

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE
GUATEMALA
Facultad de Ingeniería



“Propuesta de Implementación de un Sistema de
Gestión de Calidad para la Atención y Servicio
al Usuario en Enfermería del Hospital San
Rafael de Quetzaltenango”

Trabajo de graduación presentado por
Rodrigo José Vielman de León para optar al
grado académico de Licenciado en Ingeniería
Industrial

Guatemala

2016

**“Propuesta de Implementación de un Sistema de
Gestión de Calidad para la Atención y Servicio
al Usuario en Enfermería del Hospital San
Rafael de Quetzaltenango”**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE
GUATEMALA
Facultad de Ingeniería



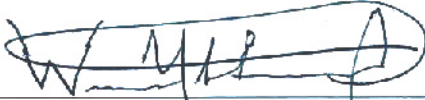
“Propuesta de Implementación de un Sistema de
Gestión de Calidad para la Atención y Servicio
al Usuario en Enfermería del Hospital San
Rafael de Quetzaltenango”

Trabajo de investigación presentado para optar
al grado académico de Licenciado en Ingeniería
Industrial

Guatemala

2016


Vo. Bo. :

(f) 
Inga. Wendy Yolanda Morales Quiroa

Tribunal Examinador:

(f) 
Ing. Ingrid De León Vilaseca

(f) 
Ing. César Silva

(f) 
Inga. Wendy Yolanda Morales Quiroa

Fecha de Aprobación: 25 de febrero de 2016 /

PREFACIO

Este trabajo nace de la necesidad del Hospital San Rafael de establecer procedimientos estandarizados así como mejorar la calidad de los servicios de enfermería. A raíz de esta necesidad, se establecen las líneas de este trabajo, cuya finalidad es la implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para controlar los parámetros de calidad.

Deseo agradecer de primero a mis padres, Sergio Vielman y Sonia María de Vielman, a mis abuelos Dr. Oscar de León y Sonia de De León, por el amor y apoyo mostrado durante los años de la carrera, por alentarme a seguir adelante y perseverar hasta el final.

Agradezco a la Ingeniera Wendy Yolanda Morales Quiroa por su apoyo y guía durante la elaboración del trabajo, siendo parte fundamental para la conclusión del mismo.

Le agradezco a Licenciada Annelise Fernández de De León por haberme guiado y ayudado con sus conocimientos en el tema, así como su apoyo incondicional durante el desarrollo.

ÍNDICE

PREFACIO	i
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
A. GENERAL.....	2
B. ESPECÍFICOS.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	3
A. Calidad	3
1. Conceptos generales.....	3
2. Sistema de calidad.....	4
3. Sistema de Gestión ISO 9001.....	5
IV. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA.....	10
A. Reseña histórica del Hospital San Rafael	10
B. Misión y visión.....	10
C. Organización de la institución	10
D. Funciones del área de enfermería	11
E. Infraestructura	12
V. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	13
A. Diagrama Ishikagua	13
B. FODA actual	14
C. Encuesta	15
1. Marco metodológico	15
2. Tipo de investigación	15
3. Población y muestra	16
4. Alcances y limitaciones.....	16

D. Estudio de tiempo enfermería.....	24
E. DOP's.....	25
1. Cesárea:.....	26
2. Parto normal:.....	27
3. Apendicectomía:	28
F. Mejoras en los procesos de enfermería:	29
1. Encamamiento:.....	29
2. Sala de operaciones:.....	29
3. Maternidad y pediatría:	30
4. Seguridad Industrial:	30
5. Análisis de resultados.....	32
6. Propuesta de Implementación	37
VI. DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD	38
A. Política de calidad	38
B. Objetivos de calidad	38
C. Elaboración de la documentación	39
D. Implementación de la documentación	42
E. Compromiso de la dirección	43
F. Participación del personal	43
G. Asignación de responsabilidades.....	43
H. Comunicación interna	46
I. Gestión de recursos.....	46
J. Infraestructura	47
K. Ambiente de trabajo	47
L. Auditorías internas.....	47
M. Análisis de datos.....	49
N. Revisión de la dirección del hospital.....	49
VII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA	51

A. Resultados esperados.....	57
VIII. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO	61
A. Costos de implementación.....	61
B. Costos de mantenimiento.....	62
IX. Mejoras de gestión ambiental.....	64
X. CONCLUSIONES	67
XI. RECOMENDACIONES	69
XII. BIBLIOGRAFÍA	70
XIII. EGRAFÍA	71
XIV. ANEXOS	72
A. Anexos de documentos.....	72
B. Anexo de evaluación del diagnóstico actual	11
C. Anexo de la encuesta en el área de enfermería	18
D. Anexo de la asignación de responsabilidades	19
E. Anexo del cronograma.....	22
F. Manual de calidad	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama del hospital.....	11
Figura 2: Diagrama Ishikagua situación actual de enfermería.....	13
Figura 3: DOP´s procesos.....	26
Figura 4: Diagrama de flujo de la implementación de documentación.....	40
Figura 5: Organigrama del equipo de calidad.....	44
Figura 6: Diagrama de flujo auditorías internas.....	48
Figura 7: Diagrama de flujo de implementación general del sistema de gestión de calidad...55	
Figura 8: Diagrama de flujo de la gestión ambiental.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operaciones más recurrentes en Hospital San Rafael	25
Tabla 2: Abreviaturas, descripción y ponderación.....	31
Tabla 3: Resultados del diagnóstico.....	32
Tabla 4: Resultados antes y esperados después de la implementación.....	59
Tabla 5: Costos reales de implementación.....	61
Tabla 6: Costos de mantenimiento.....	62
Tabla 7: Costos totales por mes.....	63

RESUMEN

Este trabajo de graduación plantea la propuesta de un sistema de gestión de calidad en el área de enfermería del Hospital San Rafael de Quetzaltenango. Con la propuesta de implementación del sistema de calidad se busca realizar la evaluación de capacidad a nivel organizacional para cumplir con los requisitos del cliente, además de prevenir las no conformidades.

El objetivo del trabajo es analizar la situación actual del área de enfermería del Hospital San Rafael y sobre esto se debe diseñar e implementar el sistema de gestión de calidad, demostrando que a través del desarrollo, implementación y mantenimiento del mismo, le permitirá mejorar la competitividad y lograr un alto grado de satisfacción del cliente.

La norma ISO 9001:2008 fue la herramienta utilizada para el estudio la cual se revisó y se interpretó cada uno de los requisitos para realizar el diagnóstico del área y partiendo de los resultados se establecieron las bases para el diseño del sistema.

Se considera que para poner en marcha los procesos y mejoras que conlleven a garantizar la mejor calidad de la prestación de dichos servicios, es necesario el compromiso de la dirección y todo el personal, especialmente los que ejercen el liderazgo dentro del hospital.

Como último punto se expondrán las conclusiones referentes al trabajo realizado en cuanto a la implementación del sistema de gestión de calidad y las recomendaciones para mantener dicho sistema funcionando apropiadamente y acorde a los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad es importante que toda institución pública y privada se oriente a los sistemas de gestión de calidad. Los usuarios son la razón de ser de todo proceso o servicio y la calidad brindada hacia ellos debe ser el principal objetivo. Basados en esta orientación se plantea un mejoramiento continuo de la organización en los servicios de salud y atención al cliente.

Hay una gran preocupación por las inconformidades de los pacientes últimamente por lo que se tiene una gran presión en mejorar los servicios hacia ellos. Esto se debe a la poca organización en el trabajo, ineficaz control de procesos y la falta identificación de los empleados con la calidad. Por lo que se pretende ordenar, estandarizar y organizar los procesos de enfermería para brindar un mejor servicio e implementar el mejoramiento continuo basado en la norma ISO 9001:2008.

Es por ello que entra en consideración la norma ISO 9001, la cual establece los requisitos para implementar y mantener un buen sistema de gestión de calidad que pueda utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones. El sistema de gestión de calidad bajo la norma 9001:2008 en el área de enfermería del Hospital San Rafael tiene como finalidad que se integren los procesos, los procedimientos y los responsables de cada actividad para mejorar la gestión en el hospital.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Realizar una propuesta para implementar un sistema de gestión de calidad para el proceso de atención al usuario en el área de enfermería del Hospital San Rafael de Quetzaltenango.

B. ESPECÍFICOS

1. Identificar la situación actual de los servicios del área de enfermería mediante una evaluación diagnóstica que permita detectar las deficiencias acordes a la norma ISO 9001:2008.
2. Describir los procesos actuales de atención y servicio al usuario en el área de enfermería.
3. Analizar los procesos existentes y establecer planes de mejora continua.

III. MARCO TEÓRICO

A. Calidad

El concepto de calidad se considera como el juicio global del cliente acerca de un estilo de prestación de servicio o características de un producto. La calidad es un término que busca transmitir la imagen de algo mejor. Representa el cómo realizar las cosas para que predomine la preocupación por satisfacer las necesidades de los clientes y mejorar cada día los procesos y obtener mejores resultados. Actualmente la concepción de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en todo tipo de organización a todos los niveles de la misma.

Los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios y productos que obtengan la satisfacción del cliente al menor costo posible. La calidad es una forma de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización empezando desde la dirección, que debe formular la política de calidad de la institución y ser impulsora del cambio. (Miranda, 2007)

1. Conceptos generales

a. Aseguramiento de la Calidad

Se define como la actividad sistemática y documentada que tiende a asegurar que los productos, procesos y servicios se realicen de una forma controlada y de acuerdo a las necesidades del cliente. El aseguramiento de la calidad tiene como objetivo dar confianza a la dirección y al cliente de que se respetarán y se cumplirán las necesidades y especificaciones a través del uso de procesos que se controlan. (Velasco, 1994)

b. Control de calidad

Podemos definir el control de calidad como el proceso de evaluación de desviaciones de un proceso o producto y la solución de las mismas mediante acciones correctivas para el cumplimiento de los objetivos de calidad, y por lo tanto asegurar la calidad de nuestro servicio con la finalidad que satisfaga las necesidades de los clientes. (Miranda, 2007)

c. Eficiencia

Es la capacidad de obtener los mejores resultados con una mejor calidad al menor costo posible. (Alvarez, 2001)

d. Efectividad

El grado en el que una organización es capaz de lograr sus metas. (Lusthaus, 2002)

e. Servicios

Producto generalmente intangible que es el resultado de al menos una actividad desarrollada durante la relación entre proveedor y el cliente. (ISO 9000, 2005)

f. Procesos

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados con un valor añadido. (ISO 9000, 2005)

2. Sistema de calidad

Un sistema de calidad es la estructura organizativa, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad. Se aplica en todas las actividades realizadas en la institución, ya sea de productos o de servicios y afecta las necesidades del paciente desde el momento de la admisión hasta el alta del paciente. Tanto los productos comercializados, como los servicios prestados por una institución, tienen que cumplir con los requisitos que el cliente exige. (López, 2006)

Un sistema de gestión de calidad posee las siguientes características:

- Toma en cuenta el servicio que se ofrece.
- Diseñado de acuerdo con los objetivos particulares y a la cultura organizacional de la empresa.
- Es diseñado de acuerdo con el tamaño y la complejidad de la institución.
- Está orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.
- Es conocido y atendido por toda la organización.
- Orientado a la prevención de las deficiencias de la calidad y a la mejora continua.
- Debe ser un sistema eficaz. (López, 2006)

Beneficios de implementar el sistema de gestión de calidad

Entre los beneficios más evidentes de gestionar los procesos según la norma ISO 9001:2008 se pueden mencionar:

- Establecer objetivos, alineación y cumplimiento de ellos.
- Establecer indicadores que permitan la implementación de estrategias.
- Disminución de clientes insatisfechos.
- Disminución en la pérdida de clientes por la mala calidad en productos y/o servicios.
- Mejorar la imagen y diferenciar los servicios ofreciendo una garantía adicional de que esto cumplirá con las especificaciones, necesidades y expectativas del cliente.
- Gran oportunidad para el análisis, simplificación, mejoramiento y documentación de procesos productivos y administrativos que afecten directamente la calidad de los servicios.
- Mayor énfasis en la prevención de problemas que en la corrección de problemas.
- Mayor desarrollo del personal al diseñar, documentar e implantar la mejor forma de hacer las cosas.
- Mantener al personal con la idea de innovar y mejorar la organización. (López, 2006)

3. Sistema de Gestión ISO 9001

Las normas ISO 9000 se definen como una serie de estándares internacionales que detallan recomendaciones y requerimientos para el diseño y valoración de un sistema de gestión que asegure que los servicios satisfacen los requerimientos especificados. (ISO 9001, 2008)

La norma ISO 9001, que forma parte de las normas ISO 9000, ha sido elaborada por el comité técnico ISO/TC176 de la organización internacional para la estandarización y establece los requisitos para un buen sistema de gestión de calidad que puede utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. La versión con la que se cuenta actualmente de ISO 9001 corresponde al año 2008. (ISO 9001, 2008)

Este sistema de gestión de calidad está compuesto por los siguientes aspectos:

1. Procedimientos: responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.
2. Procesos: responden a la sucesión de operaciones dirigidas a la consecución de un objetivo específico que permite satisfacer las necesidades de los clientes.

3. Recursos: no solamente económicos, también humanos, técnicos y de cualquier tipo que estén definidos de forma estable y circunstancial. (ISO 9001, 2008)

a. Definición y alcance

La norma ISO 9001:2008 según su definición especifica los requisitos para los sistemas de gestión de calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos y servicios que cumplan con los requisitos de sus clientes y la base de sus reglamentos, ya sea sobre la totalidad de sus procesos o sobre un área en particular, también es aplicada con el fin de incrementar la satisfacción de sus clientes por medio de la correcta aplicación del sistema de gestión de calidad. (ISO 9000, 2008)

b. Campos de aplicación de la norma ISO 9001:2008

Según lo definido los requisitos de esta norma internacional son genéricos por lo que se pretende sean aplicables a todo tipo de organización sin importar el tipo, tamaño y producto o servicio suministrado. Hace énfasis que depende de los procesos con que cuenta la organización uno o varios requisitos de la norma ISO 9001:2008 no se podrán aplicar por lo que se puede considerar su exclusión. Tomar en cuenta que la exclusión de los requisitos aplica solamente para el capítulo 7 de la normativa. (ISO 9000, 2008)

c. Principios de la gestión de calidad

Principio 1: Enfoque al cliente

Toda organización depende de sus clientes por lo tanto deben estar enterados y comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requerimientos y esforzarse en exceder sus expectativas. (Hurtado, 2008)

Principio 2: Liderazgo

Los líderes establecen la unidad, propósito y 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. (Hurtado, 2008)

Principio 3: Participación del personal

El personal, desde el nivel más alto al nivel más bajo, es la esencia de una organización y su total compromiso hace posible que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. Este principio es el compromiso de todo el personal en relación a la organización. (Hurtado, 2008)

Principio 4: Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados son gestionados como un proceso. Es importante identificar tales procesos y la interacción que existe entre ellos. (Hurtado, 2008)

Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyen a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. (Hurtado, 2008)

Principio 6: Mejora continua

Este debe ser un objetivo permanente. La organización siempre debe buscar la manera de crear oportunidades para seguir mejorando, teniendo flexibilidad para reaccionar rápidamente ante las oportunidades. (Hurtado, 2008)

Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información. Se debe impedir la toma de decisiones a partir de supuestos o repentinas opiniones. (Hurtado, 2008)

Principio 8: Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor

La organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. (Hurtado, 2008)

Estos ocho principios de gestión de calidad deberían ser aplicados de forma conjunta con el propósito de contribuir con la satisfacción de las necesidades del cliente y el cumplimiento de los objetivos de la organización.

d. Procedimientos para la implementación del sistema de gestión de calidad

A continuación, se describen los pasos necesarios para implementar y mantener un sistema de gestión de calidad basado en las normas ISO 9001:2008 dentro de la organización del Hospital San Rafael.

