesos de los cuáles estén afectados directamente. Los procesos que afectan directamente a los pacientes que acuden diariamente a la Clínica Del Pacífico son:

- Admisión de pacientes.
- Limpieza de las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos
- Manejo de desechos en las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos.

3.4.1. Resultados de las encuestas realizadas a los beneficiarios y/o usuarios de los servicios médicos que ofrece la Clínica Del Pacífico

Objetivo: Conocer la opinión de los beneficiarios y/o usuarios respecto a la conformidad con la calidad de la atención y tarifas en los diferentes servicios y departamentos de la Clínica del Pacífico.

Mediante la siguiente fórmula y el análisis de los datos brindados por el departamento de Estadísticas se obtuvo la muestra idónea para realizar esta encuesta:

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 pq}{e(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 pq} = 95$$

Donde:

n = Cantidad real de elementos de la muestra.

N = Número total de elementos que conforman la población. En este caso son 584 que es el promedio mensual de pacientes.

$Z_{\alpha/2}$: Valor estandarizado en función del grado de confiabilidad $(1 - \alpha)100\%$ de la muestra calculada, que será del 99% en este caso el valor $Z_{\alpha/2}$ es igual a 2,58

e : Error asumido en el cálculo, en nuestro caso 0,01

q = Probabilidad de la población que no presenta las características: 0,5

p = Probabilidad de la población que presenta las características. $p = 1 - q$; $p = 0,50$

Aplicando la fórmula se obtuvo que la muestra debía de ser 166 personas, pero se realizó la encuesta a 450 usuarios para minimizar el margen de error y por lo tanto, obtener una mayor precisión en los datos e información.

1.- ¿Su ingreso fue por...?

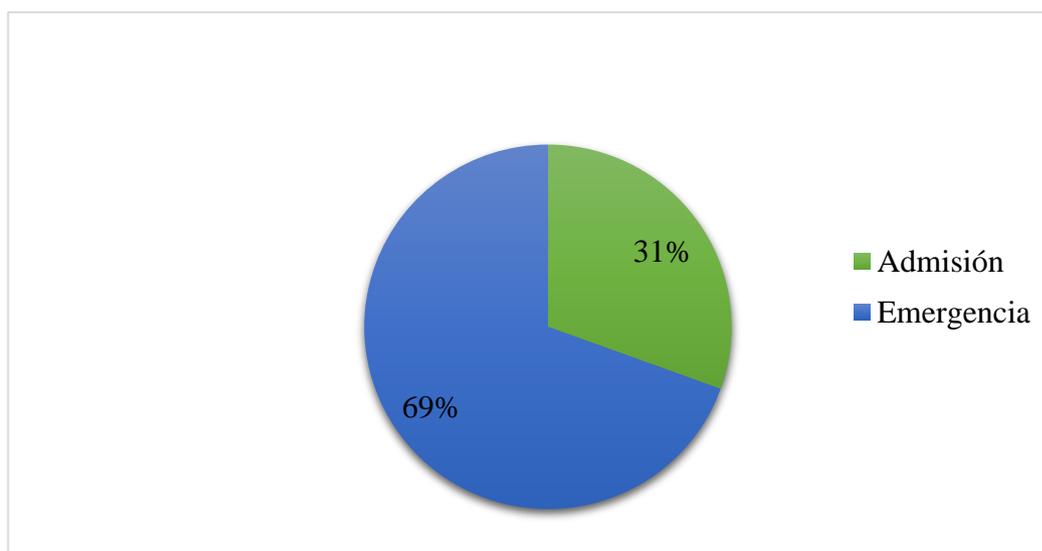
TABLA N° 10

INGRESO DE PACIENTES

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Admisión	29	30,53%
Emergencia	66	69,47%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

INGRESO DE PACIENTES



*Ilustración n°6 Ingreso de Pacientes
Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: Mediante la pregunta N°1 se puede definir el número de personas que ingresaron por el proceso de admisión y las personas que ingresaron por el área de emergencia, dando un resultado del 30.53% y de 69.47% respectivamente. En este caso, la mayoría de los pacientes encuestados ingresan por el área de emergencia.

2. ¿La admisión se realizó en...?

TABLA N° 11

DURACIÓN DE PROCESO DE ADMISIÓN

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
0 a 10 minutos	28	29,47%
15 a 20 minutos	47	49,47%
Más de 20 minutos	20	21,05%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

DURACIÓN PROCESO DE ADMISIÓN

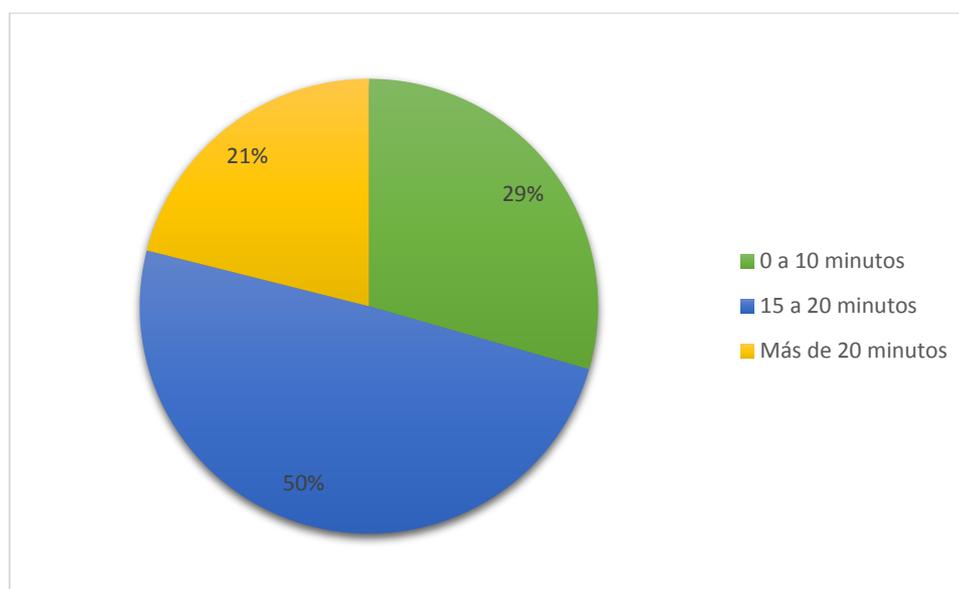


Ilustración n°7 Duración proceso de admisión

Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

Análisis: En la pregunta N°2 se analiza la duración del paciente en el proceso de admisión para ser tratado, arrojando un 49.47% de ellos que tienen que esperar entre 15 a 20 minutos. Esta interrogante permite evaluar el proceso para su mejor ejecución y disminuir el porcentaje de quejas.

3.- ¿La cordialidad recibida durante la admisión fue...?

TABLA N° 12

CORDIALIDAD EN ADMISIÓN

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	28	29,47%
Normal	44	46,32%
Deficiente	23	24,21%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

CORDIALIDAD EN ADMISIÓN

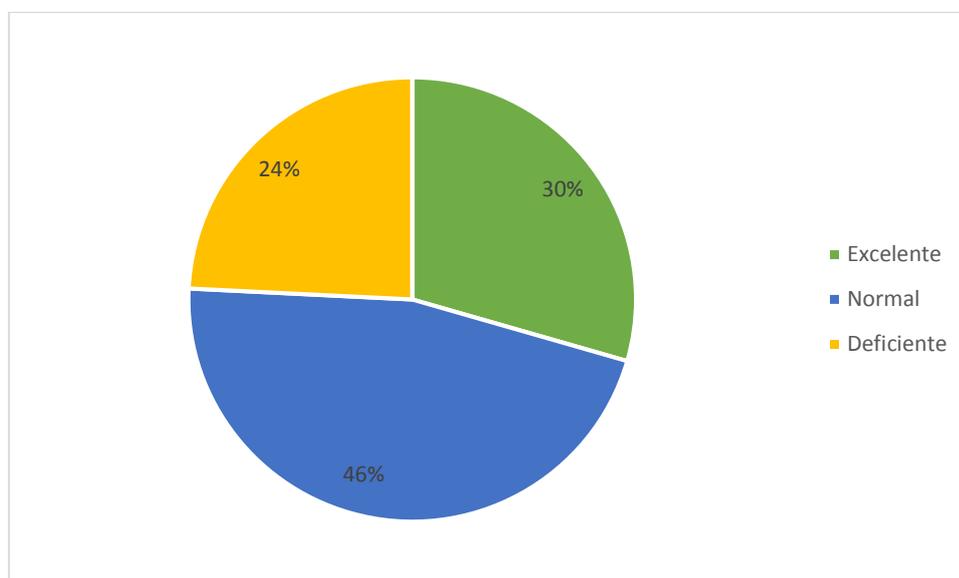


Ilustración n° 8 Cordialidad en la admisión

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°3 se estudia la cordialidad que reciben los pacientes en el proceso de admisión categorizándolos como excelente, normal y deficiente, y determinando resultados del 29.47%, 46.32% y el 24.21% respectivamente. Por lo que concluimos, la recepción del paciente debe ser óptima y de calidad.

ATENCIÓN MÉDICA

4.- ¿Cómo ha sido el trato recibido por el médico tratante durante su atención?

TABLA N° 13

MÉDICO TRATANTE

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	45	47,37%
Normal	39	41,05%
Deficiente	11	11,58%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

MÉDICO TRATANTE

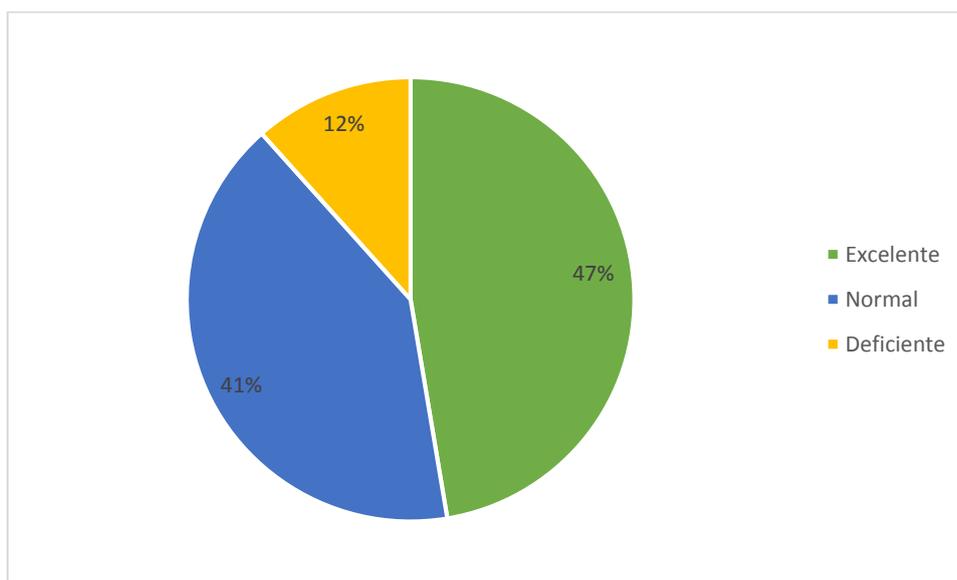


Ilustración n° 9 Médico Tratante

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°4 de las encuestas realizadas a los pacientes se detalla el trato que reciben del médico tratante obteniendo un 47.37% excelente, 41.05% normal y un 11.58% deficiente.

5.- ¿Cómo ha sido el trato recibido por el médico residente durante su atención?

TABLA N° 14

MÉDICO RESIDENTE

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	37	38,95%
Normal	49	51,58%
Deficiente	9	9,47%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

MÉDICO RESIDENTE

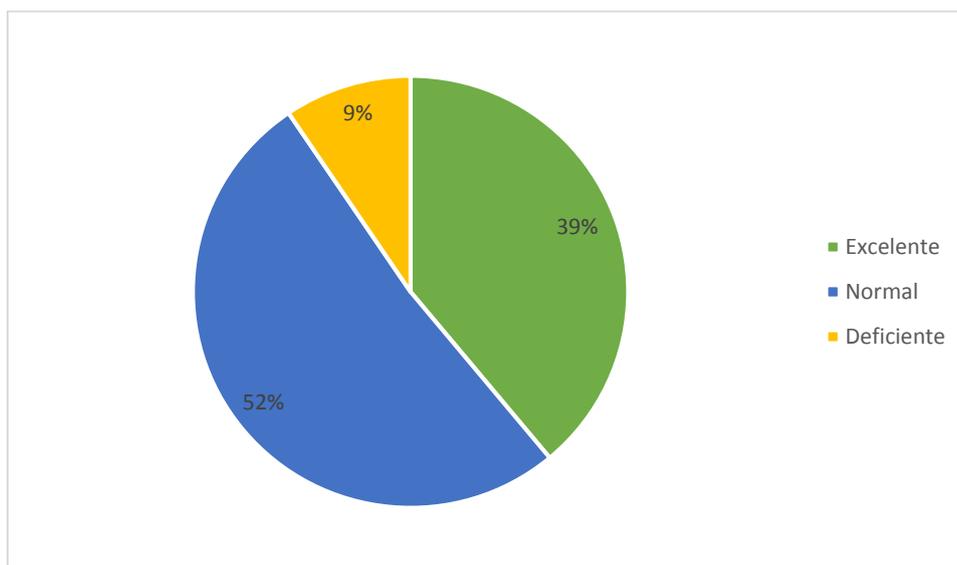


Ilustración n°10 Médico residente

***Fuente:** Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°5 de las encuestas realizadas a los pacientes también evaluamos el trato, en este caso sobre el médico residente en el que en un 90.53% se encuentran satisfechos, arrojando así resultados significativos en los que respecta al servicio. Sin embargo, se debe realizar un seguimiento en la satisfacción del cliente ya que el 9.47% lo considera deficiente.

SERVICIO DE ENFERMERÍA

6.- ¿Cómo ha sido el trato recibido por Enfermería durante su atención?

TABLA N° 15

ENFERMERÍA

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	39	41,05%
Normal	51	53,68%
Deficiente	5	5,26%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

ENFERMERÍA

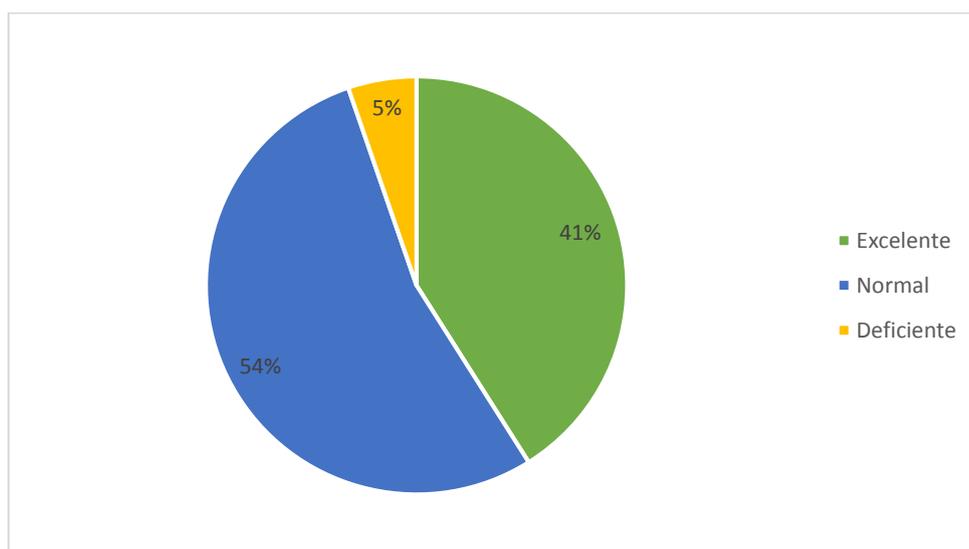


Ilustración n° 11 Enfermería

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°6 se detalla de qué forma son tratados los pacientes por Enfermería. El 41.05% considera tener una atención excelente y el 53.68% una atención normal y adecuada para el lugar que optaron asistir. Finalmente, el 5.26% de los encuestados considera haber tenido algún inconveniente en su instancia dentro de la Clínica Del Pacífico.

7.- ¿Cuál ha sido el tiempo de espera en la atención de enfermería?

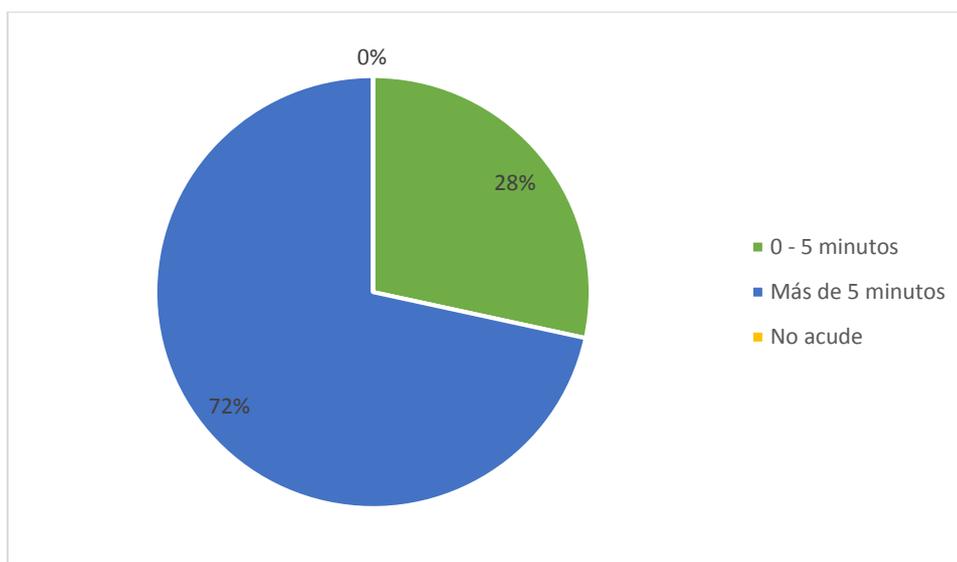
TABLA N° 16

TIEMPO DE ESPERA ENFERMERÍA

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
0 - 5 minutos	27	28,42%
Más de 5 minutos	68	71,58%
No acude	0	0,00%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TIEMPO DE ESPERA ENFERMERÍA



*Ilustración n° 12 Tiempo de espera enfermería
Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°7 realizamos una medición de los tiempos que los pacientes tienen que esperar para ser atendidos. El 71.58% son atendidos en un tiempo mayor a cinco minutos después de reportar su necesidad, afortunadamente en todos los casos registrados en la organización se ha contado con el aporte de Enfermería.

CALIDAD DE ATENCIÓN

8.- ¿Cómo ha sido el trato recibido por el personal administrativo durante su atención?

TABLA N° 17

TRATO POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	54	56,84%
Normal	40	42,11%
Deficiente	1	1,05%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

TRATO POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

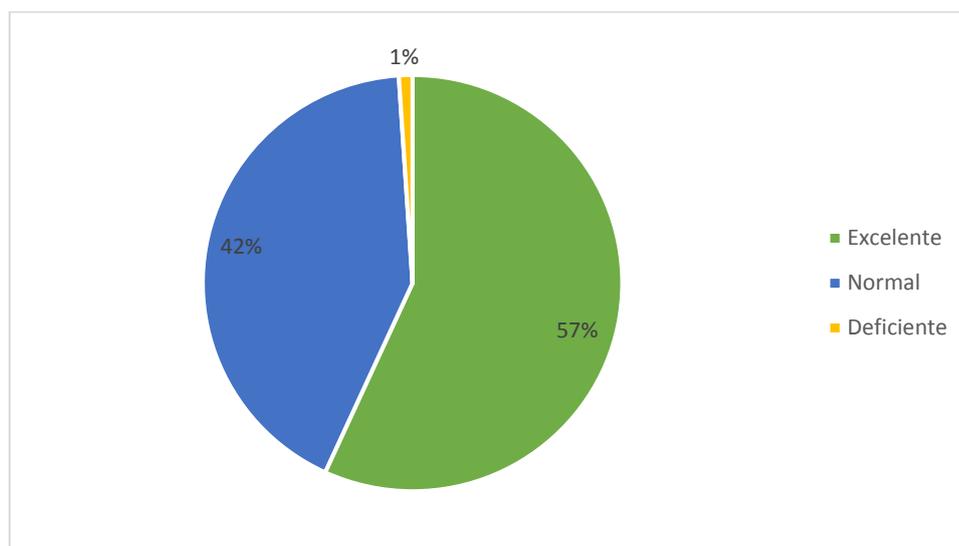


Ilustración n° 13 Trato por personal administrativo

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°8 se involucra al personal administrativo que tiene relación indirecta con los pacientes, sin embargo forma parte primordial en la satisfacción del cliente. El 98.85% se encuentra satisfecho con el trato proporcionado por la parte administrativa, mientras que el 1.05% lo considera deficiente.

9.- ¿Cómo calificaría la limpieza del área en la que se encontraba?

TABLA N° 18

LIMPIEZA DEL ÁREA

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	39	41,05%
Normal	51	53,68%
Deficiente	5	5,26%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

LIMPIEZA DEL ÁREA

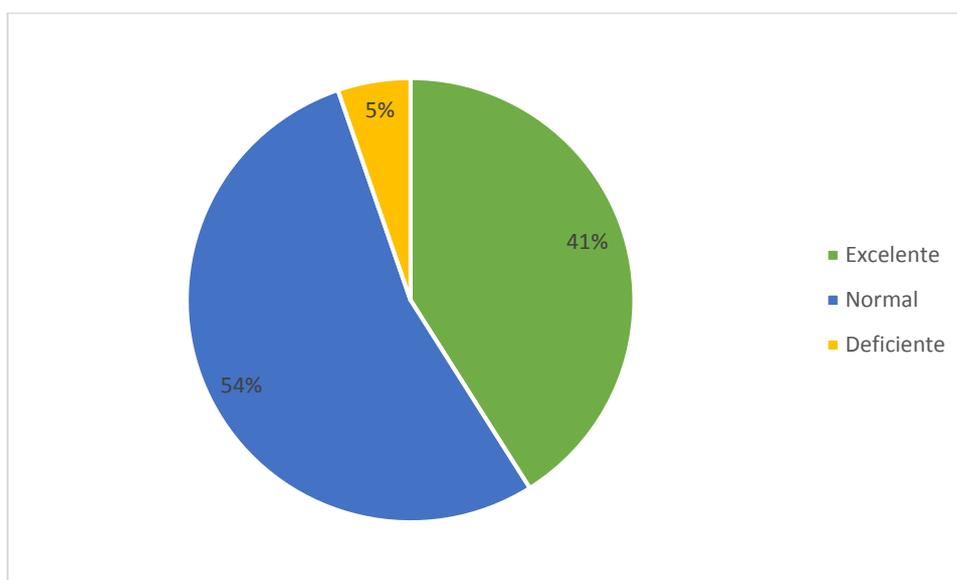


Ilustración n° 14 Limpieza del área

***Fuente:** Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°9 se analiza la limpieza del área en la que se encontraba el paciente. El 41.05% lo considera excelente, el 53.68% normal y el 5.26% deficiente. La limpieza de las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos es importante para evitar la contaminación cruzada, bacterias, virus, etc.

10.- ¿Cómo calificaría la limpieza general de la Clínica Del Pacífico?

TABLA N° 19

LIMPIEZA GENERAL

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Excelente	33	34,74%
Normal	60	63,16%
Deficiente	2	2,11%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

LIMPIEZA DEL ÁREA

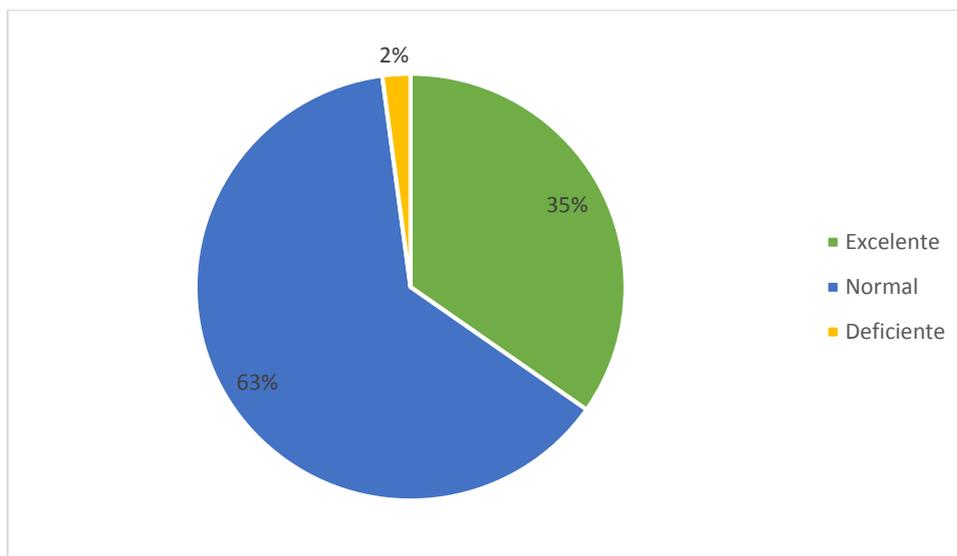


Ilustración n° 15 Limpieza del área

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°10 se cuestiona la limpieza general de la Clínica Del Pacífico. Notamos lo importante que los pacientes consideran el aseo dentro del centro hospitalario, esto garantiza que ellos puedan volver a disponer de los servicios en un futuro próximo. El 34.74% califica la limpieza general como excelente, el 63.16% lo considera normal y el 2.11% deficiente.