1. Información sobre normas ISO 9000

Informar al personal de todos los niveles del Hospital San Rafael por medio de cursos, capacitaciones, seminarios o talleres para aumentar los conocimientos generales sobre ISO 9001:2008. Estas capacitaciones se deben realizar antes, durante y después de la implementación según se considere necesario. (Sistemas y Calidad Total, 2011)

2. Creación de un equipo de calidad

Es importante que la dirección del hospital designe a un responsable de calidad, ya que es vital que participe desde sus inicios en el proceso.

3. Diagnóstico del sistema de calidad del área de enfermería

Evaluación del área de enfermería y verificación actual desde el criterio de la norma ISO 9001:2008.

4. Plan de implementación

Tomar una decisión para asignar los recursos necesarios y definir los objetivos de calidad del área de enfermería.

5. Documentación del sistema

Desarrollar toda la documentación necesaria para llevar a cabo el sistema: manual de calidad, manual de organización y funciones, manual de procedimientos, entre otra documentación que se considere importante para el área de enfermería.

6. Implementación e información de avances

En un sistema de gestión de calidad debe existir gran comunicación. Durante la fase de implementación, el personal de enfermería, así como todos los involucrados deben seguir los procedimientos y registrar la información que demuestre que realmente están realizando lo estipulado. Esto debe ser verificado y validado por el responsable de calidad del área de enfermería.

7. Definición de objetivos

Los objetivos de calidad se definen en conjunto con la política de calidad que es un punto que la norma solicita. Los dos temas van relacionados, y estos surgen el alcance donde se está aplicando el sistema.

8. Auditoría interna

Esta podrá realizarse por el propio personal de enfermería, del hospital o subcontratada. La persona encargada de realizar la primera auditoría debe estar capacitada e informada en la norma ISO 9001 y contar con la experiencia mínima que el hospital defina. El número de auditorías debe ser estipulado por la empresa según el compromiso del personal.

9. Elección de la entidad de certificación

Entidad de certificación es un tercer encargado de evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad en el hospital y emite un certificado si este cumple con todos los requisitos de la norma.

10. Pre-auditoría externa

Esta es realizada por la entidad de certificación que se eligió previamente a la certificación, luego de algún tiempo después de haber implantado el sistema de gestión de calidad. La finalidad de esta auditoría es el cumplimiento de la norma y detectar las oportunidades de mejora permitiendo al Hospital San Rafael corregir las fallas, así como afinar en donde es deficiente antes de la auditoría de certificación.

11. Auditoría de certificación

La entidad de certificación estudiará el sistema de gestión de calidad y determinará la conveniencia de recomendar su certificación de acuerdo a la norma ISO 9001.

12. Auditorías de mantenimiento

Con el fin de conservar la certificación y mantener los estándares altos en la calidad se debe seguir utilizando el sistema de gestión de calidad. Es por lo que la entidad de certificación lo comprobará periódicamente para garantizar que se sigue cumpliendo con los requisitos de la norma.

IV. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA

A. Reseña histórica del Hospital San Rafael

A su regreso de México en 1969, en donde efectuó estudios de Post-grado de máster en salud pública y administración hospitalaria, el Dr. Oscar Armando De León Anleu, a iniciativa del Dr. Gonzalo Pérez Anleu, fundó la casa de salud San Rafael. Al comenzar contaba con una habitación, una sala de partos y dos enfermeras. La casa de salud creció rápidamente; las necesidades y demanda aumentaron, por lo que fue necesario contratar a más personal de enfermería estableciendo un área formal, así mismo un departamento administrativo y los servicios de cocina, mantenimiento y limpieza. A los pocos años se habilitaron más habitaciones, adquiriendo una máquina de anestesia y un monitor para sala de operaciones, equipo de succión, una autoclave, rayos X y año con año más equipo, por lo que en 1979 dejó de ser una Casa de Salud para convertirse en el Hospital San Rafael.

B. Misión y visión

Misión: Es una institución comprometida a brindar asistencia médica, preventiva y curativa, orientado al mejoramiento de la salud del sur Occidente, con un personal comprometido y capacitado.

Visión: Ser una institución hospitalaria que ofrezca calidad en sus servicios, además con responsabilidad devuelva la salud a los pacientes, con un elevado estándar de calidad, aplicando criterios de oportunidad, eficacia y equidad apoyándose en un recurso humano calificado.

C. Organización de la institución

El personal del hospital está integrado por: médico coordinador, médicos especialistas, médicos residentes, jefa de enfermeras y enfermeras para realizar los diferentes procesos de cada área.

- El médico coordinador: supervisa y coordina todas las actividades médicas relacionadas con los pacientes de la unidad. Organiza y asigna las actividades al personal y vela por el cumplimiento de ellas. Capacita y adiestra a los médicos residentes con los que se cuenta.

- Médico residente: es el médico aun no especializado el cual está desarrollando sus prácticas. Este médico está preparado para realizar cualquier procedimiento y orientar a las enfermeras.
- Jefa de enfermeras: es una enfermera profesional que está encargada de la asignación de actividades y rutinas hacia el personal de enfermería. Así como la supervisión de los insumos necesarios para que brinden los servicios adecuados. Velar por el trato y cuidados que se le dan al paciente a lo largo de su estadía en el hospital, verificando si la asignación de medicina, alimento y cuidados son correctos. Al momento de generarse un problema es la encargada de tomar decisiones para brindarle la mejor solución.
- Enfermeras: el equipo de enfermeras tiene a su cargo muchos procedimientos, entre ellos: encamamiento y cuidado de pacientes, maternidad, sala de operaciones, egresos, etc.

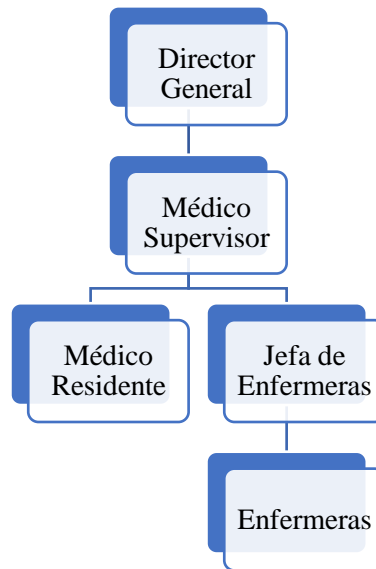


Figura 1: Organigrama del hospital

D. Funciones del área de enfermería

- Pediatría y maternidad:

Al momento de nacer el niño ya sea por cesárea o parto normal se le corta el cordón umbilical, se aspira las flemas, lavado gástrico, se pesa y se talla. Se le da un baño, se viste

y se le alimenta; también se le da instrucciones a la mamá para que brinde un buen cuidado al bebé.

- Sala de operaciones:
 - Pre-operatorio: al recibir la orden que el paciente va a ser sometido a una cirugía se procede a informarle que se le va a realizar, baño corporal o preparación en el área operatoria. Administrarle los medicamentos previos, así como tomarle los signos vitales antes que ingrese a sala de operaciones.
 - Circulante sala de operaciones: es la enfermera encargada de recibir al paciente, verificar que el paciente así como el equipo e instrumentos quirúrgicos estén listos para iniciar la cirugía. Asimismo, debe mantener informados a los familiares del paciente sobre la cirugía.
 - Instrumentista: se encarga de la esterilización del material utilizado, vestimenta y preparación del médico encargado de la operación. Inicia la cirugía junto al médico tratando de llevar el orden correspondiente al procedimiento.

- Encamamiento:

Se encarga de brindar los cuidados matutinos (peinado, lavado de dientes, baño corporal) del paciente, así como cambiar ropa de cama y ropa de dormir. Controla y administra los medicamentos, signos vitales según las indicaciones del médico encargado.

E. Infraestructura

El hospital está muy bien equipado; este tiene una infraestructura antigua, ya que se encuentra en el centro histórico de la ciudad. Es un edificio antiguo de dos niveles, bien acondicionado con todas las áreas necesarias para cumplir cualquier incidente. El hospital está dividido en: 5 habitaciones privadas, 8 habitaciones para medicina interna y cirugía, 5 habitaciones para ginecoobstetricia, unidad de cuidados de recién nacidos y sala de operaciones.

V. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para realizar el diagnóstico de la situación actual del hospital se llevó a cabo con ayuda de un FODA, diagrama Ishikaga, una encuesta y un cuestionario revisando punto por punto el cumplimiento que tiene la organización con cada uno de los requisitos. Luego se recopilaron los resultados y a partir de su análisis se sacaron las conclusiones acerca de cuál es el grado general de alineamiento del área con respecto a los requisitos planteados en la norma ISO 9001:2008.

Esta información es importante para desarrollar estrategias para mejorar los resultados a corto, mediano y largo plazo.

A. Diagrama Ishikaga

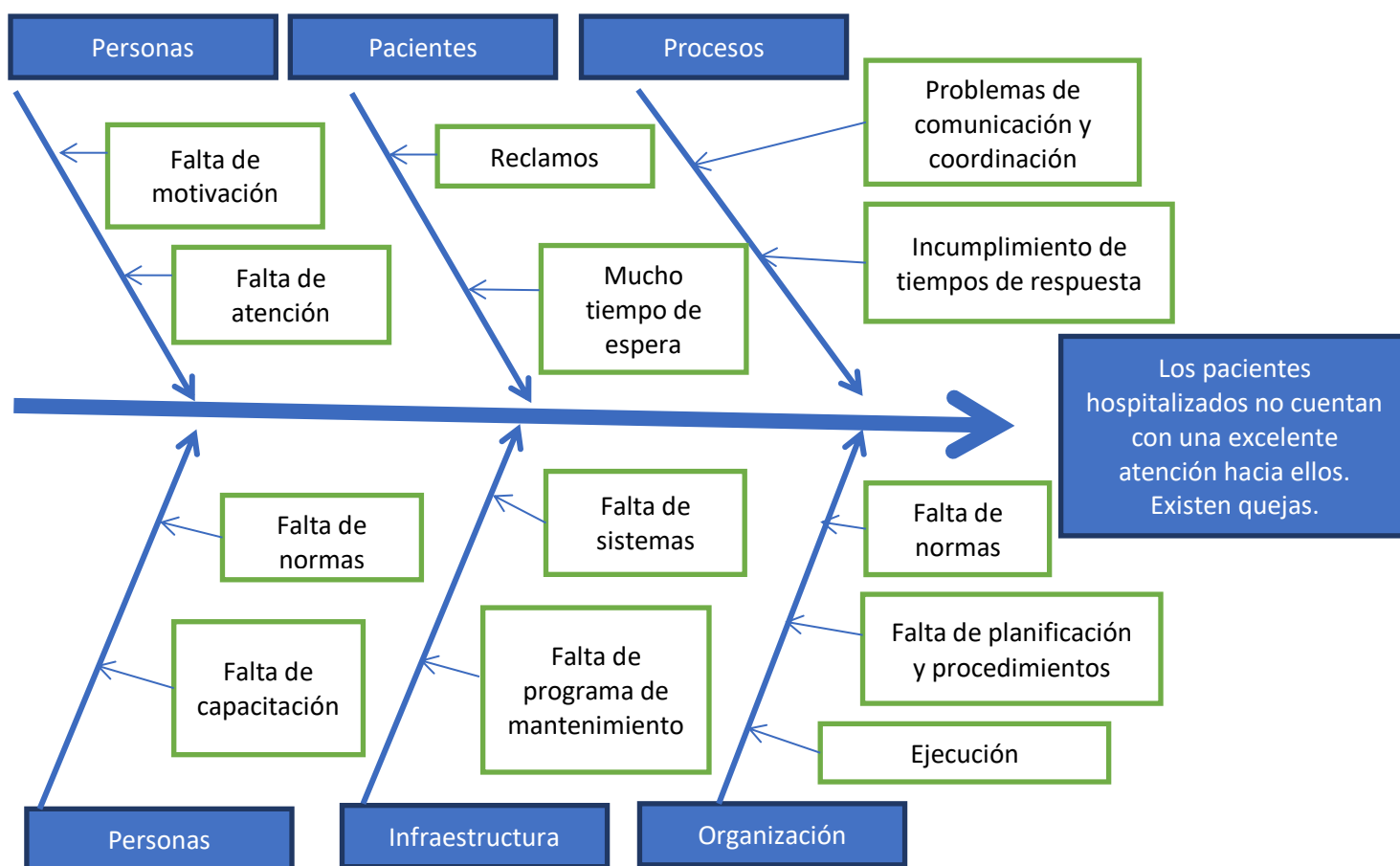


Figura 2: Diagrama Ishikaga situación actual de enfermería.