11.- ¿Estaría usted de acuerdo que la Clínica Del Pacífico se base en una norma internacional para mejorar la calidad del servicio?

TABLA N° 20

NORMA INTERNACIONAL

OPCIONES	RESULTADO	PORCENTAJE
Si	95	100,00%
No	0	0,00%
TOTAL	95	100,00%

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

NORMA INTERNACIONAL

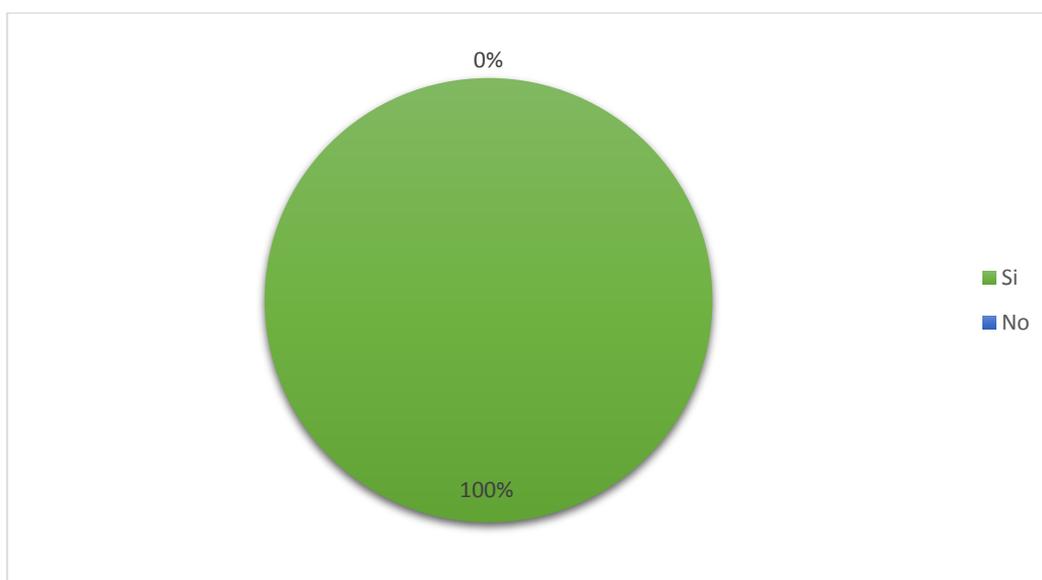


Ilustración n° 16 Norma internacional

*Fuente: Encuesta Pacientes Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Análisis: En la pregunta N°11 el 100% de los pacientes encuestados están de acuerdo en que la Clínica Del Pacífico cuente con una norma internacional para mejorar la calidad del servicio. Estos resultados benefician ampliamente nuestra propuesta de investigación en la que se realiza el Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008 PARA LAS ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

El diseño de SGC tiene como objeto demostrar la capacidad de la Clínica Del Pacífico para proporcionar un servicio que satisfaga las necesidades que presentan los pacientes, aumentar la satisfacción del cliente por medio de la aplicación eficaz del sistema de Gestión de Calidad, incluyendo procesos de mejora continua y asegurar los requisitos que los pacientes presentan. Esta propuesta de diseño de un SGC muestra el alcance y los procesos involucrados, las funciones, actividades y responsabilidad del personal.

Para el diseño del SGC en la Clínica Del Pacífico se tomó como base los requisitos generales exigidos por la norma que son:

- Determinar los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través de la organización.
- Determinar la secuencia de interacción de estos procesos.
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.

- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Realizar el seguimiento como la medición cuándo sea posible y el análisis de estos procesos.
- Incrementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Adicional se trabajó de acuerdo a los requisitos específicos mencionados en la norma ISO 9001:2008 en el punto 4.2.1.

1. Declaraciones documentadas de una política de calidad y objetivos de la calidad
2. Un manual de calidad
3. Procedimientos documentados y los registros requeridos por esta norma internacional
4. Documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

4.1. POLÍTICA DE CALIDAD

Somos una clínica que brinda servicios médicos y hospitalarios, con disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos necesarios para buscar de forma continua la calidad en su operatividad.

4.2. OBJETIVOS DE CALIDAD

Admisión de pacientes

- Mejorar la percepción del cliente en cuanto a la calidad de atención
- Mejorar la satisfacción del cliente en cuanto al tiempo de atención

Limpieza de habitaciones

- Mejorar la percepción de la satisfacción del usuario
- Disminuir el porcentaje de habitaciones con producto no conforme
- Mantener el porcentaje de producto no conforme en habitaciones ocupadas

Desechos hospitalarios

- Disminuir el porcentaje de producto no conforme en la revisión aleatoria de fundas negras.
- Mantener un promedio mensual en kg de desechos infecciosos por paciente de acuerdo al rango establecido.

4.3. MANUAL DE LA CALIDAD

Información de la Empresa

El 10 de abril del 2007 se inauguró la Clínica del Pacífico, fue el primer hospital diseñado en la ciudad de Villamil Playas. Se cubrieron las necesidades primordiales de una clínica con infraestructura a la vanguardia de la medicina con tecnología de punta.

Con el aporte de jóvenes con poder emprendedor, prominentes profesionales de la medicina general, la ingeniería y la administración, nace la CLÍNICA DEL PACÍFICO, como un lugar de prestigio y con responsabilidad social. La clínica tiene un enfoque de servicio, logrando brindar una atención de primera necesidad; así como atender personas que han sufrido accidentes en las carreteras cercanas, con traumas severos, sean atendidos en primera instancia, ya que se trata de salvar vidas.

Alcance Técnico

- Admisión de Pacientes de la Clínica Del Pacífico.
- Seguridad en la limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos en las habitaciones
- Manejo de desechos comunes e infecciosos en los servicios de emergencia, cuidados intensivos y quirófano.

Alcance Geográfico

Clínica Del Pacífico, General Villamil Playas.

EXCLUSIONES

DISEÑO Y DESARROLLO DE SERVICIOS NUMERAL

El servicio de admisión de pacientes, de acuerdo a procedimientos y políticas establecidas en el MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: ADMISIÓN DE PACIENTES, así como acogiendo lo descrito en la Ley de Derechos y Amparo del paciente, por lo tanto no se diseñan servicios que no estén ya contemplados.

- El servicio de limpieza y desinfección de habitaciones y manejo de desechos de acuerdo a procedimientos y políticas establecidas en el MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE MANEJO ADECUADO DE DESECHOS HOSPITALARIOS, por lo tanto no se diseñan servicios que no estén ya contemplados.

DEFINICIONES

A lo largo del texto de este MANUAL DE CALIDAD; cuando se use el término “cliente”, este incluye al paciente para el alcance Servicio admisión de pacientes y a la Gerencia Administrativa para el alcance limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos de habitaciones y Manejo de Desechos comunes e infecciosos en los Servicios de Emergencia, cuidados intensivos y quirófano.

Cuando se utilice el término “usuario” este se refiere al “Paciente” para el alcance Limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos de habitaciones y Manejo de Desechos comunes e infecciosos en los Servicios de emergencia, unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano de la Clínica Del Pacífico.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

CLÍNICA DEL PACÍFICO

- Identifica los procesos para el sistema de Gestión de Calidad determinando su secuencia e interacción, a través de la “Determinación de Procesos SGC”, con las respectivas caracterizaciones de procesos.

- Determina cuales son los métodos que sirvan para asegurar la eficacia en las operaciones y el control de los procesos, a través del capítulo VII de la norma sobre la Medición, Análisis y Mejora.
- Asegura a través del capítulo VI sobre la Gestión de Recursos, brindar la información y medios necesarios de forma que ayude a dar soporte a la operación y seguimiento de los procesos.
- Realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos, de igual forma establece cuáles son las acciones que se deben tomar para el alcance los resultados planificados y la mejora continua. Esto se lo realiza a través del Capítulo VII de la norma.
- Gestiona los procesos de acuerdo con los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2008. Se encarga de asegurar que exista un control eficaz en los procesos que se tengan que contratar externamente.

La Clínica Del Pacífico ha establecido contratar externamente el Servicio de Tratamiento de los Desechos infecciosos y establecer los controles requeridos mediante la “Evaluación de Proveedores”.

Requisitos de la Documentación numeral 4.2

Generalidades numeral 4.2.1

La documentación del SGC de la Clínica del Pacífico incluye:

- La política y los objetivos de la calidad.
- El Manual de Calidad.
- Los procedimientos documentados requeridos en la Norma ISO 9001:2008.

- Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Manual de la calidad numeral 4.2.2

- La Clínica del Pacífico establece y mantiene un manual de calidad que incluye:
- El alcance y las exclusiones.
- Los procedimientos documentales del SGC.
- La interacción entre los procesos del SGC.

Control de los documentos numeral 4.2.3

La Clínica Del Pacífico controla los documentos requeridos por el SGC, a través del Manual de Procedimientos: control de Documentos y registros.

Control de Registros numeral 4.2.4

La Clínica Del Pacífico establece y mantiene los registros, de acuerdo al Manual de Procedimientos: Control de Documentos y registros y el Listado de registros, descrito en las caracterizaciones de los procesos.

RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN NUMERAL 5

Compromiso de la Dirección numeral 5.1

La alta dirección de la Clínica del Pacífico demuestra su compromiso con el desarrollo y la implantación del SGC, así como la mejora continua de la eficacia. Para esto:

- Comunicar al personal la importancia de satisfacer los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios.
- Establece la política y los objetivos de la calidad.
- Lleva a cabo las Revisiones Gerencial.
- Asegura la disponibilidad de recursos en los puntos críticos de los procesos: estratégico, analítico y de apoyo.

Enfoque al Paciente numeral 5.2

La alta dirección de la clínica del Pacífico asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción.

Política de la Calidad numeral 5.3

La Política de calidad de la Clínica del Pacífico es comunicada y entendida por la organización, mediante reuniones informativas al respecto. Publicada en la intranet. Y revisada para su continua adecuación.

“Somos una clínica que brinda servicios médicos y hospitalarios, con disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos necesarios para buscar de forma continua la calidad en su operatividad.”

Planificación numeral 5.4

Objetivos de la Calidad numeral 5.4.1

Los objetivos de calidad de la Clínica del Pacífico están orientados básicamente a la consecución de la satisfacción del cliente, en el proceso de admisiones, estos incluyen:

- Mejorar la percepción del cliente en cuanto al tiempo de atención.
- Mejorar la percepción del cliente en cuanto a la calidad de atención.

Y en el proceso de limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos en emergencias, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico, incluye:

- Mejorar la percepción de la satisfacción del usuario.
- Disminuir el porcentaje de habitaciones con producto no conforme.
- Mantener el porcentaje de producto no conforme en habitaciones ocupadas.

Y en el proceso de manejo de desechos comunes e infecciosos en los Servicios de Emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la CLÍNICA del Pacífico incluye:

- Disminuir el porcentaje de producto no conforme en la revisión aleatoria de fundas negras.
- Mantener un promedio mensual en Kg de desechos infecciosos por paciente de acuerdo al rango establecido.

Planificación del sistema de gestión de calidad numeral 5.4.2

La alta dirección de la Clínica del Pacífico asegura que la planificación del sistema de gestión de calidad cumple con los requisitos generales y con los objetivos de la calidad;

y que la integridad del mismo se mantiene cuando se planifican e implementan cambios.

Responsabilidad, autoridad y comunicación numeral 5.5

Responsabilidad y autoridad numeral 5.5.1

La alta dirección de la Clínica del Pacífico asegura que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas a toda la organización.

Representante de la Dirección numeral 5.5.2

La alta dirección de la Clínica del Pacífico designa a la Eco. Adela Adum Berek (Administradora) como Representante de la Dirección, quien, con independencia de otras responsabilidades, tiene la autoridad y las siguientes obligaciones:

- Asegurar que se establecen, implementan, controlan y se mantienen los procesos necesarios del SGC, de acuerdo al Diagrama de Procesos.
- Informar a la alta dirección, sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del paciente en todos los niveles de organizaciones.