B. FODA actual

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería se siente identificado con el hospital. • El hospital es percibido por las enfermeras como una empresa estable. • Experiencia en el ejercicio de la profesión. • Conocimiento y dominio de procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal con estudios universitarios contribuye con ideas innovadoras. • Superación del personal para realizar otros estudios. • Asegurar la fidelización de los pacientes. • Mantener la confiabilidad de los clientes logrando un servicio de calidad. • Participación en congresos a nivel privado. • Posee estudiantes de instituciones formadoras que realizan práctica de bachiller en medicina y auxiliares de enfermería a nivel privado. • Mejoras cualitativas en el nombre del Hospital San Rafael.
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca información en el área de enfermería. • La información no fluye de manera adecuada. • Impuntualidad en el ingreso de sus labores. • La comunicación informal prevalece y generalmente surgen malentendidos. • Carecen de conocimientos de calidad. • El personal antiguo no apoya al personal nuevo. • Existe un reglamento interno de trabajo que no se conoce por lo tanto no se cumple. • No existen políticas o estrategias de mejora continua en los procesos o desempeño del personal. • No existe evaluación del desempeño acompañado de planes correctivos y de incentivos. • Se desconoce toda información sobre las normas ISO 9001:2008. • Falta de manual de procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia fuerte a nivel local. • Instalaciones más nuevas utilizadas por la competencia. • Llegar a tener pocos pacientes. • Retiros personales por mejoras laborales en otras instituciones. • Falta de oportunidad de ascenso a otros servicios.

C. Encuesta

1. Marco metodológico

En esta investigación se estudia y se describe la percepción que tiene el usuario del servicio de enfermería del hospital San Rafael, de lo que es para ellos calidad de atención y los factores que son determinantes para satisfacer las necesidades de atención en salud de los mismos, de tal forma que consideren la atención recibida de excelente calidad.

La información fue obtenida mediante la aplicación de una encuesta, realizada en el período comprendido del 13 de enero al 14 de febrero del 2015, a los usuarios del servicio de enfermería del Hospital San Rafael. Las encuestas de satisfacción de usuarios externos requieren de una serie de propiedades que garanticen su fiabilidad y validez, por lo tanto, es necesario contar con encuestas validadas, confiables y de fácil aplicación para medir el nivel de satisfacción e identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios externos en servicios de salud y que permitan implementar acciones de mejora, lo cual es el fin del presente análisis.

A la hora de la elaboración de la encuesta se tomaron en cuenta las características propias de la población que acude al servicio de urgencias, es decir desde el punto de vista a nivel educativo, ya que se encontró usuarios que no sabían leer, o que no entendían lo que se les preguntaba.

Por lo cual se diseñó un instrumento fácil de entender y de responder por los usuarios, ya que durante las pruebas de validación, hubo que ir cambiando o modificando algunas preguntas que eran difíciles de entender y las opciones de respuesta.

2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y de campo. Las fuentes y técnicas de recolección de la información fueron de tipo primario. Constó de tres fases: en la primera se elaboraron las encuestas, en la segunda se evaluó la validez y confiabilidad y en la tercera fase se aplicaron las encuestas.

Las encuestas fueron elaboradas mediante perfeccionamiento continuo, según las recomendaciones o inquietudes de los mismos usuarios. Se realizó la entrega sistemática del formulario de encuesta de satisfacción a cada uno de los usuarios, en el momento en que esperaban la atención en el área de encamamiento.

Se detalló, tanto al paciente como a sus acompañantes, el contenido y el propósito de ésta. Podía ser completada por el paciente o por un acompañante en su nombre, de forma anónima y totalmente voluntaria.

3. Población y muestra

La población utilizada, son los pacientes del área de encamamiento del Hospital San Rafael, durante el periodo del 13 de enero al 25 de marzo del 2015. Se excluyeron los enfermos que voluntariamente rechazaron completar la encuesta y aquellos que no pudieron llenarla por diferentes motivos (analfabetismo, incapacidad intelectual o física con carencia de acompañante, etc.).

a. Muestra

Se estableció un nivel de confianza del 95% y un error del 5%. Se obtuvo el marco muestral, en este caso la referencia con que se contó fue el registro de pacientes que visitan el área de encamamiento y que ronda aproximadamente los 220 usuarios en este período.

Valores a estimar

$$n = 140$$

$$e = 5\% = 0.05$$

Z = 1.65 para el 95% de confiabilidad y 5% error.

$$N = 220 \text{ (universo)}$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

La muestra recomendada para el análisis realizado es de 140 usuarios, sin embargo a la hora de aplicar la encuesta en el tiempo destinado para esta y tomando en cuenta las limitaciones (tiempo, disponibilidad de los usuarios al llenarla, etc.), se logró recolectar un promedio de dos encuestas diarias durante los días que se aplicó.

4. Alcances y limitaciones

a. Alcances

- Diseñar un instrumento que permita evaluar la calidad percibida por el usuario del servicio de enfermería.
- La validación de este instrumento es solo parcial, ya que se trabajará con un grupo delimitado de la población que requiere de la atención de los servicios de urgencias y en un período determinado.
- Aplicar la encuesta y analizar sus resultados.
- Definir las posibles soluciones para mejorar la calidad percibida por el usuario del área de enfermería.

b. Limitaciones

- Que los usuarios no colaboren completando la encuesta.
- Que no se midan todos los tipos de validez de la herramienta.
- Que el encuestador influya en las respuestas de los usuarios.
- Que no se logre recolectar la cantidad de encuestas requeridas para el estudio por falta de cooperación por parte de los usuarios.

c. Criterios

Dentro de los criterios que se utilizaron para la redacción de las preguntas, están los siguientes:

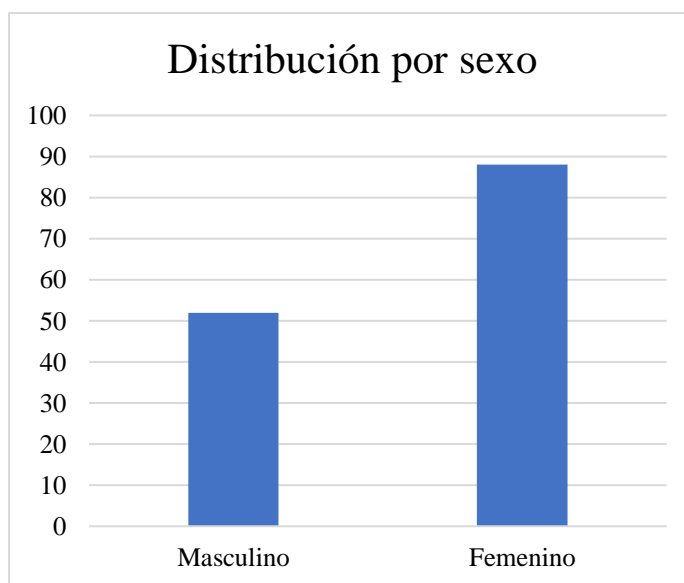
- Preguntas breves y fáciles de comprender.
- No se redactaron preguntas en forma negativa.
- Se evitó el uso de la interrogación «por qué».
- No se formularon preguntas en las que una de las alternativas de respuesta fuera ambigua o coincidentes con otra pregunta.
- Se evitaron las preguntas que obligaban a hacer cálculos o esfuerzos de memoria.

Cuadro 1: Distribución por sexo

Sexo	Cantidad	%
Masculino	52	37%
Femenino	88	63%
Total	140	100%

Como se puede observar en el Cuadro 1 y Gráfico 1, de la población encuestada, hubo una mayor participación del sexo femenino, el cual representó el 63% de las encuestas y el masculino con un 37% de estas.

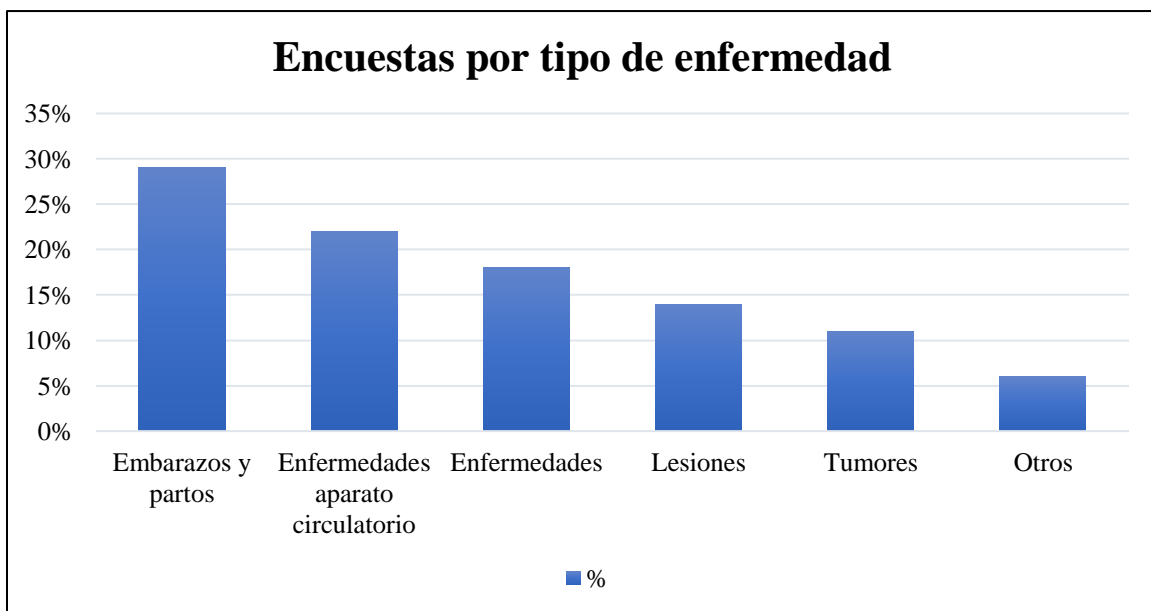
Gráfico 1:



Cuadro 2: Pacientes encuestados por tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Cantidad	%
Embarazos y partos	40	29%
Enfermedades del aparato circulatorio	31	22%
Enfermedades respiratorias	25	18%
Lesiones	20	14%
Tumores	15	11%
Otros	9	6%
Total	140	

Gráfico 2:



Cuadro 3: Distribución total de preguntas y respuestas de encuesta de satisfacción al usuario del servicio de enfermería del Hospital San Rafael.

No.	Pregunta	Sí	No	NC
1	Se le orientó bien con respecto hacia donde se dirigía	100	38	2
2	El trato que le dio el personal de enfermería a su llegada fue amable	110	15	15
3	Las instalaciones son adecuadas	120	18	2
4	El personal de enfermería mostró interés	98	26	16
5	El personal de enfermería estuvo a disposición para ayudarlo	129	11	0
7	El personal médico brindó un buen trato	120	15	5
8	Recibió información suficiente de su enfermedad	118	18	4
9	Se le explicó acerca del tratamiento que se le envió	120	18	2
10	El médico atendió sus preguntas	125	15	0
11	El médico le saludó al ingresar	87	43	10
12	Le examinó	140	0	0
13	Se le explicó lo que tiene	120	12	8
14	El tiempo de espera por su atención fue satisfactorio	80	50	10
15	Su experiencia con la atención que recibió por parte del personal médico fue satisfactoria	100	37	3
16	Su experiencia, con la atención que ha recibido por parte del personal de enfermería fue satisfactoria	104	36	0

En este cuadro se puede evidenciar la totalidad de preguntas de la encuesta y la totalidad de las respuestas dadas, documentando una gran cantidad de respuestas negativas. Se documenta también una cantidad significativa de usuarios que no respondían algunas preguntas.

Gráfico 3: Resultados de encuesta.

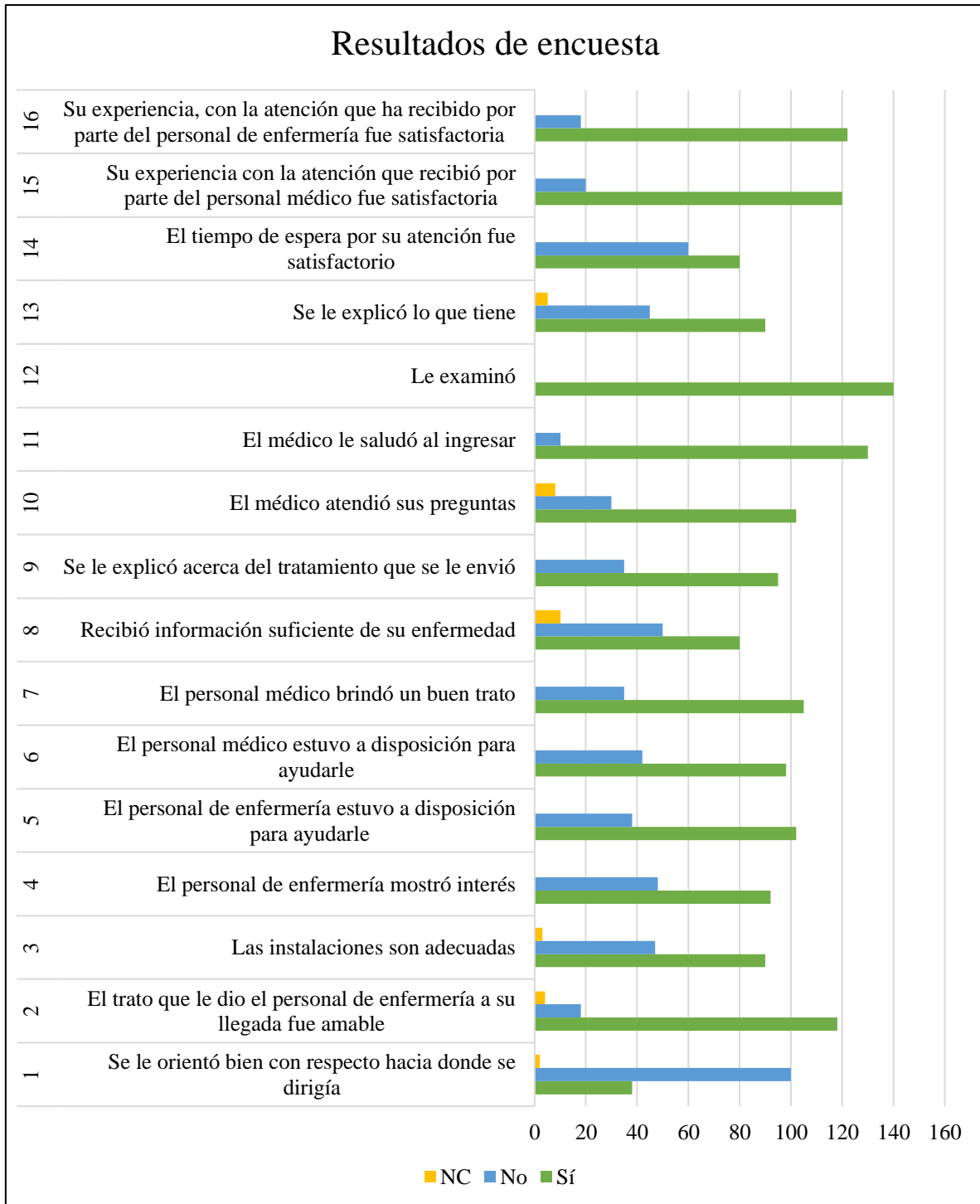
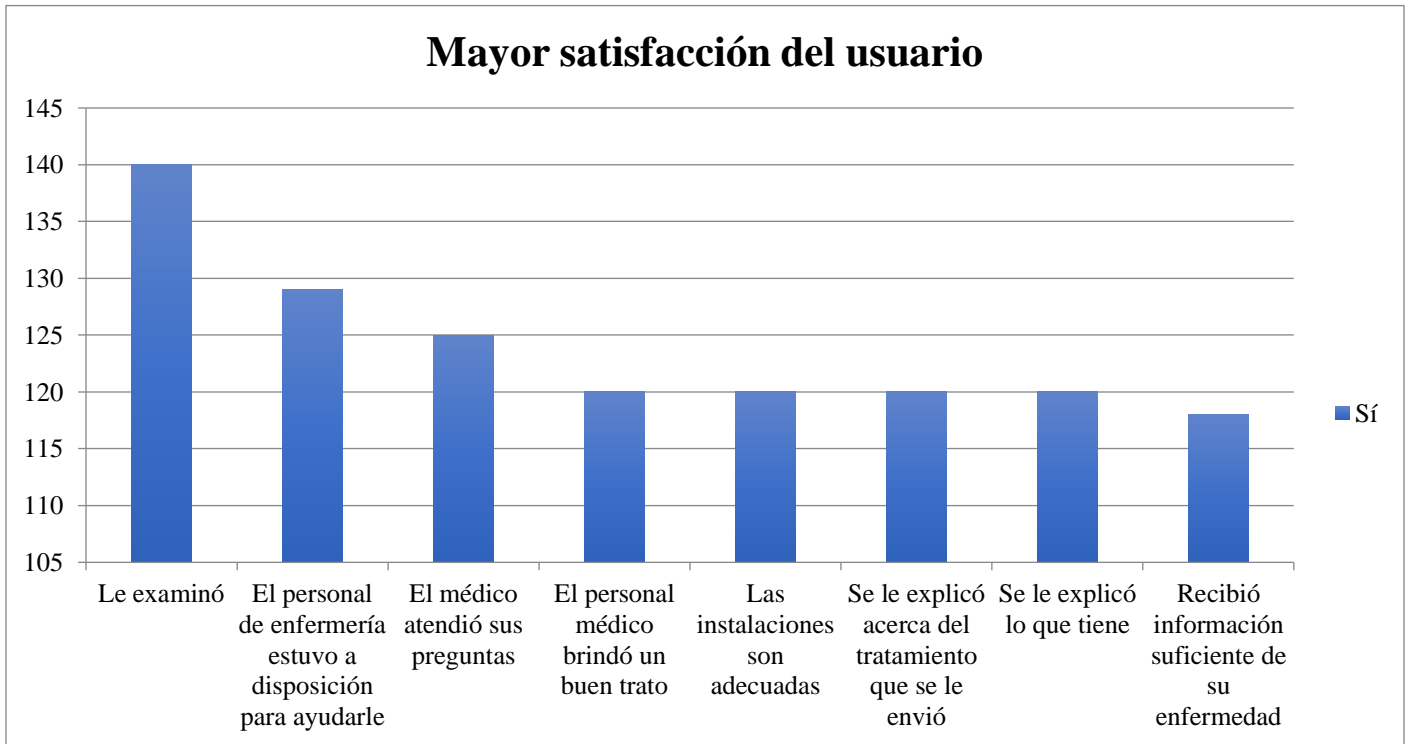


Gráfico 4: Gráfico de ítems de mayor satisfacción del usuario.



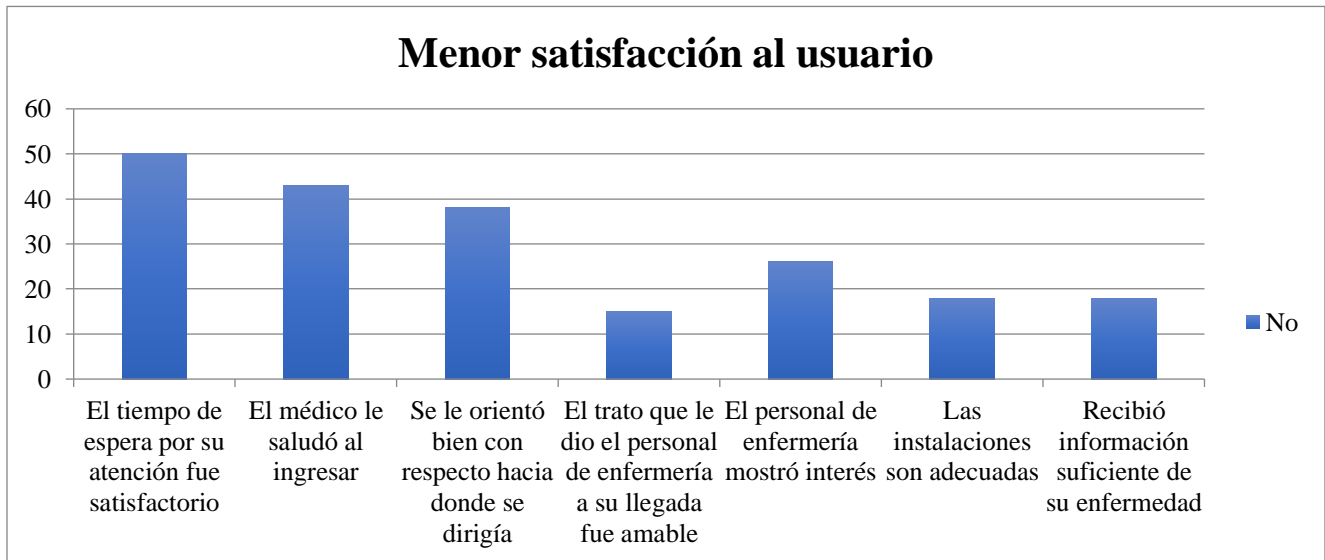
Fuente: Datos tomados de las encuestas realizadas en 2014.

Del gráfico anterior se pueden determinar tres características sobresalientes, que refieren los usuarios tener mayor satisfacción por servicios prestados del área de enfermería:

- 1) Cumplimiento del examen de salud.
- 2) La disposición del departamento para ayudar al usuario.
- 3) La atención de las preguntas del usuario por el médico.

De esto se puede determinar que el personal de enfermería cumple con los procesos, mas no con las expectativas de los usuarios encuestados, ellos esperan un trato amable, orientación y disposición de ayudarlos.

Gráfico 5: Gráfico de ítems de menor satisfacción del usuario.



1. El tiempo de espera fue insatisfactorio

El aumento en la demanda de atención del área de enfermería se debe a la poca capacidad resolutiva que tienen las enfermeras. La alta demanda en el hospital hace que los usuarios esperen más.

2. El médico le saludó al entrar.

La costumbre del médico en su trabajo hace que se vuelva una rutina y la cordialidad con cada paciente se pierda.

3. Se le orientó bien con respecto a donde se dirigía.

D. Estudio de tiempo enfermería

	Horas por Turno	Almuerzo/Cena	Refacciones	Horas Netas
Tiempo disponible	12	1	1	10

Total de enfermeras	2
---------------------	---

Medición del tiempo de cada turno			Acá se representan las visitas que realizaron las enfermeras a cada una de las áreas a su cargo y el tiempo que se tardaron en ellas.
Encamamiento (min)	Maternidad (h)	Sala de operaciones (h)	
5	1	2.25	
7	0.5	1.5	
12	0.25		
15	1.25		
8	2		
9	1.5		
5	0.5		
3	0.5		
8	0.5		
12	1		
30			
27			
10			
25			
3			
12			
Total de horas	3.183333333	9	3.75

	Horas
Tiempo total del turno ocupado	15.93
Tiempo por enfermera ocupado	7.97
Tiempo por turno neto	10
Tiempo disponible	2.0

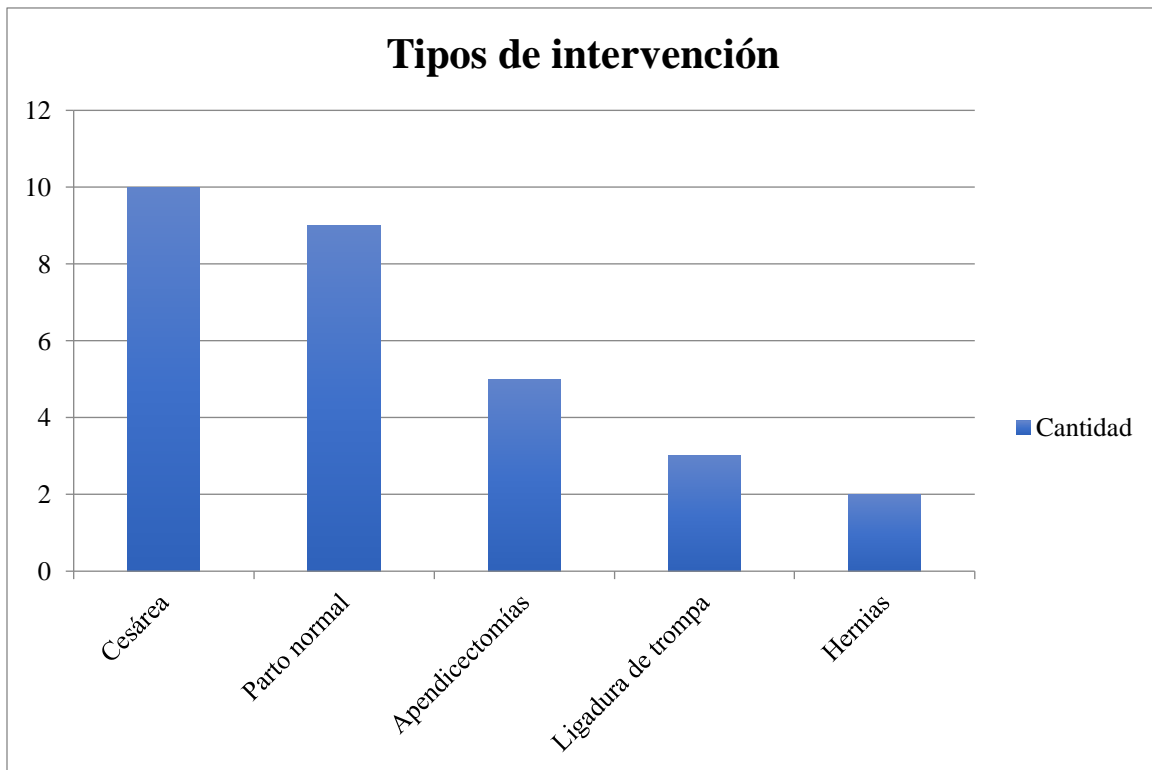
Tiempo diario que es óptimo para las capacitaciones y auditorías programadas.

E. DOP's

Se realizó un análisis de las 5 operaciones más frecuentes en un mes, representado en el siguiente cuadro para realizar las propuestas de mejora:

Tabla 1: Operaciones más recurrentes en Hospital San Rafael

Operaciones	Cantidad	Porcentaje	Acumulado
Cesárea	10	34%	34%
Parto normal	9	31%	66%
Apéndice	5	17%	83%
Ligadura	3	10%	93%
Hernias	2	7%	100%
Total	29		



Teniendo un total de 10 Cesáreas, 9 nacimientos naturales, 5 apendicectomías, 3 ligaduras de trompa y 2 remociones de hernias.

Realizado este análisis se pudo elaborar los diagramas de operación de procesos, para lograr una mejora en el servicio de enfermería.

1. Cesárea:

DOP INTERVENCIÓN: CESÁREA

RESUMEN		Actual	
		#	Tiempo
	Operaciones	8	28230
	Transporte	3	1054
	Controles	2	1620
	Esperas	1	120
TOTAL			31024

Descripción actividades	Op.	Trp.	Ctr.	Esp.	Alm.	Tiempo (s)
1 Llegada del paciente al servicio						798
2 Recepción del paciente						2820
3 Verificación de existencia del expediente clínico						300
4 Traslado a la habitación						738
5 Análisis de estado del paciente						1320
6 Aplicación de medicamentos pre-cesárea						18000
7 Solicitud de traslado a sala de operaciones						120
8 Traslado a sala de operaciones						124
10 Preparación de sala de operaciones						2136
11 Esterilización del médico						486
12 Colocación de dispositivos al paciente						900
13 Extracción del bebé						186
14 Sutura						924
15 Análisis del paciente						1980
16 Traslado al área de encamamiento						192
TOTAL						31024

Fuente: Elaboración propia

2. Parto normal:

DOP PARTO NORMAL

	RESUMEN	Actual	
		#	Tiempo
0	Operaciones	3	1908
1	Transporte	3	1054
2	Controles	2	4500
3	Esperas	5	23562
	TOTAL		31024
























































	Descripción actividades	Op.	Trp.	Ctr.	Esp.	Alm.	Tiempo (s)
1	Llegada del paciente al servicio	0	0	0	0	0	798
2	Recepción de documentos	0	0	0	0	0	2820
3	Verificación de existencia del expediente clínico	0	0	0	0	0	300
4	Traslado a la habitación	0	0	0	0	0	738
5	Análisis del estado del paciente	0	0	0	0	0	1320
6	Control de dilatación de la paciente	0	0	0	0	0	18000
7	Solicitud del traslado a sala de operaciones	0	0	0	0	0	120
8	Traslado a sala de operaciones	0	0	0	0	0	124
10	Preparación de sala de operaciones	0	0	0	0	0	2136
11	Preparación del médico	0	0	0	0	0	486
12	Colocación de los dispositivos a la paciente	0	0	0	0	0	900
13	Extracción del bebé	0	0	0	0	0	186
14	Sutura	0	0	0	0	0	924
15	Análisis de la paciente	0	0	0	0	0	1980
16	Traslado al área de encamamiento	0	0	0	0	0	192
	TOTAL						31024

Fuente: Elaboración propia

3. Apendicectomía:

DOP REMOCIÓN DE APÉNDICE

		Actual	
RESUMEN		#	Tiempo
	Operaciones	4	5394
	Transporte	3	2594
	Controles	2	3360
	Esperas	2	2940
TOTAL			14288

	Descripción actividades	Op.	Trp.	Ctr.	Esp.	Alm.	Tiempo (s)
1	Llegada del paciente al servicio						798
2	Recepción de documentos						2820
3	Verificación si es urgencia						1080
4	Traslado a la habitación						2240
5	Análisis del estado del paciente						2280
6	Solicitud de traslado a sala de operaciones						120
7	Traslado a sala de operaciones						124
8	Preparación del médico						756
9	Colocación de dispositivos al paciente						1080
10	Remoción de la apéndice						2760
11	Traslado al área de encamamiento						230
TOTAL							14288

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: DOP's procesos

La mayoría de las quejas son en el momento que se le da ingreso al paciente, ya que el hospital no tiene un plan para realizar una cirugía de emergencia. Siempre se requiere de un tiempo de preparación de la sala de operaciones, por lo que presentamos propuestas de mejoras para reducir el tiempo de esterilización y preparación de sala de cirugías.