Comunicación interna numeral 5.5.3

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico asegura que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa

considerando la eficacia del SGC, mediante correo electrónico, reuniones informativas, con la respectiva acta de reunión.

Revisión por la dirección numeral 5.6

Generalidades numeral 5.6.1

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico revisa mínimos dos veces al año el SGC asegurando así su conveniencia, adecuación y eficacia continua.

Información para la Revisión numeral 5.6.2

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico asegura que la información de entrada para la revisión incluye:

- Resultados de las auditorías
- Retroalimentación del cliente
- Desempeño de los procesos y conformidad del producto, mediante los indicadores de cada proceso.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas
- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- Cambios que podrían afectar al SGC
- Recomendaciones para la mejora

Resultados de la revisión numeral 5.6.3

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico asegura que los resultados de la Revisión del SGC incluyen todas las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del SGC, la mejora del servicio y las necesidades de recursos.

Gestión de los recursos numeral 6

Provisión de los recursos numeral 6.1

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico se compromete a determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC y de esta forma aumentar la satisfacción de los pacientes.

Recursos humanos numeral 6.2

Generalidades numeral 6.2.1

El personal de la Clínica Del Pacífico que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio es competente con base a la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas de acuerdo al perfil del cargo.

Competencia, toma de conciencia y formación numeral 6.2.2

La alta dirección de la Clínica Del Pacífico:

- Determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio.
- Capacita o toma otras acciones para contar con el personal competente.
- Evalúa la eficacia de las acciones tomadas de acuerdo a lo establecido en el Plan de la Capacitación.
- Asegura que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades, contribuyendo así al logro de los objetivos de la calidad.
- Mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.

Infraestructura numeral 6.3

La Clínica Del Pacífico determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para brindar el servicio acorde con las necesidades del usuario.

Ambiente de trabajo numeral 6.4

La Clínica del Pacífico proporciona al personal el ambiente de trabajo adecuado para que de esta forma brindar un buen servicio al usuario.

Realización del Servicio numeral 7

Planificación de la realización del servicio numeral 7.1

La planificación de la realización del producto es coherente con los requisitos de los otros procesos del SGC

En el transcurso de la planificación y realización del servicio, La Clínica Del Pacífico se apoya en los documentos.

- Caracterización de Procesos de Admisión
- Manual de procedimientos de Admisión de pacientes
- Caracterización de procesos limpieza de habitaciones
- Manual de procedimientos de limpieza de habitaciones
- Caracterización de procesos de manejo adecuado de desechos hospitalarios
- Manual de procedimientos de manejo adecuado de desechos hospitalarios
- Y en los registros referencias en dichos procedimientos los cuales, contribuyen a que los procesos de realización y el servicio resultante cumpla con los requisitos.

Procesos relacionados con el cliente numeral 7.2

Determinación de los requisitos relacionados con el servicio numeral 7.2.1

La Clínica Pacífico determina:

- Los requisitos especificados por el cliente: Ejecución de la admisión y ejecución de la limpieza y desinfección en las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos.
- Requisitos no establecidos por los clientes, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Cualquier requisito adicional determinado por la Clínica Del Pacífico

Revisión de los requisitos relacionados con el producto numeral 7.2.2

La Clínica Del Pacífico revisa los requisitos relacionados al proceso de admisión, limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos en las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos.

Comunicación con el cliente numeral 7.2.3

Clínica Del Pacífico mantiene una comunicación eficaz con el cliente relativa a:

- Información sobre el servicio
- Condiciones previas a la relación del servicio.
- Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas, las cuales son detectadas en la encuesta realizada al paciente.

Diseño y desarrollo numeral 7.3. (Ver exclusiones)

Compras numeral 7.4

Proceso de compras numeral 7.4.1

La Clínica Del Pacífico se asegura que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados. Evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Se establecen criterios para la selección, evaluación y reevaluación.

Clínica Del Pacífico mantiene registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria derivada de las mismas.

Información de las compras numeral 7.4.2

Clínica Del Pacífico se asegura que la información de compras enviada al proveedor describe el producto a comprar y los requisitos de compras adecuados y necesarios.

Verificación de los productos comprados numeral 7.4.3

Clínica Del Pacífico realiza la inspección de los productos comprados verificando los parámetros descritos en la caracterización de compras.

Prestación del servicio numeral 7.5

Control de la prestación del servicio numeral 7.5.1

Clínica Del Pacífico planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Estas condiciones controladas incluyen, cuando sea aplicable:

- La disponibilidad de la información que describa las características del servicio.

- La disponibilidad de las instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- El uso del equipo apropiado cuando corresponda.
- La implementación del seguimiento y de la medición.
- La implementación de actividades de liberación y entrega del producto.

Validación de los procesos de la producción de los servicios numeral 7.5.2

- El proceso admisión de los pacientes se valida por medio de la hoja de ruta, así como de la encuestas de satisfacción al paciente.
- El proceso de limpieza se valida por medio del check list de validación de limpieza de las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano.
- El proceso de manejo adecuado de desechos hospitalarios se valida a través de revisiones aleatorios de las fundas rojas y negras.

Identificación y trazabilidad numeral 7.5.3

Clínica del Pacífico identifica el servicio de:

- Admisión de pacientes a través del número de historia clínica.
- Limpieza de las áreas a través del número de las camas.
- Manejo adecuado de desechos hospitalarios a través del sticker dónde consta el número de cama y área de donde proviene el desecho.

Propiedad del paciente numeral 7.5.4

En la Clínica Del Pacífico, determina como propiedad del paciente los datos personales, los mismos que se protegen y salvaguardan a través de las seguridades establecidas en el sistema.

Si la propiedad del cliente llegase a tener un mal uso se procede a registrar, a través de una solicitud de acción y reportar inmediatamente al cliente.

Preservación del servicio numeral 7.5.5

Clínica Del Pacífico identifica, almacena y protege los expedientes de los pacientes.

La Clínica Del Pacífico, identifica almacena y protege los productos para realizar la limpieza desinfección y manejo de desechos comunes e infecciosos en las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano.

Control de los equipos de seguimiento y medición numeral 7.6

Clínica Del Pacífico controla como equipo de seguimiento las balanzas para el pesaje de los desechos infecciosos, mediante la verificación de las mismas con el correspondiente peso patrón. No se ha considerado su calibración dado que la actividad de pesar los desechos no afecta directamente al proceso de manejo adecuado de los desechos en sus tres fases: Clasificación, recolección y transporte de los mismos.

Medición, análisis y mejora numeral 8

Generalidades numeral 8.1

La Clínica Del Pacífico planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio y del SGC.

Determina los métodos aplicables incluyendo técnicas, estadísticas y su alcance, para lograr, monitorear, y controlar así los procesos.

Seguimiento y medición numeral 8.2

Satisfacción del paciente numeral 8.2.1

La Clínica Del Pacífico realiza el seguimiento de la percepción del paciente con respecto al servicio de admisión que brinda la organización a través de la encuesta de satisfacción al paciente.

La Clínica Del Pacífico realiza el seguimiento de la percepción del cliente con respecto al servicio de limpieza, desinfección y manejo de desechos comunes infecciosos en las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano.

Auditoría interna numeral 8.2.2

La Clínica Del Pacífico lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar:

- SGC está conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma y con los requisitos definidos por la organización.
- Si el SGC se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

La Clínica Del Pacífico planifica un programa de auditorías, considerando el estado e importancia de los procesos y áreas a auditar.

Seguimiento y medición de los procesos numeral 8.2.3

La Clínica Del Pacífico aplica métodos apropiados para el seguimiento y la medición de los procesos del SGC. En caso de no lograrse los resultados se toman acciones correctivas.

Seguimiento y medición del servicio numeral 8.2.4

Clínica Del Pacífico mide y hace un seguimiento de las características del servicio en las etapas apropiadas.

Clínica Del Pacífico mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación, a través de los siguientes registros:

- “Hoja de ingreso del paciente para el alcance”
- “Terminación de limpieza”
- “Control de desechos de la Clínica Del Pacífico”

Control de servicio no conforme numeral 8.3

Clínica Del Pacífico se asegura que el producto que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.

Los controles y responsabilidades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme interno están definidos:

- Para el proceso de admisiones en el manual de procedimientos: Admisión de pacientes
- Para el proceso de limpieza de áreas en el manual de procedimientos: Limpieza de áreas
- Para el proceso de desechos hospitalarios en el manual de procedimientos: Manejo adecuado de desechos hospitalarios.

Análisis de datos numeral 8.4

La Clínica Del Pacífico determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la eficacia del SGC y evalúa las oportunidades de mejora continua. El análisis de los datos incluye los resultados de seguimiento y medición, y proporciona información sobre:

- La satisfacción del cliente.
- La conformidad con los requisitos del producto.
- Las características y tendencias de los procesos incluyendo las oportunidades para llevar a cabo las acciones preventivas.
- Los proveedores.

Mejora numeral 8.5

Mejora continua numeral 8.5.1

La Clínica Del Pacífico mejora continuamente la eficacia del SGC, mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas, y la revisión por la dirección.

Acción correctiva numeral 8.5.2

Clínica Del Pacífico toma acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas son las apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Acción preventiva numeral 8.5.3

La Clínica Del Pacífico determina las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y así prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas son las apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

4.4. MANUAL DE ADMISIÓN DE PACIENTES

Objetivo

Establecer políticas y describir el procedimiento a seguir para la pre admisión y admisión de pacientes en la Clínica Del Pacífico.

Alcance

- Colaboradores del área de admisión.
- Responsabilidades.
- Personal de caja /admisión.
- Supervisor de caja
- Gerencia

Políticas

Los pacientes que requieran de atención ambulatoria y hospitalaria deberán presentar los requisitos correspondientes de acuerdo a sus situación: pacientes particulares (sin seguro médico), pacientes con seguro privado: Privado, IESS, SOAT –FONSAT (Anexo 4)

La no presentación de los requisitos por parte del pacientes/familiar al momento de solicitar la atención en la Clínica Del Pacífico no negará la atención del mismo de acuerdo a la ley de amparo al paciente. Los requisitos deberán ser solicitados hasta antes del egreso del paciente de GHK.

El personal de Caja/Admisión, solicitará la firma al paciente/familiar (según sea el caso) en los siguientes formularios:

TABLA N° 21
FORMULARIO PARA PACIENTES

FORMULARIO	ANEXO NO.	CUSTODIA	
“Hoja de ingreso del paciente”	2	Expediente cuenta (copia)	Expediente Clínico (original)
“Hoja de ruta”	3	Expediente de la cuenta	-
“Normas de Permanencia en el Hospital”	4	Expediente de la cuenta	Paciente
“Declaración” Tipo de paciente (Particular e IESS)	5	Expediente de la cuenta	-
“Aceptación por diferencia de Habitación” según tipo de paciente	6	Expediente de la cuenta	-

Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia

Es responsabilidad del personal de caja/admisión hacer uso del formulario “Hoja de ingreso manual” (Anexo 5) en las siguientes circunstancias:

- Cuando no hay sistema al momento del ingreso de un paciente
- Cuando un paciente crítico ingreso solo al inicio de la atención no se conoce la totalidad de los datos demográficos.

Es responsabilidad del personal de caja /Admisión al momento del ingreso de un paciente verificar la forma de pago, en caso de no poseer seguro médico y de manera

especial si en el ingreso se detecta la necesidad de una cirugía o del uso de terapia intensiva.

El personal de Caja Admisión solicitará en casa de ser un paciente particular (Sin seguro médico), el monto mínimo que debe dejar como abono en efectivo, cheque o tarjeta de crédito y que son los siguientes de acuerdo a los motivos establecidos:

TABLA N° 22

ABONOS

MOTIVO	VALORES MÍNIMOS
Terapia	\$ 1.500,00
Hospitalización y cirugía	\$ 1.000,00
Cirugías ambulatorias	\$ 400,00
Tratamiento u observación	\$ 300,00

Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

- Se solicitará garantía a los pacientes particulares (abono adicional)
- Será obligatorio solicitar una garantía en caso de pacientes con seguro que no presenten documentación completa y cuando el seguro lo amerite.
- Las garantías a recibir podrán ser: pagaré, voucher de tarjeta de crédito o cheque (el monto será determinado por la alta Administración)

Durante la admisión del paciente, se podrá realizar otros procedimientos, los cuáles no estarán relacionados directamente con la admisión pero si podrá ser consecuencia de la misma: Recaudación de valores, lineamientos de recepción de los abonos y garantías.