F. Mejoras en los procesos de enfermería:

1. Encamamiento:

- Una enfermera es designada a ciertos pacientes que están hospitalizados. Esto proporciona una mayor individualidad de la atención de enfermería, establece más rápidamente la adaptación de los pacientes al hospital y significa un mayor incentivo para el personal de enfermería para mejorar su trabajo, puesto que se puede evaluar en la evolución misma del paciente.
- Colocación de intercomunicadores en los cuartos para saber que necesidades tiene el paciente. Con esto se mejora el tiempo de acción de las enfermeras.
- La jefa de enfermeras está encargada de vigilar que cada paciente reciba la cantidad y la clase de cuidado que requiere su condición. Esto se realizó a través de rondas regulares, revisión de papelería, órdenes médicas y entrevistas del paciente con las enfermeras que lo atienden.
- Implementación de carritos de medicamentos los cuales cuentan con los medicamentos e instrumentos necesarios dependiendo la causa por la que está hospitalizada la persona, esto con el fin de ahorrar tiempo a la hora de que se necesitara algún otro medicamento o instrumento.

2. Sala de operaciones:

- Al momento de tener una operación programada la enfermera encargada tendrá que realizar la preparación de todos los instrumentos a utilizar y posibles a utilizar en dicha cirugía esto con el fin de evitar demoras a la hora de la operación.
- Colocación de rótulo en los vestidores con los pasos para realizar la esterilización de médicos y enfermeras que intervendrán en la operación.
- Realización de normas escritas para la posición del paciente en la mesa de operaciones, las que en primer lugar deben ofrecer la mayor comodidad para el enfermo y la máxima exposición al cirujano, evitando lesiones a nervios superficiales, estiramientos musculares, compresiones sobre órganos internos, trastornos circulatorios, etc.
- Los equipos de ropa y/o instrumental que se empleen en la realización de las operaciones deben esterilizarse exclusivamente dentro del hospital.
- Se tendrá un manual estándar de instrumentos para cada operación siendo el médico encargado de la cirugía el único autorizado para modificar el equipo a utilizarse.

- Tener kits de instrumentos esterilizados para cada una de estas cinco operaciones más efectuadas en el hospital para mejorar los tiempos de espera de los pacientes al momento de una emergencia. Una enfermera estará encargada de la revisión de estos kits.
- En caso de que se junten dos o más operaciones se realizará una lista de espera elaborada únicamente por los médicos que evaluarán los factores y diagnósticos de los pacientes para programar las operaciones de cada uno. No estará organizada por quien llegó primero sino por motivos de prioridad, haciendo una lista de espera objetiva, teniendo la certeza que el que se operó antes tenía un problema mucho mayor que al que está en espera. Se le podrá informar al paciente en cuanto tiempo se le va a operar siendo este el tiempo necesario y óptimo para realizarle la cirugía. Esta priorización ayudará a los médicos y enfermeras a enfocarse en los pacientes con más urgencia desde el punto de vista clínico. Con esto lograremos hacer más eficientes los procesos de operación, realizando la misma cantidad de cirugías pero atendiéndolas oportunamente logrando mayor eficacia.
- Realizar una planificación operativa, días antes de la cirugía, se establece la base para que un área quirúrgica sea eficiente.
- Mejorar el tiempo de espera entre operaciones ya que actualmente se encuentra en (0.3 min) para volver a preparar la sala.

3. Maternidad y pediatría:

- Instalación de cámara de video para tener un constante monitoreo de los recién nacidos, con esto mejorar el tiempo de reacción de las enfermeras en la atención.
- Realizar dos capacitaciones a las madres aparte del plan educacional que se les proporciona sobre cuidados del recién nacido para un mejor cuidado del niño.
- Se le entregará un kit a la madre con las cosas básicas para los cuidados del recién nacido.

4. Seguridad Industrial:

- Rotulación de todos los extinguidores con los que se cuenta en el área de enfermería.
- Rotulación visible de las rutas de evacuación.
- Rótulos de “No Fumar”.
- Capacitación a todas las enfermeras en el uso de extinguidores.
- Para el personal de limpieza de enfermería utilizar botas antideslizantes, guantes y rótulos de “Cuidado Piso Mojado”, mascarillas y la utilización de redcilla.
- Colocación de siete extinguidores distribuidos a lo largo de toda el área de encamamiento, sala de operaciones, maternidad, etc.

Este análisis se llevó a cabo por medio de la observación directa, resultado de ello se confirma que existen ciertos factores que son positivos para la institución, pero también algunos aspectos en enfermería que requieren de cambios y mejoras. Los resultados del diagnóstico indican que la mayor parte del personal de enfermería no tiene el conocimiento claro acerca de los aspectos de calidad en relación con la misión, visión, valores y objetivos, aunque ponen en práctica alguno de ellos dentro de sus actividades cotidianas no saben porque lo hacen.

En la Tabla 2 se muestran las abreviaturas utilizadas, así como el significado y la ponderación de cada una de ellas para realizar el cuestionario.

Tabla 2: Abreviaturas, descripción y ponderación.

Abreviaturas	Descripción	Porcentaje
NA	Requisito no aplicable bajo parámetros de exclusión.	0%
NO	Requisito aplicable, no diseñado, no desarrollado, no implementado.	10%
IDEA	Requisito en proceso de diseño o desarrollo.	25%
DOC	Requisito implementado, con resultados, registros y evidencias.	50%
IMPLE	Requisito implementado y auditado con resultados conformes.	75%
REG DE IMPLE	Requisito implementado auditado y en proceso de mejoramiento continuo.	100%

Fuente: Elaboración propia

Hay que tomar en cuenta que cada porcentaje se ha definido con respecto al avance o cumplimiento del requisito. Así que tenemos el 0% es cuando el requisito de la norma ISO 9001:2008 no es aplicable y el 100% cuando el requisito está completamente desarrollado, implementado, auditado y en mejora continua. El 75% representa que el requisito ha sido

implementado y auditado con resultados satisfactorios. Un 50% de avance representa solamente el requisito implementado y con ciertos resultados, mientras que un 25% significa que el requisito se encuentra en desarrollo. El 10% corresponde a un requisito que es aplicable, que ha sido identificado, pero aún no ha sido desarrollado.

De esta manera se obtendrán los porcentajes de cumplimiento por inciso y a nivel general de cada capítulo, y mediante un gráfico de cada porcentaje se podrá identificar, analizar y visualizar el estado de avance del sistema de calidad.

5. Análisis de resultados

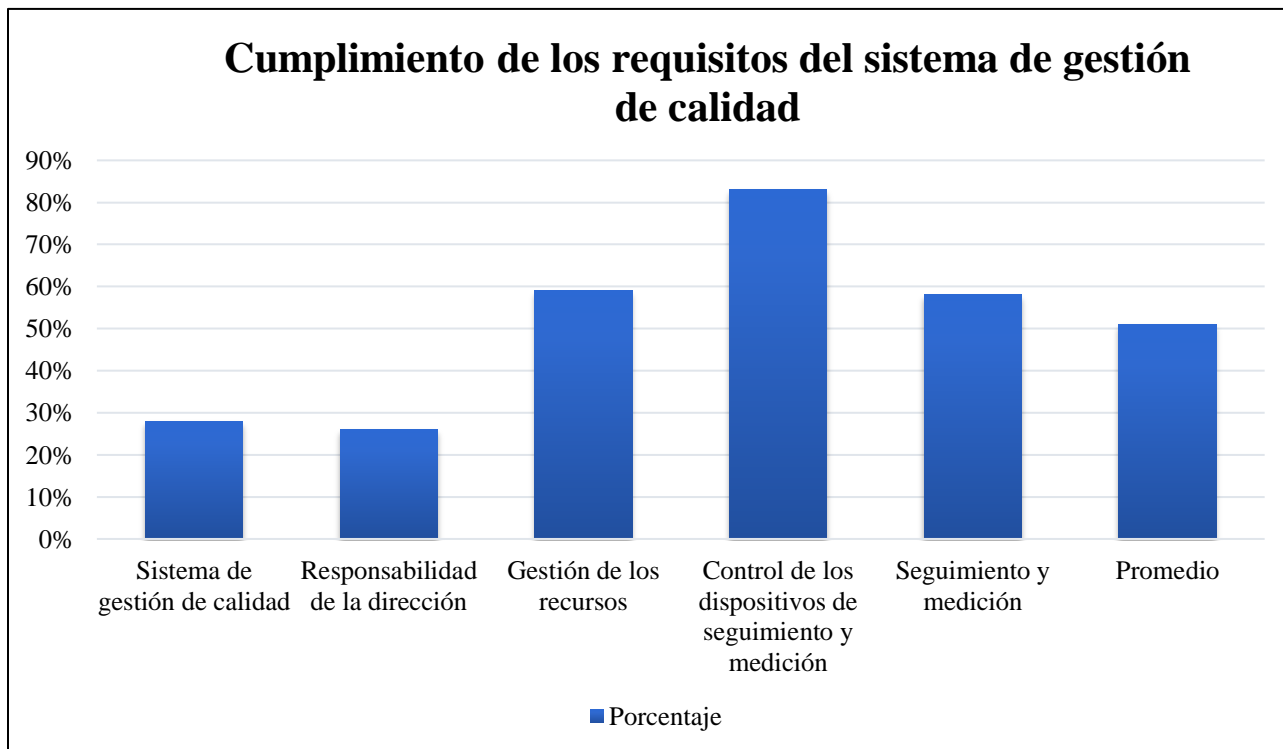
En la Tabla 2 se muestran los resultados del diagnóstico. Los resultados detallados de dicha evaluación se muestran en el Anexo 1.

Tabla 3: Resultados del diagnóstico

Resultados del diagnóstico		
Capítulo ISO	Requisito del sistema de gestión de calidad	Porcentaje de cumplimiento
4	Sistema de gestión de calidad	28%
5	Responsabilidad de la dirección	26%
6	Gestión de los recursos	59%
7	Control de los dispositivos de seguimiento y medición	83%
8	Seguimiento y medición	58%
	PROMEDIO	51%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1: Resultados de diagnóstico, cumplimiento de los requisitos SGC



El porcentaje de cumplimiento promedio o general de la empresa es del 51%, lo que significa que existen aspectos deficientes que se deben mejorar y otros requisitos que deben ser implementados según la norma para que la institución se encuentre totalmente alineada con ISO 9001:2008. A continuación, se detalla el análisis de cada capítulo según su porcentaje.

El análisis se inició a partir del capítulo 4 como se presenta ya que los primeros tres capítulos son de carácter introductorio.

Evaluación del sistema de gestión de calidad

Nivel de cumplimiento: 28%

Requisitos generales: En el área de enfermería necesita ser implementado un sistema de gestión de calidad, así como diagramas que muestren la interacción de sus procesos principales, registros que establezcan una revisión periódica de la situación del área de enfermería por parte de la

dirección. Se tienen documentados y definidos algunos criterios y métodos para asegurar el control y operación de sus procesos. El personal entrevistado tiene conciencia de la importancia de la calidad de sus procesos y tareas con la finalidad de proporcionar un valor agregado a los servicios, teniendo como objetivo la satisfacción del cliente.

Requisitos de la documentación: El hospital, así como el área de enfermería no cuentan con una política de calidad ni sus objetivos debidamente registrados y definidos. Se debe implementar un manual de calidad, un manual de funciones y responsabilidades, así como un manual de sus procesos. Se deben mantener los registros de calidad actualizados para tomar acciones en el momento.

Evaluación de responsabilidad de la dirección

Nivel de cumplimiento: 26%

La dirección del Hospital San Rafael está comprometida con el desarrollo del área de enfermería, preocupado por el desarrollo y mejora de sus procesos, cuidando su prestigio y siempre al tanto de la salud y de las necesidades de sus pacientes. No existen registros de revisiones por parte de la dirección. Se espera involucrar más a la dirección en los procesos de enfermería y establecer un procedimiento de revisión que incluya los pasos a seguir para cumplir con los aspectos más importantes de la gestión de calidad. Se debe crear una conciencia de calidad en el personal de enfermería para que el personal se identifique con la calidad y se busque el mismo objetivo. Se debe seleccionar un representante de la dirección que se encargue del seguimiento al sistema de calidad.

Evaluación de gestión de recursos

Nivel de cumplimiento: 59%

Provisión de recursos: Se cuenta con una metodología que consiste en la elaboración de un presupuesto anual revisado mensualmente contra lo ejecutado en el que se identifican los recursos necesarios para la ejecución de los procesos. Recordemos que por tratarse de un hospital no puede haber deficiencias en este punto.

Recursos humanos: El personal de enfermería tiene un gran compromiso con el Hospital San Rafael además de la motivación para desarrollar de manera eficiente sus labores. Son enfermeras con mucho tiempo de estar trabajando en la institución por lo que están comprometidas e

identificadas con el hospital. La norma solicita que se tenga un descriptor de puestos para verificar las funciones de cada puesto definido, a raíz de esto, es necesario demostrar la competencia del personal, así como la capacitación que ellos reciben en temas relacionados a su gestión.

Infraestructura: Las instalaciones del Hospital San Rafael son antiguas sin embargo están en buenas condiciones para cada una de las áreas. La sala de operaciones, sala de maternidad, así como los dormitorios para alojar pacientes se encuentran equipados de forma muy completa con una gran inversión en equipo médico. Se realiza una inspección semestral de todo el equipo por parte de un técnico subcontratado conservando registros de los mantenimientos. Sin embargo, se tienen que mejorar los planes de mantenimiento preventivo y correctivo.

Ambiente de trabajo: Los médicos residentes, así como el personal de enfermería cuentan con los implementos necesarios para desarrollar su labor: vestimenta y todo el equipo médico protector necesario para los procedimientos que realizan. Es un ambiente de trabajo agradable debido a que la mayoría del personal cuenta con un largo tiempo de estar laborando por lo que hace el trabajo ameno y el proceso productivo.

Procesos relacionados con el cliente: Los procesos incluidos en el área de enfermería: sala de operaciones, pediatría y encamamiento están enfocados con el servicio al cliente. Se han establecido los procesos de mejora de comunicación entre el cliente y el personal de enfermería ya que esta es primordial para su estancia en el hospital.