En caso de los pacientes que ingresen por el área de emergencia y posteriormente requieran de hospitalización o de la realización de un procedimiento ambulatorio

(admisión), el médico residente de la emergencia deberá elaborar, firmar y sellar el formulario “Orden de ingreso” (Anexo 6) para la correspondiente admisión.

El personal de caja /admisión serán los responsables de elaborar el expediente del paciente de admisión ambulatoria y por hospitalización. El área de caja será responsable de mantener el expediente en su custodia.

Políticas de seguimiento y medición.

El supervisor de caja- admisión, administrador, efectuará diariamente el monitoreo y control en el sistema de las admisiones de pacientes realizadas en el día (Anexo 7- Listado de Admisiones)

Será responsabilidad del supervisor de caja-admisión revisar aleatoriamente la documentación entregada por los pacientes admitidos que se encuentran registrados en el formulario hoja de ruta.

La revisión de la hoja de ruta se efectuará al siguiente día laborable de haber efectuado la admisión debiendo remarcar la falta de documentos y registrar cualquier inconformidad en el campo “Observaciones” este formulario deberá firmarse en campo correspondiente como certificación de la revisión realizada.

Pre admisión de pacientes

La pre-admisión se realizará a pacientes programadas que requieran de atención ambulatoria y por hospitalización. La pre admisión podrá ser realizada de forma presencial a través del reporte “Programa Operatorio de cirugía” o el formulario ingreso de pacientes

El personal de caja – admisión recibirá reporte de pacientes programados a través de email durante el día, mediante el “Programa operatorio de cirugía” (Anexo 8). El reporte se enviara como mínimo una vez al día al personal de caja-admisión.

El personal de caja admisión podrá registrar la reserva de habitaciones en el sistema de acuerdo a la disponibilidad de habitaciones según la sede y una vez que se haya realizado la pre admisión de pacientes.

Será responsabilidad del personal de caja /admisión informar al paciente o familiar el horario de ingreso así como la documentación que deberá presentar al momento de la admisión.

Admisión para hospitalización de pacientes

Todo paciente para ser admitido deberá tener asignado un médico tratante

En caso de no existir disponibilidad de habitaciones del tipo solicitado, el personal de caja-admisión al momento de confirmar telefónicamente con el paciente se indicará que no hay la habitación requerida, ofreciéndoles la habitación inmediatamente superior y notificándole la diferencia de precio.

Si el paciente no acepta, el personal de caja –admisión solicitará al jefe inmediato instrucciones.

En caso de no existir habitaciones disponibles del tipo solicitada el personal de caja admisión deberá realizar la asignación de habitaciones virtuales.

➤ Todas las habitaciones privadas tienen un número virtual adicional.

- Las habitaciones virtuales cerradas permanecerán con estado de “alta”.

El personal de caja-admisión deberá consultar permanente el diagnóstico del paciente y comunicar a la compañía de seguros, para obtener la aprobación y /o extensión de la cobertura.

Se podrá realizar el cambio de habitación a los pacientes hospitalizados de acuerdo a los siguientes motivos:

TABLA N° 23

MOTIVO CAMBIO DE HABITACIÓN

CAUSA	MOTIVO DE CAMBIO
No disponibilidad de habitación	Cuando no hay habitación disponible, no hay disponibilidad del tipo solicitado y permite impresión de reporte para obtención de firma de autorización.
Decisión de alta administración	Cambio asignado en casos especiales autorizados expresamente por un directivo de la Clínica del Pacífico.
Por género	Cuando existen dos personas de distinto género para ocupar la habitación.
Reasignación de habitación	Cambio en caso de reasignar habitaciones en casos excepcionales.

*Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

La regularización de las firmas en el “Comprobante de cambio de habitación” (Anexo 9) por parte de los funcionarios autorizados debe realizarse en un máximo de 24 horas posteriores al cambio y en caso de fines de semana y feriados, las firmas serán regularizadas el primer día hábil laborable. El formulario deberá ser firmado por el personal de caja-admisión y funcionario autorizado.

ADMSIÓN AMBULATORIA DE PACIENTES

Los pacientes podrán solicitar la atención ambulatoria de los servicios que ofrece la Clínica Del Pacífico.

El personal de caja-admisión será responsable de direccionar al paciente (una vez realizada la admisión) al área de emergencia a fin de que el médico residente elabore la historia clínica.

SERVICIO NO CONFORME

El jefe –supervisor de caja será responsable de identificar el servicio que no sea conforme en el proceso y de tomar acciones pertinentes. De ser el caso de establecer acciones correctivas.

Los servicios no conformes internos establecidos se detallan a continuación:

TABLA N° 24

MOTIVO PARA SERVICIO NO CONFORME

SERVICIO NO CONFORME	REGISTRO	ACCIONES
No solicita garantía y abono	Resaltadas en hoja de ruta	Solicitar al paciente la garantía y abono faltante a través de la gestión con el paciente/familiar.
Falta de documentos (Formulario seguro)	Resaltadas hoja de ruta	Solicitar al personal de admisión la documentación faltante a través de la gestión con el paciente familiar.
Error en el ingreso de datos demográficos de los pacientes	Hoja de ruta en el campo observaciones	Corrección de errores.

*Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

El jefe – supervisor de caja anotará en el registro “servicio no conforme” las no conformidades encontradas en la revisión aleatoria de la hoja de ruta y/o error en el ingreso de datos demográficos de los pacientes.

Eventualmente los responsables del proceso realizarán reuniones para analizar los resultados del producto no conforme y de ser el caso se levantarán acciones correctivas.

PROCEDIMIENTOS

PRE ADMISIÓN DE PACIENTES

Personal de caja –admisión

1. Recibe personalmente al paciente/familiar, el formulario ingreso de pacientes- o a través del e-mail “Programa operatorio de cirugía” para realizar la pre admisión.
2. Contacta al paciente telefónicamente (de ser el caso) solicita los datos demográficos y los registra en el sistema.
 - a. Si no lo localiza al paciente, aplica directamente el subproceso de admisión según el caso (Hospitalaria o ambulatoria)
3. Consulta al paciente si posee seguro médico
 - a. Si no utiliza seguro médico, solicita al paciente que tiene que realizar un abono y dejar una garantía al momento de realizar el ingreso al hospital.
 - b. Si utiliza seguro médico, solicita el nombre del seguro, número del contrato o póliza carta de autorización y demás documentos requeridos.

4. Comunica al paciente-familiar el horario en deberá ingresar al hospital y la documentación que deberá presentar al momento de la admisión.
5. Registra la solicitud de reserva y escoge en el sistema la habitación a reservar.

ADMISIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES

Personal de caja-admisión

1. Atiende al paciente /familiar que requiera la prestación de un servicio y verifica la orden de ingreso particular del médico o el formulario “orden de ingreso” la tarjeta de identificación en caso de poseer seguro médico, en caso de pacientes IESS recibe orden de transferencia IESS.
 - a. Si no posee la orden de ingreso particular de médico, confirma telefónicamente con quirófano o con el médico tratante que requiere ingreso en caso de no confirmarse el ingreso comunica al paciente que regrese en la fecha indicada por el médico, de lo contrario continua con el proceso.
2. Solicita el documento de identificación e informa todo lo referente a la admisión del paciente en el hospital (abonos, garantías, documentos, etc)
3. Explica al paciente /familiar los tipos de habitaciones que posee la clínica. Verifica las habitaciones disponibles y negocia con el paciente las opciones vigentes.
 - a. En caso de no existir habitaciones disponibles del tipo solicitada por el paciente, realiza la conversión de habitaciones en el sistema administrativo.
 - b. En caso de que el paciente solicite una habitación diferente a la autorizada por el seguro (IESS o seguro médico) obtiene firma del paciente o familiar en el

formulario “Aceptación por diferencia de habitaciones” (Anexo 10) y lo archiva en el expediente del paciente.

- c. Notifica al supervisor general que existe un ingreso en indica el número de habitación que se asignará al paciente para que la prepare.

Supervisora de piso

- d. Prepara la habitación del paciente y en caso de habitaciones virtuales habilita la misma en “Lista para uso”

Personal de caja Admisión

4. Obtiene del paciente /familiar la documentación requerida de acuerdo al tipo de paciente (particulares sin seguro médico y privados con seguro: médico, IESS, Soat –Fonsat)
5. Registra en el sistema los datos demográficos y los datos clínicos del paciente.
 - a. Si al momento de registrar los datos del médico en el sistema administrativo detecta que el mismo no se encuentra registrado en el sistema de información, ejecuta los pasos correspondientes al personal de caja admisión.
6. Asigna en el sistema la habitación para el paciente, revisa en el tablero de consulta que la habitación haya cambiado a lista para usar.
 - a. Si el paciente tiene cobertura de seguro. Registra el código del seguro en el sistema para que la farmacia lo pueda consultar.
7. Imprime hoja de ingreso de paciente y obtiene firma del paciente.
8. Elabora el formulario hoja de ruta de acuerdo a los datos del paciente

9. Entrega y obtiene firma en los siguientes formularios “Declaración” (Anexo 11) y “Normas de permanencia en el hospital” (Anexo 12)
10. Instruye al paciente-familiar sobre los pasos a seguir con relación a los medicamentos que le serán suministrados durante su permanencia, lo cual depende de la cobertura del seguro médico que posee.
 - a. Si el paciente no tiene cobertura de seguro, le indica que una vez culminada la admisión proceda a abrir una cuenta de crédito para gastos en la farmacia.
11. Recibe confirmación de la supervisora que la habitación está lista.
12. Obtiene del paciente garantía de ser el caso, completa la información de la hoja de ruta y obtiene firma del paciente/familiar de ser el caso.
13. Direcciona al paciente a caja para que realice el abono correspondiente.
14. Confirme el abono en el sistema y firma formulario “Hoja de ruta”
15. Imprime ticket de identificación para la habitación en el cual se describe el nombre del paciente, médico y fecha de ingreso.
16. Crea expediente para paciente y adjunta la documentación.

ADMISION AMBULATORIA DE PACIENTES

PERSONAL CAJA –ADMISIÓN

1. Atiende al paciente –familiar que requiera la prestación de un servicio de la Clínica y verifica la orden de ingreso particular del médico o el formulario “Orden de ingreso” (cuando el paciente es derivado de la emergencia), la tarjeta de identificación en caso de poseer seguro médico en caso de pacientes IESS recibe orden de transferencia IESS.

- a. Si no posee la orden al ingreso particular de médico, confirma telefónicamente con quirófano o con el médico tratante que requiere ingreso, en caso de no confirmarse el ingreso comunica al paciente que regrese en la fecha indicada por el médico de lo contrario continua proceso.
2. Solicita el documento de identificación e informa todo lo referente a la admisión del paciente en la Clínica (abonos, garantías, documentos, ect)
3. Obtiene del paciente/familiar la documentación requerida de acuerdo al tipo de paciente (particulares sin seguro médico y privados con seguro médico, IESS, SOAT –FONSAT)
4. Registra en el sistema los datos demográficos y los datos clínicos.
5. Imprime hoja de ingreso del paciente y obtiene firma del paciente/familiar.
6. Elabora formulario hoja de ruta de acuerdo a los datos del paciente
7. Entrega y obtiene los siguientes formularios “Normas de permanencia en el hospital” y “declaración”
8. Obtiene del paciente una garantía completa la información de la hoja de ruta y obtiene firma del paciente familiar de ser el caso
9. Direcciona al paciente a caja para que realice el abono correspondiente
10. Confirma el abono en el sistema y firma formulario hoja de ruta
11. Direcciona al paciente a la emergencia a fin de que el médico residente elabore la historia clínica
12. Crea expediente del paciente y adjunta la documentación.

SERVICIO NO CONFORME

JEFE – SUPERVISOR DE CAJA

1. Revisa de forma aleatoria los expedientes de los pacientes a los que se haya realizado la admisión validando que la documentación recibida se encuentre registrada en el formulario hoja de ruta lo cual sirve para identificar el servicio que no sea conforme interno de acuerdo a la Tabla 24.
2. Coloca visto bueno en el formulario como evidencia de la revisión efectuada
3. Los registros que se mantendrá del servicio no conforme será de acuerdo al tipo de servicio no conforme
4. Se tomarán las acciones pertinentes
 - a. Para los productos no conformes identificados en la hoja de ruta se registrará la corrección en el campo observaciones.
 - b. Para los productos no conformes identificados en el sistema se registrará la corrección en el formulario hoja de ruta en el campo observaciones
5. Anota diariamente en el registro “Servicio no conforme” (Anexo 13) las no conformidades encontradas en la revisión aleatoria
6. Se analizarán los resultados del producto no conforme a través de reuniones bimestral con los responsables del proceso y de considerarse se levantará acciones correctivas.

4.5. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LIMPIEZA DE HABITACIONES

OBJETIVO

Este manual tiene la finalidad de describir las políticas y el procedimiento a seguir en la Limpieza de las camas ocupadas y desocupadas de las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico.

ALCANCE

Este manual de procedimientos está dirigido a los colaboradores del área de Servicios Generales (limpieza) y Auxiliares de Enfermería.

RESPONSABILIDADES

El control de su cumplimiento será responsabilidad de:

- Personal de Servicios Generales
- Auxiliares de enfermería
- Supervisor de Piso
- Supervisor General
- Jefe de Enfermería

POLÍTICAS

El personal de limpieza deberá cumplir con las siguientes normas:

- Usar mascarilla al realizar la limpieza y recolección interna.
- La mascarilla debe ser descartable y desechable al final de cada turno.
- Faja.

- Usar guantes al realizar la limpieza y recolección interna.
- Los guantes deben ser cambiados con la mínima rotura.
- No presionar la funda de basura al recogerla, así evitará accidentes como pinchazos.
- No mezclar las basuras, fundas rojas con fundas negras.
- Transportar las fundas con desechos en la frecuencia indicada.
- Notificar al jefe inmediato cualquier accidente de trabajo.
- No rayar ni maltratar los carros de limpieza y en caso de existir faltantes notificar al supervisor de turno.
- Queda prohibido la reutilización de fundas que contengan desechos comunes, infecciosos y especiales, debiendo desecharse conjuntamente con los residuos que contengan.
- Es responsabilidad de cada jefe de área garantizar que su personal cumpla estrictamente con las normas antes mencionadas.

La supervisora de piso será responsable de realizar la entrega de insumos de limpieza y el registro “Check list de limpieza de áreas” (Anexo 14), al auxiliar de servicios generales en base a las áreas asignadas para la realización de la limpieza.

Al momento de empezar con el proceso de la limpieza de un área el carro de limpieza deberá permanecer afuera del área. El carro deberá contener únicamente los productos y accesorios necesarios para efectuar la limpieza.

El uso de las mascarillas será obligatorio para efectuar la limpieza de áreas y deberá colocársela antes de su ingreso a la misma.

Los frascos que contienen desinfectantes u otros productos utilizados para la limpieza de habitaciones deberán estar correctamente rotulados.

El auxiliar de servicios generales utilizará o no los guantes en los siguientes eventos:

Utilización

- Recolección de basura
- Limpieza de baños

No utilización

- Manipulación de objetos (puerta, papel higiénico, jabón, entre otros).

Los dispositivos para realizar las mezclas de los productos de limpieza serán verificados por un ente externo anualmente. El Supervisor General custodiará el registro de la verificación del dispositivo.

El Supervisor General o quien designe será responsable de efectuar el control aleatorio del estado de los utensilios de limpieza cuando se lo requiera, debiendo registrar esta verificación en el formulario “Control de Utensilios de Limpieza” (Anexo 15).

El Supervisor General revisará mensualmente y de forma aleatoria el correcto llenado del registro “Control de Utensilios de Limpieza”, debiendo registrar su visto bueno en el registro como constancia de su verificación.

El Supervisor General recibirá mensualmente de Admisión los resultados de la tabulación de las encuestas en cuanto a la percepción de la satisfacción de usuario,

sobre la limpieza de áreas y actualizará la información en el reporte de Excel creada para el efecto.

Es responsabilidad del Supervisor General revisar el reporte de áreas en estado de limpieza, debiendo gestionar su corrección de ser el caso y revisará aleatoriamente y dejará constancia de lo actuado.

El auxiliar de servicios generales será responsable de registrar la limpieza de las áreas en el formulario “Check list de limpieza de áreas” y entregarlo al finalizar el turno a la supervisora general para su control.

El supervisor general revisará las áreas donde se ha realizado la limpieza y declarará en el formulario “Check list de limpieza de áreas- Supervisión” (Anexo 16) en el producto no conforme de ser el caso.

El auxiliar de servicios generales será responsable de realizar la limpieza de las habitaciones desocupadas de acuerdo a lo siguiente:

- Recolección, cambio y entrega de fundas de basura. (Según las políticas del proceso “Manejo adecuado de desechos hospitalarios”)

SERVICIO NO CONFORME

- La superviso general será responsable de tabular diariamente los resultados de la limpieza de áreas y la declaración de producto no conforme de ser el caso en el formulario de “Check list de limpieza de áreas- Supervisor”

- La Administradora revisará aleatoriamente la tabulación de los resultados y las o conformidades declaradas versus el formulario “Check list de limpieza de áreas” para la toma de acciones correctivas de ser el caso.

PROCEDIMIENTOS

Auxiliar de servicios generales

- Recibe instrucciones, insumos de limpieza y registro “Check list de limpieza de áreas” del Supervisor general para realizar la limpieza del área.
- Ejecuta la limpieza del área.
- Elabora el formulario “Check list de limpieza de áreas” y registra la limpieza del área efectuada y coloca su visto bueno en el campo establecido.
- En caso de haber realizado alguna limpieza extra, registra en el campo establecido del formulario.
- El supervisor general durante el turno revisará la limpieza de las áreas y declarará el PNC en el formulario “Check list de limpieza de áreas” de ser el caso.
- Entrega el formulario al Supervisor general una vez realizada la limpieza del área al finalizar el turno.

SERVICIO NO CONFORME

Supervisora General

- Recibe del auxiliar de servicios generales, el formulario “Check list de limpieza de áreas” debidamente firmado

- Registra en el formulario de Excel “Check list limpieza de áreas- Supervisión” la tabulación de los resultados y la declaración del producto no conforme de la limpieza efectuada por el auxiliar de servicios generales.
- Archiva los registros de “Check list de limpieza de áreas” en carpeta y guarda el archivo de tabulación de resultados en carpeta electrónica para su revisión por parte del administrador.

Administrador

- Revisa aleatoriamente el archivo tabulado y solicita al supervisor general los registros del “Check list de limpieza de áreas” para la validación de información, en caso de novedades envía correo al supervisor general para su conocimiento.
- Verifica las no conformidades y de considerarse necesario levanta las acciones correctivas.

4.6. MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS ÁREAS DE EMERGENCIA, QUIRÓFANO Y CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo

Este manual tiene la finalidad de dar a conocer y difundir procedimiento de manejo de desechos comunes e infecciosos que van a ayudar a mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de los involucrados en la cadena de manejo de desechos en la Clínica Del Pacífico.

Alcance

Este manual de procedimientos está dirigido a todos los colaboradores de la Clínica Del Pacífico y de manera especial a aquellos que tienen contacto directo con los desechos hospitalarios.

Para el alcance del sistema de gestión de calidad, se consideraran únicamente los desechos comunes e infecciosos.

Responsabilidades

- Auxiliar de servicios generales
- Auxiliar de administración/mantenimiento
- Enfermeras y auxiliares
- Supervisor general
- Jefes de Administración y mantenimiento
- Jefes de enfermería
- Gerencia

POLÍTICAS

Generalidades

Clínica Del Pacífico realizará la limpieza y almacenamiento de los desechos hospitalarios de acuerdo a la siguiente clasificación:

- Desechos generales o comunes
- Desechos infecciosos

➤ DESECHOS GENERALES O COMUNES

Son aquellos que no representan un riesgo para la salud humana, animal o medio ambiente y que no requiere de un manejo especial, ya que tienen el mismo grado de contaminación y riesgo que los desechos domiciliarios. Ejemplo: papel, cartón, botellas de plástico y vidrio, restos de alimentos, desechos generados en oficina, ramos de flores.

Todo recipiente deberá tener tapa y deberá contener una funda negra.

➤ DESECHOS INFECCIOSOS

Son aquellos que tienen gérmenes patógenos que implican un riesgo inmediato o potencial para la salud humana y que no han recibido un tratamiento previo antes de ser eliminados, incluyen:

- Cultivos de agentes infecciosos y desechos de producción biológicos, vacunas vencidas o inutilizadas, cajas de Petri, placas de frotis y todos los instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos.

- Desechos anatómicos – patológicos: órganos como tejidos, partes corporales que han sido extraídos mediante cirugía, u otro procedimiento médicos.
- Los miembros amputados no forman parte de esta clasificación y por lo tanto no se consideran desechos infecciosos.
- Sangre, sus derivados e insumos usados para procedimientos de análisis y administración de los mismos.
- Fluidos corporales (sangre, orina, heces, sudor, saliva, secreciones vaginales, semen)
- Objetos cortopunzantes que han sido utilizados en la atención de seres humanos, en la investigación y administración de fármacos.
- Todo material e insumos que han sido utilizados para procedimientos médicos y que han estado en contacto con fluidos corporales, como: guantes, baja lenguas, mascarillas descartables, sondas, gasas y esparadrapos utilizados, vendas, toallas sanitarias, pañales desechables, papel higiénico, yeso, campos quirúrgicos descartables, bolsas de suero, envases descartables de pacientes contaminados, sobrantes de comida de los pacientes.
- Todo recipiente de desechos infecciosos deberá tener tapa y funda roja.
- Todos los desechos cortopunzantes deberán ser colocados en recipientes plásticos identificados.

ALMACENAMIENTO

Los tipos de almacenamiento establecidos en Clínica Del Pacífico son los siguientes:

- Almacenamiento de generación (primario): Es el lugar donde se efectúa el procedimiento y representa la primera fase del manejo de los desechos infecciosos, corto punzante, común.

TABLA N° 25

ALMACENAMIENTO PRIMARIO

ALMACENAMIENTO	HABITACIONES	ESTACIONES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL	CUBÍCULOS DE UCI, EMERGENCIA Y QUIRÓFANO
Tachos con fundas rojas para las basuras contaminadas	X	X	X
Tachos con fundas negras para las basuras comunes	X	X	X
Recipientes identificados para los desechos cortopunzantes		X	X

Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico

Elaboración propia

- Almacenamiento final (secundario): es el local que sirve de acopio de todos los desechos generados en la institución accesibles para el personal de servicios generales, personal de mantenimiento y limpieza, municipales encargados de la recolección y para los vehículos de recolección municipal.

RECIPIENTES

Los recipientes que contienen desechos comunes e infecciosos deben ser de material plástico rígido, resistente y con paredes uniformes.

Los recipientes y fundas deben ser de los siguientes colores:

- Rojo: para desechos infecciosos
- Negro: Para desechos comunes

Los recipientes y fundas deberán ser rotulados de acuerdo al tipo de desechos que contienen.

COLORES Y SÍMBOLOS

TABLA N° 26

COLORES Y SÍMBOLOS DE DESECHOS

NEGRO	Desechos comunes		
ROJO	Desechos infecciosos		

*Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

DE LA RESPONSABILIDAD

El director del establecimiento, administrador, médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares de servicios, empleados de la administración y toda persona generadora de desechos infecciosos serán responsables del correcto manejo y vigilancia del cumplimiento de la norma.

CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS SÓLIDOS

- Todos los profesionales, técnicos, auxiliares y personal de cada uno de los servicios son responsables de la separación y depósito de los desechos en los recipientes específicos.
- Los desechos generales y comunes serán depositados en recipientes plásticos de color negro con funda plástica de color negro.

- Los desechos infecciosos y patológicos serán colocados en recipientes plásticos de color rojo con fundas plásticas de color rojo.
- Todo desecho infeccioso, si se trata de material orgánico como placenta, etc deberá ser colocado por el auxiliar de cirugía en doble funda roja bien atada.
- Los desechos cortopunzantes serán recogidos y depositados por el personal de enfermería en os tachos recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales existentes en las estaciones; una vez que cada tacho se llene, el personal de enfermería lo sellará y pedirá ser recogido por el auxiliar de servicios generales.
 - Los recipientes para objetos como agujas y hojas de bisturí serán de plástico rígido y resistente. La abertura de ingreso del recipiente no debe permitir la introducción de las manos.

RECOLECCION DE DESECHOS SÓLIDOS

La recolección de desechos sólidos se realizará utilizando los tachos destinados para el efecto en los siguientes horarios regulares.

TABLA N° 27

HORARIOS RECOLECCIÓN DE DESECHOS

ÁREAS	HORA
Emergencia	Entre 6H00 - 7H00 Entre 10H00 – 11H00 Entre 16H30 – 17H30
Quirófano	De acuerdo al requerimiento
Cuidados intensivos	7H00 – 8H00 13H30 – 14H30 Entre 19H30 - 20H30

*Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

Es obligación que todo el personal que manipula los desechos comunes e infecciosos utilicen las medidas de protección de acuerdo a las normas establecidas como documentos externos.