Evaluación de la realización del proceso

Nivel de cumplimiento: 83%

Estrategia de negocio: Se diseñan y planifican paquetes de servicios de salud que puedan ofrecerse como base para entablar alianzas estratégicas con empresas aseguradoras y con el IGSS. Con el objetivo de tener una mayor afluencia de pacientes, aprovechando al máximo las instalaciones. Se realizan reuniones semanales de la alta dirección para discutir avances del proyecto, así como prepararse para enviar solicitudes de aceptación de parte de las aseguradoras.

Compras: Como se trata de productos para la salud y tratamiento de personas enfermas los proveedores son debidamente calificados y auditados cada cierto tiempo para que cumplan con los requisitos del hospital. Son pocas las incidencias de reclamos hacia los proveedores debido a la calidad de los productos y que son proveedores de varios años.

La manera en que se evalúan los proveedores es por medio de visitas de personas de la casa médica el cual expone y describe el producto y sus beneficios. Las propuestas se analizan y se elige al proveedor que ofrece mayor garantía en la calidad de sus productos, verificando las certificaciones y licencias.

Prestación del servicio:

Control de los dispositivos de seguimiento y medición: Es importante realizar un plan mensual para la calibración de los equipos utilizados en el área de enfermería.

Evaluación de medición, análisis y mejora

Nivel de cumplimiento: 58%

Seguimiento y medición: La dirección, así como el personal de enfermería, están enfocados en la satisfacción al cliente ya que se centran todos sus esfuerzos en cumplir con las expectativas y requerimientos de este. Los procesos no se encuentran documentados, ni especificadas las atribuciones de cada persona lo cual debilita la postura frente al tema de aseguramiento de la calidad.

Control de clientes inconformes: Se cuenta con una hoja de quejas que se le da al cliente cuando finaliza su estancia en el hospital para lograr identificar las deficiencias de cada procedimiento. Todas estas inconformidades se le reportan a la dirección del hospital como a la jefa de enfermería para que se solucionen o corrijan los problemas.

Análisis de datos: Las quejas se reportan a la dirección, así como a la jefatura del área de enfermería, esto significa que se está siempre supervisando, con el objeto de encontrar deficiencias que pueden ser corregidas oportunamente.

Mejora continua: No existen mejoras demostrables a través de la política y objetivos de calidad, auditorías internas y revisión de la dirección pues aún no se ha aplicado la norma ISO formalmente en el hospital. Se llevan a cabo planes sobre las quejas presentadas por los clientes no conformes mas no se tiene un procedimiento documentado para actuar sobre las mismas.

6. Propuesta de implementación

La propuesta de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 es con la única finalidad de solucionar las deficiencias de los procesos y servicios y cumplir con todos los requisitos que presenta dicha norma. Así brindar un servicio que cumpla con las expectativas y necesidades del cliente. Se busca implementar para tener un mayor control sobre los procesos y asignaciones del personal de enfermería dando mejores resultados para el hospital.

Teniendo conocimiento del principio de gestión de calidad y diagnóstico del área de enfermería nos ayuda a conducir a la institución hacia la mejora de su desempeño. Con los resultados del diagnóstico se debe poner énfasis en los siguientes aspectos para poder cumplir con los requisitos de dicha norma en el área de enfermería.

- Responsabilidad, dedicación y compromiso de todo el personal, partiendo de la dirección la cual debe dirigir y controlar la organización a su más alto nivel. Para ello se debe establecer claramente la política y objetivos de calidad, y ser difundidos a toda la institución, además de seleccionar debidamente a un representante de la dirección. Es sumamente necesario llevar revisiones periódicas del sistema de gestión de calidad.
- Integración y asesoramiento del personal en la comprensión de la norma para disminuir en lo posible la resistencia al cambio. Implementación de los requerimientos y generación de la documentación de los procesos, fomentando su participación activa. Esto se puede lograr a través de charlas de especialistas que muestren los beneficios de la implementación y los pasos a seguir para generar la documentación necesaria, destacando el rol de cada trabajador en la institución.
- Capacitación del personal de acuerdo con las necesidades de formación detectadas relativas al SGC y la norma ISO 9001:2008. Es responsabilidad de la dirección organizar las capacitaciones al personal directamente involucrado para un correcto desempeño durante el establecimiento de la norma

VI. DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD

A. Política de calidad

La política de calidad está a cargo de la dirección para que será comunicada a todo el personal y aplicada constantemente en el área de enfermería. A continuación, se establece la política de calidad, la cual debe ser claramente difundida y extendida:

“Ofrecer la más alta calidad de atención especializada al paciente, familia o comunidad, en forma oportuna, eficiente y conforme a normas establecidas con información veraz y comprensible. El personal debe estar comprometido, capacitado continuamente y promoviendo el trabajo en equipo basándose en la mejora continua y eficacia del sistema”.

B. Objetivos de calidad

Los objetivos de calidad son formulados de acuerdo con la política de calidad tomando en cuenta la situación actual y sujetos a ser modificados en caso de ser necesario. Debiendo ser revisados periódicamente por la dirección del hospital, a través de reuniones mensuales estos son comunicados por el médico supervisor o la jefa de enfermeras a todo el personal.

1. Objetivo general

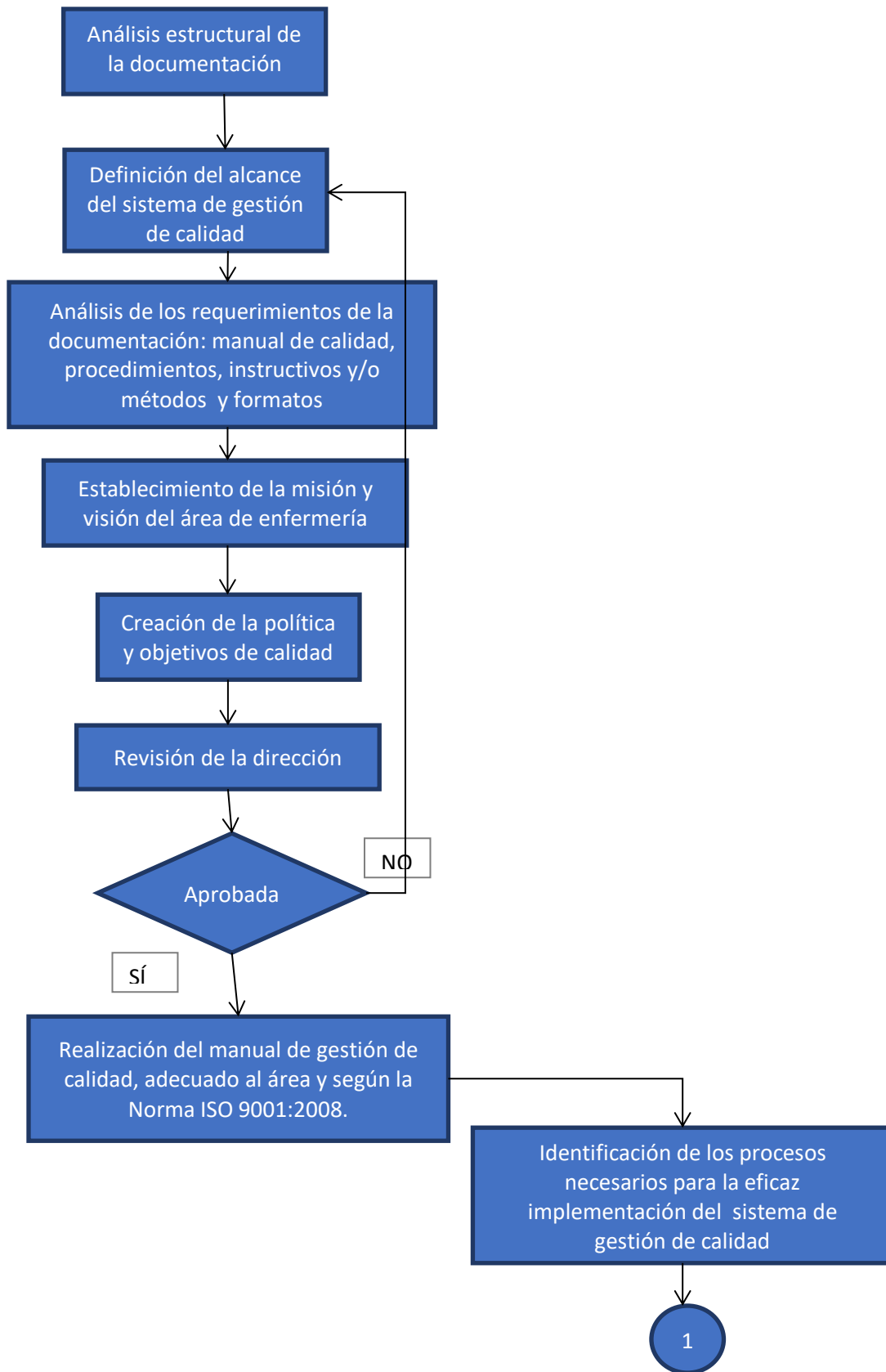
Asegurar la calidad de los servicios y procesos llevados a cabo para el tratamiento y recuperación de los usuarios bajo un enfoque de capacitación y mejora continua, logrando la pronta incorporación del individuo en la sociedad mediante procesos eficientes.

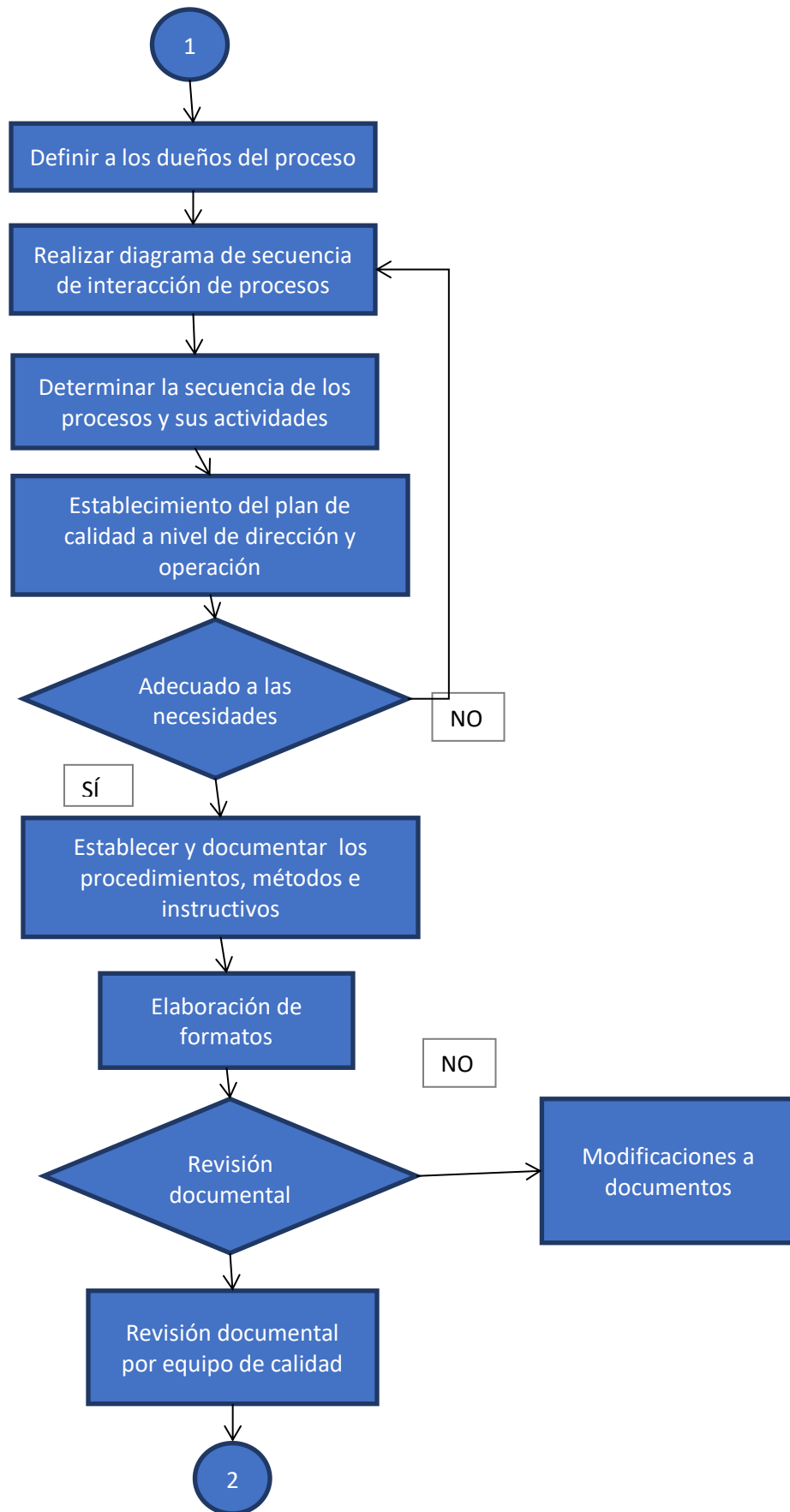
2. Objetivos específicos

- Establecer sistemas de control, supervisión y evaluación que permitan conocer, mejorar la calidad de atención de enfermería y desarrollo personal.
- Aumentar la satisfacción del cliente a través de la mejora continua de los procesos.
- Capacitar al personal según los requerimientos del hospital.
- Compromiso de mantener y cumplir con los requisitos del sistema de gestión de calidad.

C. Elaboración de la documentación

- Manual de calidad del área de enfermería: desarrolla la estructura del sistema de gestión de calidad en donde se especifica la misión, visión, política de calidad y los objetivos que apuntan al cumplimiento de dicha política.
- Manual de organización y funciones para el área de enfermería: ya se cuenta con un manual de atribuciones hay que detallarlo especificando las responsabilidades y funciones que debe desarrollar el personal en sus diferentes cargos y puestos de trabajo con la finalidad de consolidar los objetivos de la institución. Para su desarrollo se empleará el formato presentado en el Anexo 4.
- Mapa de procesos del área de enfermería: presenta una visión general del sistema organizacional del hospital. Destaca la gestión de la institución como planificación estratégica, establecimiento de políticas, procesos de medición, análisis y mejora.
- Procedimientos e instructivos del área de enfermería: aseguran que todas las actividades se efectúen de igual manera independientemente de quién las realice y tienen adjuntos formatos de control. Compromete a cada uno de los responsables con lo establecido en cada procedimiento.
- Formatos de control para el área de enfermería: son utilizados por la institución para constatar que los procesos se están llevando a cabo acorde con el sistema.
- Documentos externos en el área de enfermería: se refiere a los reglamentos, normativas, certificados, constancias, y todo lo pertinente para el desarrollo del sistema de gestión de calidad.
- Registros de calidad en el área de enfermería: proceden de la utilización de los formatos de control y quedan como evidencia objetiva de la realización de actividades del sistema de gestión de calidad. Así como la presentación de quejas y entrevistas con los clientes para detectar inconformidades.