El auxiliar de servicios generales utilizará obligatoriamente los equipos de protección personal al realizar la recolección de desechos.

TABLA N° 28

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

ÁREA	EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					
	Guantes	Mascarilla	Bata	Terno	Gorro	Zapatos especiales
Emergencia	X	X				
UCI	X	X	X			
Quirófano	X	X		X	X	X

*Fuente: Documentos Clínica Del Pacífico
Elaboración propia*

El auxiliar de servicios generales será responsable de realizar diariamente la recolección de desechos sólidos en las áreas de emergencia, UCI y cirugía.

El auxiliar de servicios generales deberá cumplir con las siguientes normas:

- Usar mascarilla y guantes al realizar la recolección interna
- No presionar la funda de basura al recogerla, se evitara accidentes como pinchazos
- La mascarilla debe de ser descartable
- Los guantes deben de ser cambiados con la mínima rotura
- No mezclar las basuras, fundas rojas con fundas negras
- Transportar las fundas con desechos en horas indicadas.
- Notificar al jefe inmediato cualquier accidente de trabajo

- Queda prohibida la reutilización de fundas que contengan desechos comunes e infecciosos, debiendo desecharlas conjuntamente con los residuos que contengan.
- Cada jefe de área garantizará que su personal cumpla estrictamente con las normas antes mencionadas.

Durante la limpieza diaria, el auxiliar de servicios generales llegara a encontrar en las fundas negras objetos mal clasificados (infecciosos o cortopunzantes) deberá notificar inmediatamente a su jefe inmediato de turno, a su vez este comunicará verbalmente en la estación de enfermería a la Lcda. Supervisora de turno la novedad y por escrito a Supervisión general para su gestión con la jefatura de enfermería.

El auxiliar de servicios generales deberá depositar y trasladar los tachos recolectores al almacenamiento correspondiente.

TRANSPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y ENTREGA FINAL DE DESECHOS SÓLIDOS

- La recolección y transporte interno de los desechos, desde las fuentes de generación hasta los sitios de almacenamientos, deberá realizarse mediante el uso de recipientes plásticos con tapas, ruedas de fácil manejo.
- Los desechos serán recolectados, debidamente clasificados y empacados para transportarlos desde los sitios de generación al almacenamiento final.
- El auxiliar de servicios generales dependiendo del horario transportará la basura en los tachos rodantes del almacenamiento primario hasta el almacenamiento final, debiendo llevar el tacho rodante con la tapa cerrada y utilizando los guantes.
- El auxiliar de servicios generales será responsable de trasladar los carros colectores al almacenamiento final donde se pesará.

- El auxiliar de administración/mantenimiento será responsable de verificar el peso de los carros recolectores y registrará la información requerida en el formulario “Control de desechos Clínica Del Pacífico” (Anexo 17).
- El auxiliar de administración o mantenimiento deberá colorar y llenar el sticker de identificación de desechos infecciosos a las fundas rojas. Como un control en la Clínica Del Pacífico se colocará una amarra plástica de seguridad una vez verificados el peso de los carros recolectores.
- El auxiliar de administración o mantenimiento verificará la balanza utilizada para pesar los desechos infecciosos, a través de la pesa patrón establecida y registrará su verificación en el formulario “Control de desechos de la Clínica Del Pacífico”
- El jefe de administración y mantenimiento será responsable de entregar al auxiliar de administración y mantenimiento los equipos de protección personal necesarios para el manejo adecuado de desechos. (Anexo 18)

ENTREGA DE DESECHOS A LA EMPRESA RECOLECTORA

- La entrega de desechos comunes se realizará a la empresa encargada de la recolección, barrido, transporte y disposición final de los desechos sólidos no peligrosos
- El auxiliar de servicios generales (encargado) deberá diariamente por las noches llevar los tachos rodantes que se encuentren en el cuarto de basura (almacenamiento final) al exterior de la Clínica para que sean retirados por el camión recolector de basura.
- El jefe de administración /mantenimiento o persona que se designe firmará el registro “Manifiesto único de entrega, transporte y recepción de desechos

infecciosos” (en la frecuencia de recolección de desechos establecida) como constancia de la entrega de los desechos infecciosos. El jefe de administración y mantenimiento custodiara el registro en mención en carpeta física del año en curso.

- El jefe de administración y mantenimiento custodiará en carpeta física del año en curso el “Certificado de gestión de recursos peligrosos” entregado de forma periódica por la empresa recolectora de desechos infecciosos como constancia de la disposición final y tratamiento de los mismos.

PRODUCTO NO CONFORME

- El auxiliar de mantenimiento será responsable de identificar el producto no conforme y corregir el mismo a través de la revisión aleatoria de las fundas que contienen los desechos. La revisión deberá realizarse con los EPP: overol, guantes, mascarillas, botas y gorros desechables
- El auxiliar de administración será responsable de registrar en el formulario “Control de desechos de la Clínica Del Pacífico” los campos necesarios por la revisión efectuada de producto no conforme.
- Trimestralmente, el jefe de administración/mantenimiento realizará reuniones para analizar los resultados de producto no conforme.

PROCEDIMIENTOS

Auxiliar de servicios generales

- Se coloca los EPP de acuerdo al área donde se recolecta la basura.
- Traslada el carro recolector de basura al área en la que efectuará la recolección y lo coloca en la parte externa de la misma.

En las áreas comunes

- Recoge las fundas pequeñas de basura y las recolecta en una más grande clasificándolas según el color rojo o negro para luego colocarlas en el tacho y poner nuevas fundas.
- Coloca el sticker a las fundas rojas y negras en el caso de las áreas comunes y las identifica llenando los campos.
- Deposita las fundas de basura y traslada el tacho recolector al almacenamiento correspondiente.

TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y ENTREGA FINAL DE DESECHOS SÓLIDOS

Auxiliar de servicios generales

Se coloca el EPP, retira los tachos recolectores del almacenamiento.

Coloca el tacho recolector de fundas rojas y verifica el peso

Notifica al auxiliar de administración que verifique el peso en la balanza e indica de donde provienen los tachos recolectores de los desechos.

Auxiliar de administración

Verifica el peso del tacho recolector rojo y registra la información del peso y de donde provienen los tachos en el formulario “Control de desechos de Clínica Del Pacífico”.

En caso de encontrar novedad informa al auxiliar de servicios.

Llena y coloca el sticker (Anexo 19) de identificación de desechos infecciosos en las fundas rojas que están en los recolectores correspondientes.

Coloca la amarra plástica de seguridad en cada tacho recolector

Auxiliar de servicios generales

Traslada los tachos recolectores al almacenamiento final hasta el retiro de los desechos por parte de la empresa recolector.

PRODUCTO NO CONFORME

Auxiliar de administración / mantenimiento – manejo de desechos

Revisa diariamente (por lo menos un contenedor de cada tipo de desechos) de forma (en cualquier momento del día) para las fundas de color negro y rojo, ubicadas en el almacenamiento final o durante su traslado a este. La revisión consistirá en abrir las fundas y realizar una verificación visual del contenido.

Se considerara producto no conforme si encontrase desechos infecciosos en la funda de color negro y desechos comunes en las fundas rojas.

Toma fotos del producto no conforme identificado en las fundas y de la etiqueta.

Coloca los desechos infecciosos y comunes en las fundas que corresponda.

Notifica de los mismos al administrador.

Registra la revisión de las fundas y anota los productos no conformes corregidos en el registro “Control de desechos de la Clínica Del Pacífico”

Jefe de mantenimiento

Recibe las fotos tomadas por el auxiliar de administración /mantenimiento y remite a las áreas involucradas las novedades encontradas.

Analiza los resultados del producto no conforme y de considerarse necesario levantará acciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este desarrollo del proyecto permite analizar cuáles son los requisitos con los que cuenta la Clínica del Pacífico para una implementación futura de la Norma ISO 9001:2008. La finalidad de la normativa es el cumplimiento de las políticas y procedimientos en todos sus estándares de calidad que permita a la empresa la integración del personal con un alto conocimiento de acuerdo al área enfocada en este caso de emergencia, cuidados intensivos y quirófano, ser más competitiva y ofertar de mejor manera sus servicios.

De acuerdo a los objetivos propuestos en esta investigación las conclusiones son:

- Se identificó los procesos que afectan directamente en la calidad del servicio del paciente, para diseñar un SGC óptimo que regule y controle la eficacia de las operaciones.
- Se elaboró un mapa de procesos que permite a la Clínica Del Pacífico tener un control continuo de los mismos considerados necesarios de un SGC.
- La Clínica Del Pacífico no cuenta con la documentación necesaria para un SGC, por lo que se estableció la política, objetivos y manual de la calidad que incluye el compromiso organizacional de la Clínica del Pacífico para el logro de la satisfacción de sus pacientes, que son la esencia para que el SGC brinde resultados significativos.

- Se realizó la descripción óptima de los procesos en base a los requisitos exigidos por la norma para las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano, asegurando la calidad del servicio brindado por la Clínica Del Pacífico. Adicional, se identificó los procesos que se involucran en el desarrollo de un SGC, estableciendo la caracterización de cada uno de ellos.

- En cuanto a los procesos, los empleados tienen claros los lineamientos de forma general y empírica para la ejecución de sus actividades diarias, sin embargo no están planteados en un documento lo cual conlleva a que los procesos no se ejecuten de forma correcta. Se procedió a realizar el levantamiento de información para estructurar los manuales de políticas y procedimientos.

RECOMENDACIONES

Generar en los empleados un compromiso organizacional comprendido por una cultura de calidad para ejecutar las actividades de forma correcta y oportuna buscando la satisfacción plena del paciente.

Capacitar al personal de forma continua y permanente sobre los manuales de políticas y procedimientos establecidos en la propuesta del proyecto para admisión, limpieza y manejo de desechos de las áreas de emergencia, quirófano y cuidados intensivos.

Implementar los Manuales de Políticas y Procedimientos para los procesos de admisión, limpieza y manejo de desechos de las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la Clínica Del Pacífico. Ejecutar las actividades de acuerdo a lo que indican los manuales evitará a la Clínica Del Pacífico caer en contingencias.

Establecer un plan periódico de Medición del Desempeño en el que se evalúe las actividades de los empleados y verificar el completo cumplimiento de los manuales.

BIBLIOGRAFÍA

Campos, M. Á. (2005). *Gestión de Calidad*. Barcelona, España: UPC.

Clemenco, J. E. (2009). *Auditoría de Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001:2008*.

Creative Commons.

COTECNA. (2012). *Programa de Formación en Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9000:2009*.

Deming, E. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La salida de la Crisis*.

Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Duran, M. U. (1992). *Gestión de Calidad*. España, Madrid: Editorial Díaz de Santos S.

A.

Gesellschaft, C. D. (1995). *Sistema de Perfeccionamiento Profesional, Organización de los Procesos*. Medellín.

Harrington H, J. y. (1997). *Administración Total del Mejoramiento Contínuo* . Bogotá:

Mc. Graw Hill.

Hurtado, F. A. (2005). *Gestión y auditoría de la calidad para organizaciones públicas*.

Colombia: Universidad de Antioquía .

Joseph, J. (1990). *Jurán y la Planificación para la calidad*. Madrid: Ediciones Díaz

Santos.

Juran, J. (1996). *Juran y la Calidad por el Diseño*. Madrid (España): Diaz de Santos.

Lamata, F. (1998). *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Diaz de Santos.

Malagón - Londoño, G., Galón Morera, R., & Pontón Laverde, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.

Martínez, C. (2002). *Administración de Organizaciones*. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de Cuidados Intensivos*. Madrid.

Miranda, F. J. (2007). *Introducción a la gestión de calidad*. Delta Publicaciones.

Parasuranam, Z. y. (1993). *Calidad Total en la Gestión de los Servicios*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.

Pastor, G. R. (s.f.). *Implantación e Integración de Sistema de Gestión Entregada*. Madrid, España: Editoria Vision Net.

Rada, A. R. (2004). *Auditoría de Calidad*. 42.

Rey, S. L. (2006). *Implantación de un Sistema de Calidad*. España: Ideaspropias Editorial.

Schmalbach, J. C., & Herrera, T. J. (2010). *La gestión de la calidad en los servicios ISO 9001:2008*. España: Eumed - Universidad de Malaga.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo*. Recuperado el 4 de agosto de 2013, de <http://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2009-2013/>

Speeding, S. C. (1979). *Introducción a Sistemas Agrícolas*. Inglaterra: Editorial Ciencias.