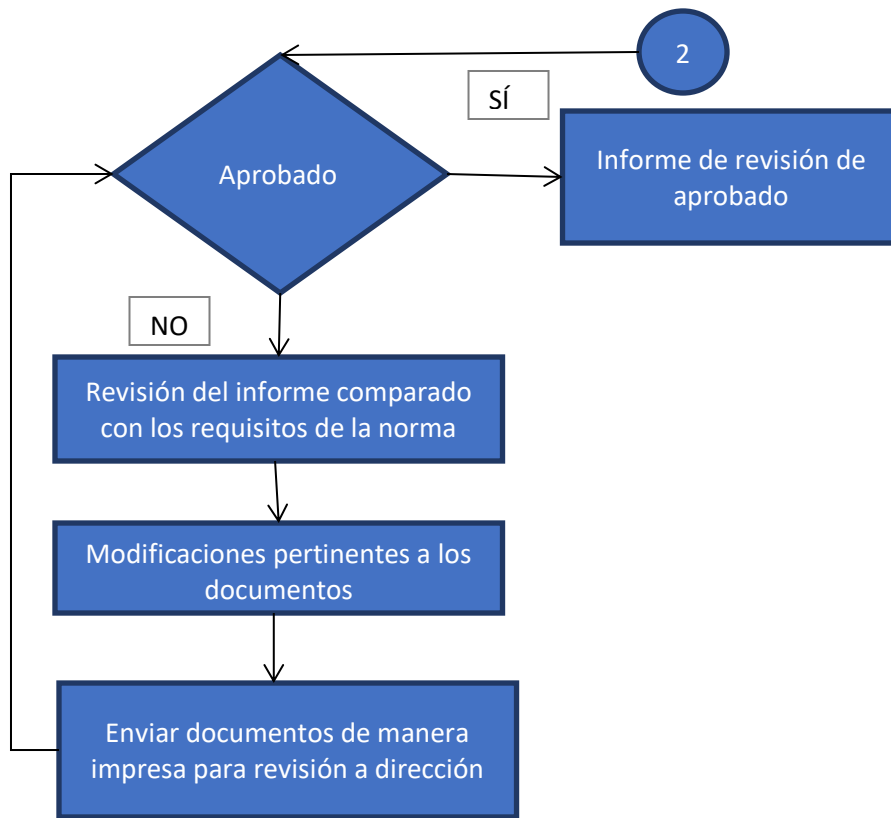


Figura 4: Diagrama de flujo de la implementación de documentación

D. Implementación de la documentación

Manual de calidad:

La dirección del hospital será la encargada de la elaboración, revisión y aprobación del manual de calidad. Se proporcionará el documento tanto al director del Hospital San Rafael como a la jefa de enfermeras, los cuales están autorizadas para realizar alguna modificación en dicho manual de calidad. Cada vez que se realice una revisión o se efectúe algún cambio, se actualiza dicho manual, actualizándose el número de versión y proporcionando una copia de esta al personal encargado.

Control de registros

Son los registros que evidencian el cumplimiento del sistema de gestión de calidad del área de enfermería. También son una fuente de información para ser analizada y verificar si se cumplen los requisitos y se llenan las expectativas de los clientes. Se deben conservar en un lugar específico de forma ordenada con nombre del registro y el responsable de cada uno. El residente de turno así como la jefa de enfermeras son los encargados de identificar los registros de calidad de cada área.

E. Compromiso de la dirección

Responsabilidad de la dirección

Es de suma importancia para alcanzar los beneficios que este sistema pueda brindar, que la dirección del Hospital San Rafael, así como el área de enfermería, sean conscientes de la importancia de su participación activa y la de todo el personal en el desarrollo del sistema de gestión de calidad y su compromiso hacia la mejora continua y desempeño, utilizando como pilares los ocho principios de la gestión de calidad. La dirección del hospital y el personal de enfermería se han enfocado en mantener la satisfacción del cliente:

- Identificar, documentar e implantar los procedimientos que aportan valor a su servicio.
- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios.
- Hacer revisiones del sistema de gestión de calidad cada cierto tiempo.
- Evaluar los resultados del sistema de gestión de calidad.
- Buscar decisiones encaminadas a la mejora continua.

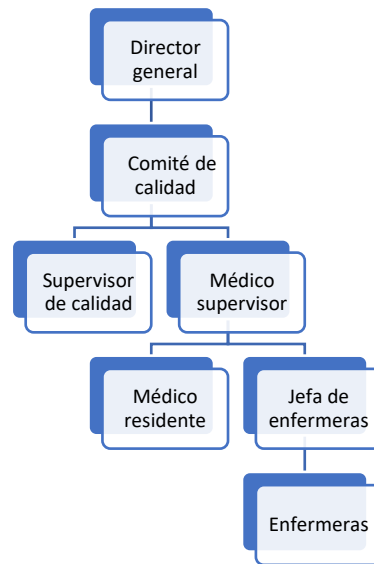
F. Participación del personal

El personal de enfermería está totalmente comprometido a realizar su trabajo buscando siempre el beneficio y el desarrollo de la institución. Dicho personal es el principal recurso para llevar a cabo la calidad de los procesos, debido a que su trabajo y actitud es determinante para brindar un mejor servicio. Integración y asesoramiento del personal entendiendo la norma, implementando la documentación de los procesos y fomentando su participación activa.

G. Asignación de responsabilidades

La dirección y la jefa de enfermeras se comprometen a supervisar y mantener el correcto funcionamiento del sistema de gestión de calidad en la institución. Se elige a un responsable del sistema de gestión de calidad que tendrá como función principal garantizar que se adecuen y cumplan los procesos del sistema. También se nombra a los miembros del comité de calidad, equipo encargado del desarrollo, implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad que sirven de apoyo al responsable.

Figura 5: Organigrama del equipo de calidad



El director del hospital debido a su amplio conocimiento de la institución, su capacidad de liderazgo y autoridad que posee frente a la institución elige al representante de dirección para el sistema de gestión de calidad.

A continuación, se detallan las funciones asignadas a cada cargo:

1. Responsable de calidad

- Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- Informar a la dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Promover la satisfacción del cliente en todos los miembros del personal de enfermería por medio de reuniones periódicas.
- Monitorear la aplicación y actualizar la documentación referente al sistema de gestión de calidad.
- Solicitar a los responsables de los informes del cumplimiento de: objetivos de calidad, acciones correctivas, acciones preventivas, capacitaciones, evaluación del personal, medición de la satisfacción del cliente, etc.

2. Perfil supervisor de calidad

Supervisor de calidad:

Formación: Licenciado en administración de empresas o ingeniero industrial con conocimientos de normas ISO (comprobable).

Habilidades:

- Capacidad de análisis de datos.
- Capacidad de toma de decisiones en los procesos bajo su responsabilidad.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Trabajo con operarios y directivos.
- Iniciativa y capacidad de gestión.

Experiencia:

- 2 años en instituciones en el área de calidad, de preferencia hospitalario.
- Haber tenido personal a su cargo.

Funciones y responsabilidades:

- Implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad.
- Participación en auditorías internas.
- Control de procesos asignados.
- Formación de operarios en materia de calidad y técnicas estadísticas.

Fuente: Elaboración propia

3. Comité de calidad

El comité de calidad es un grupo formado para asegurar que los servicios que se prestan cumplan con los requisitos específicos de los clientes y que los procesos se mantengan en óptimas condiciones.

El comité de calidad está conformado por el director del Hospital San Rafael, médico supervisor, médicos residentes, jefa de enfermeras y responsable de calidad.

Las funciones del comité de calidad se describen a continuación:

- Planear, apoyar y asistir el proceso de desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad.
- Establecer los mecanismos que permitan a los diferentes procesos la aplicación de los objetivos y política de calidad.

- Elaborar programas de auditorías internas y evaluar los resultados.
- Tomar en consideración las quejas, reclamos y sugerencias de los clientes y hacer las correcciones de acuerdo a estas.
- Estudiar y aprobar las propuestas de mejora continua del sistema de gestión de calidad sugeridas por los usuarios internos y externos.
- Monitorear y respaldar la documentación del sistema de gestión de calidad.

El comité de calidad se reunirá semanalmente para revisar, discutir, analizar y proponer mejoras sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad.

H. Comunicación interna

El papel de la comunicación es fundamental en la implementación del sistema de gestión de calidad ya que será la herramienta principal para conocer los avances y deficiencias del sistema. La dirección asegurará la comunicación interna entre todos los miembros del personal. Esta se ejecutará a través de reuniones mensuales convocadas por el director y la jefa de enfermeras con todo el personal del área. La comunicación interna se promoverá por medio de correo electrónico, teléfono, mensajes, reportes, encuestas, boletines y publicaciones en carteleras.

I. Gestión de recursos

La dirección del Hospital San Rafael deberá proporcionar y mantener todos los recursos necesarios para el desempeño de las labores del área de enfermería, con el objetivo de poder atender eficientemente las necesidades de los pacientes.

La dirección debe determinar y proveer los recursos necesarios para: implementar y mantener el sistema de gestión de calidad, mejorar continuamente los servicios prestados por enfermería y lograr la satisfacción de sus clientes mediante el cumplimiento de sus especificaciones y necesidades. Procurar mantener en buen estado las instalaciones y equipo de trabajo, además de promover el incremento de las competencias de su personal a través de capacitaciones.

Todo el personal debe estar involucrado en el proceso de diseño del sistema de gestión de calidad, para que al implementarse, este opere eficazmente. La dirección debe asegurarse que el personal de enfermería sea competente, profesional, cuente con la experiencia y las habilidades apropiadas según las responsabilidades que tenga cada una, con el único objetivo de formar un equipo de trabajo que mejore la competencia frente a los demás hospitales, evitar que el personal no cumpla con las necesidades y requerimientos del cliente para no afectar la calidad del servicio. Es importante que la dirección de a conocer y se asegure que todo el personal comprenda la

importancia de su labor y la contribución al logro de los objetivos de calidad del área de enfermería. Además, mantener registros de cada enfermera, para poder garantizar el conocimiento de su formación académica, sus habilidades y experiencia.

J. Infraestructura

El área de enfermería deberá contar con las instalaciones limpias y apropiadas. Se deben utilizar métodos de mantenimiento, así como exigentes métodos de higiene y limpieza en las instalaciones para lograr que la infraestructura continúe cumpliendo las necesidades de los pacientes y de la institución.

El hospital deberá contar con señalizaciones que indiquen las rutas de evacuación y las salidas de emergencia en caso de alguna eventualidad, además de mantener extintores en lugares estratégicos y revisarlos periódicamente.

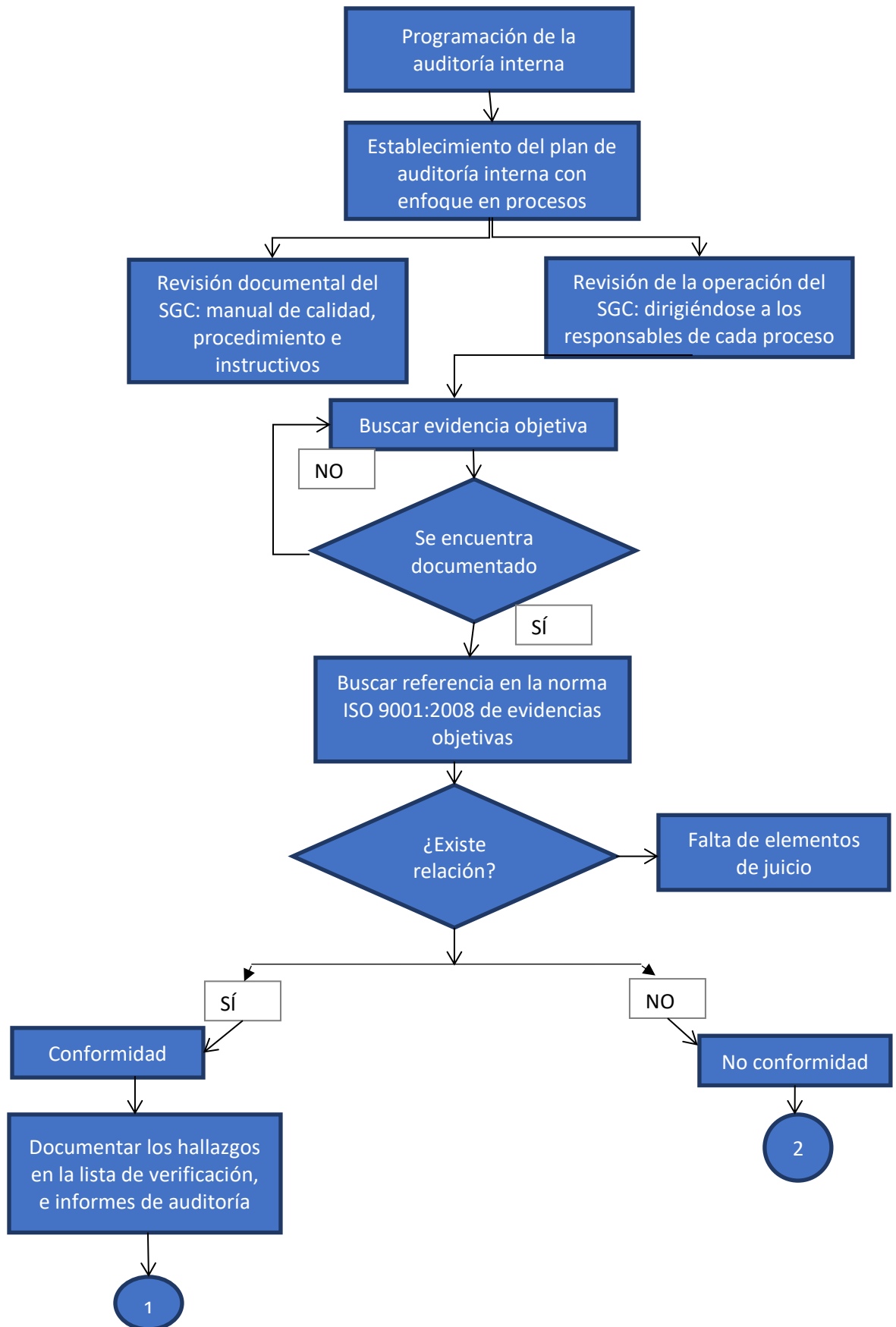
K. Ambiente de trabajo

Se debe mejorar el ambiente de trabajo realizando actividades que involucren más al personal en los temas de calidad. Así mismo realizar actividades recreativas para mantener un ambiente de trabajo agradable y óptimo para desarrollar las diferentes actividades del personal de enfermería. Mantener una rutina de verificación por parte del personal de mantenimiento en las áreas de trabajo ya que el calor, frío, humedad, ventilación, afectan a los pacientes y al personal. Por lo cual, se debe conservar en óptimas condiciones las diferentes áreas.