Vértice, E. (2010). *Gestión de la Calidad (ISO 9001-2008)*. España: Vértice.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta Hospital Clínica del Pacífico



Medición de Satisfacción del Paciente del Hospital Clínica del Pacífico

ATENCIÓN DE ADMISIÓN

	Emergencia	Admisión
Su ingreso fue por...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	0 a 10 minutos	15 a 20 minutos
La admisión se realizó en...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Excelente	Normal
La cordialidad recibida durante la admisión fue...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Excelente	Deficiente

ATENCIÓN MÉDICA

	Lo visitó	No lo visitó
¿Cómo ha sido el trato recibido por el médico tratante durante su atención?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Excelente	Normal
¿Cómo ha sido el trato recibido por el médico residente durante su atención?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Excelente	Deficiente

SERVICIO DE ENFERMERÍA

	Excelente	Normal
¿Cómo ha sido el trato recibido por Enfermería durante su atención?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	0 - 5 minutos	Más de 5 minutos
¿Cuál ha sido el tiempo de espera en la atención de enfermería?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Excelente	Deficiente

CALIDAD DE ATENCIÓN

	Excelente	Normal
¿Cómo ha sido el trato recibido por el personal administrativo durante su atención?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cómo calificaría la limpieza del área en la que se encontraba?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cómo calificaría la limpieza general del Hospital Clínica del Pacífico?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Si	No
¿Estaría usted de acuerdo que la Clínica del Pacífico se base en una norma internacional para mejorar la calidad del servicio?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 2





ANEXO 3

AUDITORES: VERA PARRA KARY ESTEFANÍA
PEÑA TRIVIÑO ISRAEL GUILLERMO

REF.	PREGUNTAS	RESPUESTA	OBSERVACIONES
	REQUISITOS GENERALES		
4.1.	Identificación de los procesos necesarios para el SGC		
	Se aplica los procesos en la organización	SI	
	Métodos o criterios para asegurar el funcionamiento y control de estos procesos	NO	
	Disponibilidad de recursos e información necesaria para los procesos	NO	
	Seguimiento de los procesos	NO	
	Acciones necesarias para alcanzar objetivos y mejora continua de los procesos	NO	
	Gestiona procesos de acuerdo a la norma	NO	
	Identificación de los procesos controlados externamente en el SGC	NO	
		DOCUMENTACIÓN DEL SGC	
4.2.	Política y objetivos de calidad establecidos	NO	
	Procedimientos documentados requeridos según la norma	NO	
	Documentación para la planificación y control de los procesos por la organización	SI	No se han documentado todos los procesos al momento.
	Registros exigidos por la norma	NO	
	MANUAL DE CALIDAD		
4.2.2.	Alcance del SGC	NO	
	Procedimientos establecidos por el SGC o sus referencias	NO	
	CONTROL DE DOCUMENTOS		
4.2.3	Aprobación de documentos antes de su edición	SI	
	Actualización de documentos	NO	
	Almacenamiento de los documentos	SI	
	Control de documentos obsoletos	NO	
4.2.4	CONTROL DE LOS REGISTROS DE CALIDAD		
5.1.	Evidencia de su compromiso para el desarrollo del SGC	NO	En análisis la propuesta de implementación de un SGC
8.2.2.	Auditorías internas	NO	
8.3	Control de producto no conforme	NO	
8.5.2	Acciones correctivas	NO	

AUDITORES: VERA PARRA KARY ESTEFANÍA
 PEÑA TRIVIÑO ISRAEL GUILLERMO

REF.	PREGUNTAS	RESPUESTA	OBSERVACIONES
8.5.3	Acciones preventivas	NO	
5.6.1	Revisión por la dirección	NO	
6.2.2	Educación. Formación habilidades y experiencia	SI	
7.1.	Evidencia de que los procesos y el resultado cumple los requisitos	NO	
7.2.2	Resultados de revisión de requisitos relacionados con el producto y de las acciones originadas por la misma	NO	
7.3.2	Diseño y desarrollo del producto	N/A	
7.3.4	Resultados de las revisiones del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria	N/A	
7.3.5	Resultados de la verificación del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria.	N/A	
7.3.6	Resultados de la validación del diseño y desarrollo de cualquier acción que sea necesaria	N/A	
7.3.7	Resultados de la revisión de los cambios del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria	N/A	
7.4.1	Resultados de las evaluaciones del proveedor y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas	SI	
7.5.2	Según se requiera por las organizaciones demostrar la validación de los procesos donde los productos resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores.	NO	
7.5.3	Identificación única del producto, cuando la trazabilidad sea un requisito.	NO	
7.5.4	Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que, de algún otro modo, se considere inadecuado para su uso.	NO	
7.6	La base utilizada para la calibración o la verificación del equipo de medición cuando no existen patrones de medición nacionales o internacionales.	NO	
	Resultados de la calibración y la verificación del equipo de medición.	NO	
8.2.2	Resultados de la auditoría interna y de las actividades de seguimiento.	NO	
8.2.4	Identificación de las personas responsables de la liberación del producto.	SI	
8.3	Naturaleza de las no conformidades del producto y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.	NO	
8.5.2	Resultados de las acciones correctivas tomadas	NO	
8.5.3	Resultados de las acciones preventivas tomadas	NO	

ANEXO 4

REQUISITOS DE PACIENTES PARA LA ADMISIÓN

PARTICULAR

- Copia del documento de identificación
- Garantía y abono
- Orden de ingreso particular del médico tratante de ser el caso
- Orden de ingreso (desde emergencia) de ser el caso

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Hoja de ruta
- Formulario de normas de permanencia en el hospital
- Carta de declaración (según el caso)
- Hoja de ingreso (electrónica o manual)

CON SEGURO MÉDICO

- Copia del documento de identificación
- Garantía y abono
- Orden de ingreso particular del médico tratante de ser el caso
- Orden de ingreso (desde emergencia) de ser el caso
- Carnet del seguro
- Carta de autorización del seguro

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Hoja de ruta
- Formulario de normas de permanencia en el hospital
- Carta de declaración (según el caso)
- Hoja de ingreso (electrónica o manual)
- Aceptación por diferencia de habitación

IESS

- Copia del documento de identificación
- Documento IESS que certifique afiliación activa
- Garantía y abono
- Orden de ingreso (desde emergencia) de ser el caso

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Hoja de ruta
- Formulario de normas de permanencia en el hospital
- Carta de declaración (según el caso)
- Hoja de ingreso (electrónica o manual)
- Aceptación por diferencia de habitación

Afiliados que hagan atender a sus hijos

- Partida de Nacimiento (menores de 18 años)

Pacientes derivados

- Carta de traslado (aprobado)
- Solicitud de procedimiento (aprobado)

Jubilados o montepío

- Copia de carnet de jubilación o montepío

Seguro campesino

- Copia de carnet de afiliación de la comuna
- Copia de la cedula del jefe de familia
- Original de la transferencia de la comuna
- Copia del último pago actualizado

SOAT Y FONSAT

- Copia del documento de identificación
- Garantía (por falta de documentación)
- Orden de ingreso (desde emergencia) de ser el caso

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- Hoja de ruta
- Formulario de normas de permanencia en el hospital
- Hoja de ingreso (electrónica o manual)

SOAT

- Copia de matrícula
- Copia de póliza SOAT actualizada
- Copia de cédula del dueño del vehículo
- Copia de la parte judicial, CTE o denuncia.

Fonsat

- Copia de parte judicial, CTE o denuncia

Si el vehículo es de una empresa

- Copia del RUC
- Nombramiento representante legal
- Copia de cédula representante legal

ANEXO 6

ORDEN DE INGRESO	
Datos Básicos	
Tipo de ingreso:	Fecha:
Nombre del Paciente:	
Médico Tratante:	
Tipo de Atención:	AMBULATORIA HOSPITALARIA
UCI () UCC () C. INTER. () M. GRAL. () NEONATO () OTRO ()	
Diagnósticos:	
1.-	
2.-	
3.-	
Sello y firma Médico Residente	

ANEXO 9

**HOSPITAL CLÍNICA DEL PACÍFICO
RECIBO CAMBIO DE HABITACIÓN**

FECHA:
HABITACIÓN:
MOTIVO:
OBSERVACIÓN:
PACIENTE:

DESCRIPCIÓN	ANTERIOR	CAMBIO
-------------	----------	--------

DPTO.
CARGO
CANT. CAMAS
UBICACIÓN

AUTORIZADO

CAJERO

ANEXO 10

ACEPTACIÓN POR DIFERENCIA DE HABITACIÓN			
DATOS:			
Apellidos y Nombres del Paciente:		Fecha de solicitud:	
Apellidos y Nombres del Solicitante:		Parentesco:	
SOLICITUD DURANTE LA ADMISIÓN		SOLICITUD DURANTE LA ATENCIÓN	
Aplica cuando el paciente o familiar solicita una habitación diferente a lo autorizado por el Seguro Médico.		Aplica cuando el paciente o familiar solicita un cambio de habitación que ya tiene asignada.	
Tipo de habitación cubierta:	Tipo de habitación solicitada	Tipo y No. De habitación actual:	Tipo de Habitación Solicitada:
Motivo de cambio:		Motivo de cambio:	
Firma del solicitante:	Personal de caja /admisión	Firma del solicitante:	Personal de caja /admisión
<p>En relación al proceso de ingreso de fecha _____, del cual fui notificado e informado debidamente al momento de ingresar mis datos y demás información en el "Servicio de Caja - Admisión" del Hospital Clínica del Pacífico, dejo constancia de conocer que la diferencia restante del valor de la habitación que corresponde utilizar como afiliado a _____, y el de la habitación que he solicitado asciende a _____ por día de hospitalización, monto que asumiré directamente, abonaré y cancelaré según los procedimientos establecidos por la institución, antes de egresar de la misma, de lo cual dejo constancia a través del presente.</p>			
<p>_____</p> <p>Firma de Aceptación</p>			

ANEXO 11

DECLARACIÓN

Yo, _____, titular de la cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto que se me ha informado y he comprendido que la CLÍNICA DEL PACÍFICO ubicado en el cantón Genera Villamil Playas, al momento no dispone de camas que destinen al servicio de pacientes afiliados al IESS, bajo los términos y condiciones establecidos en las normas que rigen la relación de esta unidad médica con el IESS.

Dado que es mi voluntad expresa ingresar y ser atendido en la CLÍNICA DEL PACÍFICO, a pesar de imposibilidad de ingreso con cargo al IESS, asumiré por mi cuenta todos los costos que se causaren como paciente particular. Aseguro no poseer ningún tipo de seguro particular vigente del que pueda hacer uso.

Acepto y entiendo que lo aquí declarado es irrevocable y no puede ser materia de retractación.

C.C. No. _____

Guayaquil, ___ de _____ de 20__

ANEXO 12

NORMAS DE PERMANENCIA EN LA CLÍNICA DEL PACÍFICO

Estimado Paciente:

Conscientes de las circunstancias especiales que rodean su estadía, se recomienda lo siguiente:

- Los procedimientos médicos y de diagnósticos que requiera para su evolución y recuperación, ordenados por su médico tratante, le serán proporcionados exclusivamente a través de los servicios de la Clínica Del Pacífico.
- Las medicinas suministradas durante su permanencia son proporcionadas únicamente por la Farmacia que se encuentra dentro de nuestra instalación.
- El día de hospitalización se cumple cada 24 horas calculado desde la hora de su ingreso. Una vez que su médico tratante haya establecido el alta es recomendable pedir su cuenta con anticipación a la hora de salida, para así poder recopilar la información de forma oportuna.
- Se prohíbe el ingreso de menores de edad en etapa escolar al Hospital en calidad de visitantes.
- Para el uso del servicio de Wifi debe solicitar la clave en admisión.
- Si usted posee algún seguro privado, debe ser indicado en el momento de su admisión para poder indicarle los beneficios que posee dentro del Hospital.
- La hora de visita termina a las 20h00, la persona autorizada para acompañar al paciente durante la noche, deberá entregar su identificación al personal de seguridad del Hospital y recibir una tarjeta como visitante.

ANEXO 13

REGISTRO SERVICIO NO CONFORME						
FECHA DE CONTROL	CAJERO ADMISIONISTA	NOMBRE DEL PACIENTE	NO. HOJA DE RUTA	FECHA INGRESO PACIENTE	NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES

ANEXO 19

STICKER DE DESECHOS INFECCIOSOS

FECHA: _____ **HORA:** _____

TIPO DE DESECHO: _____

**ÁREA-
HABITACIÓN:** _____

RECOLECTOR: _____