L. Auditorías internas

Se establecerán los procedimientos de auditoría interna donde se determinarán los criterios para la ejecución de auditorías al departamento, su frecuencia, la metodología y los médicos que la llevarán a cabo para evaluar el nivel de desempeño del sistema de gestión de calidad. Cada punto del sistema de gestión de calidad será auditado conforme al programa de auditorías aprobado por la Dirección, el que podrá ser revisado y modificado de acuerdo a los resultados.

Las no conformidades identificadas durante las auditorías serán presentadas y se aplicarán acciones correctivas sobre las deficiencias. Se hablará con la persona encargada de cada proceso y se sacarán conclusiones para prevenir que se repitan.



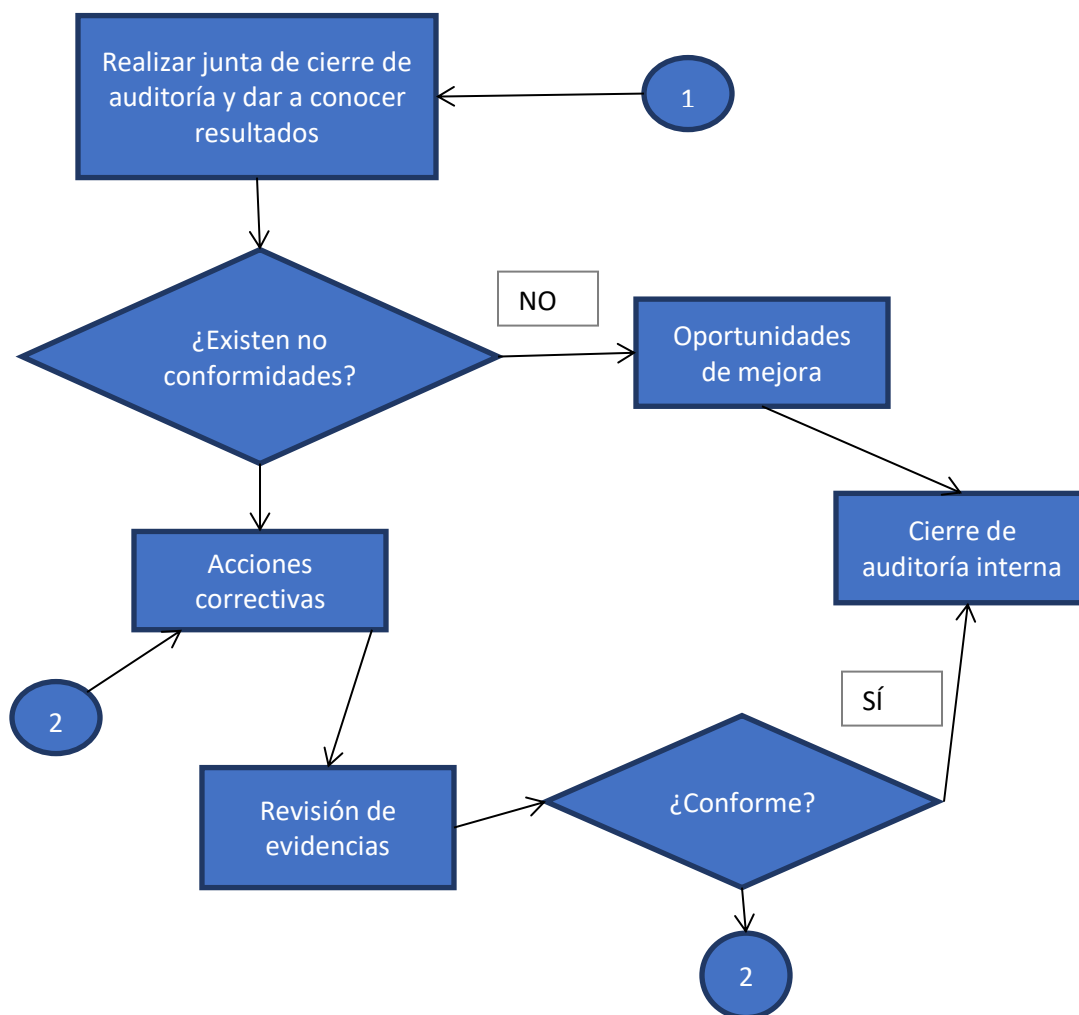


Figura 6: Diagrama de flujo auditorías internas

M. Análisis de datos

Los responsables de cada uno de los procesos del SGC determinarán, recopilarán y analizarán los datos apropiados para demostrar la eficacia de este y para evaluar dónde se pueden realizar las mejoras continuas para lo cual se utilizará la información recabada por la medición y monitoreo de los procesos. Los resultados del análisis de datos se presentarán en las reuniones de revisión por parte de la dirección. Con estos resultados se elaborará el diagnóstico para la mejora de la eficacia global de la institución, teniendo la oportunidad de realizar acciones preventivas.

N. Revisión de la dirección del hospital

La dirección con el apoyo e información brindada por el comité de calidad, se hará la revisión del sistema de gestión de calidad, después de la auditoría interna.

Esta revisión se lleva a cabo con la finalidad de asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema de gestión de calidad. La revisión debe incluir la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de realizar cambios, incluyendo la política y los objetivos.

VII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

Contiene la estructura de todo el plan de acción. Para elaborar este plan se determinaron las etapas en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad. Se recomendó la necesidad de contratar un supervisor del sistema de gestión de calidad para que se encargue de la implementación del proyecto y oriente a todo el personal del hospital.

Etapas 0:

El punto de partida para implementar el sistema de gestión de calidad en el hospital está definido por la política y los objetivos de calidad, alcance del sistema y el análisis de los procesos. El sistema de calidad abarcará todos los procesos que se realizan en el área de enfermería.

Se ha creado un manual de calidad que expone la estructura del sistema de gestión de calidad y se ha elaborado el manual de organización y funciones para que este sea llenado por la institución.

Finalmente, se ha realizado el diagnóstico que muestra el escenario actual en el cual se encuentra el hospital antes de la implementación, para el desarrollo de estrategias en la resolución de deficiencias y el cumplimiento de todos los requerimientos de la norma ISO 9001.

Etapas 1: Presentación del proyecto

El supervisor del sistema de gestión de calidad que se contratará con el consentimiento del director será el encargado de presentar y sustentar el proyecto ante el comité de calidad para lograr su aprobación. Así mismo, durante esta presentación se harán las observaciones, comentarios y sugerencias pertinentes.

El director del Hospital San Rafael presentará el proyecto detallado al comité de calidad elegido y se le comunicará la política, los objetivos y alcance SGC del área de enfermería para su difusión a todo el personal a través de los medios de comunicación disponibles: correo electrónico, boletines, revistas, entre otros.

Los principales objetivos en esta etapa son:

- Presentar y sustentar los conceptos referentes al sistema de gestión de calidad para su aprobación.

- Presentar a la institución el comité que trabajará en la definición e implementación del SGC.
- Motivar al personal para lograr su máxima colaboración con el proyecto.
- Definir los canales de comunicación para la aportación de sugerencias: correo electrónico, buzón de sugerencias, reuniones semanales, entre otros.

Etapa 2: Planificación

En esta etapa se deben establecer los recursos físicos, humanos y de información necesarios para el diseño del sistema de gestión de calidad. Se deben determinar y desarrollar los métodos, tareas, tiempos, responsabilidades, funciones y estándares requeridos en el SGC. El supervisor del sistema de gestión de calidad desarrollará el plan para la implementación del proyecto que determina las actividades a seguir, su secuencia y estrategias para su consecución, el cual será revisado y aprobado por el comité de calidad.

El representante del SGC debe identificar al personal involucrado y responsable del mantenimiento del sistema de gestión de calidad, y seleccionará los auditores internos que serán luego capacitados para realizar las auditorías correspondientes. Además, se asignarán las responsabilidades y funciones que recaen sobre cada miembro del comité de calidad antes, durante y después de la implementación del SGC.

Será responsabilidad del comité de calidad asegurar los recursos físicos como: hardware, software, equipos, útiles de escritorio, material didáctico y acondicionar la infraestructura del área de enfermería, preparando y organizando las áreas de trabajo para la implementación del sistema de gestión de calidad.

Etapa 3: Sensibilización y formación

Esta etapa consiste en sensibilizar y capacitar a los miembros del Hospital San Rafael en los temas básicos referentes al sistema de gestión de calidad. Esta tarea debe ser impulsada por la dirección del hospital. Se procederá a integrar grupos de trabajo con miembros del área de enfermería involucrados en el cumplimiento del SGC. Se elaborará material relacionado con esta temática y se pondrá al alcance del personal para su estudio y retroalimentación, así como una evaluación para determinar el nivel de comprensión acerca de las capacitaciones recibidas.

Etapa 4: Implementación del sistema de gestión de calidad en el área de enfermería

Como punto de partida, el supervisor de calidad junto al personal de enfermería debe elaborar toda la documentación que soporta al sistema de gestión de calidad, bajo la supervisión y gestión del comité de calidad. Dentro de esta documentación se encuentra: el manual de organización y funciones, procedimientos generales y específicos, registros, documentación técnica e instructivos.

Luego de haber desarrollado toda la documentación referente al sistema de gestión de calidad, el comité de calidad distribuirá dicha documentación a todo el personal de las diferentes áreas para su implementación y seguimiento. El inicio de la implementación del SGC es comunicado por el director del hospital a través del comité de calidad resaltando su importancia, comunicando su alcance y metodología de desarrollo al personal de enfermería.

El comité de calidad realizará el seguimiento por medio de visitas de apoyo, capacitaciones adicionales, atención personalizada y continua a todas las inquietudes del personal de enfermería. También se encargará de supervisar la realización de procesos y asesorar al personal en sus funciones, facilitando los recursos y herramientas necesarias.

Etapa 5: Verificación y validación

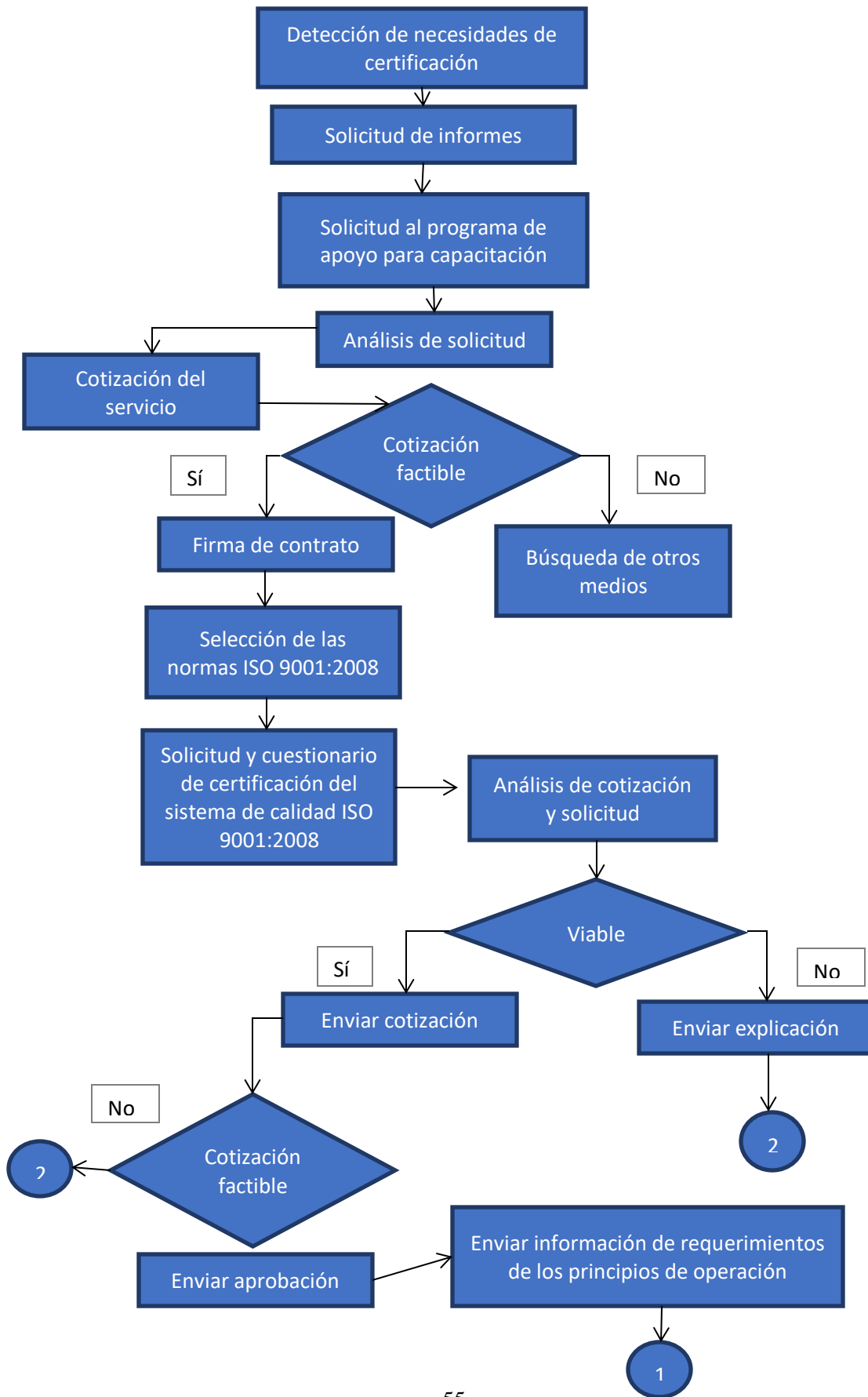
En esta etapa se deben establecer los mecanismos de seguimiento, medición y análisis necesarios para asegurar la eficiencia y evaluar el grado de implementación del sistema de gestión de calidad. Para ello, el representante del SGC elaborará el plan anual de auditoría interna (ver Anexo 4), el cual será aprobado por el director del hospital y distribuido al área de enfermería.

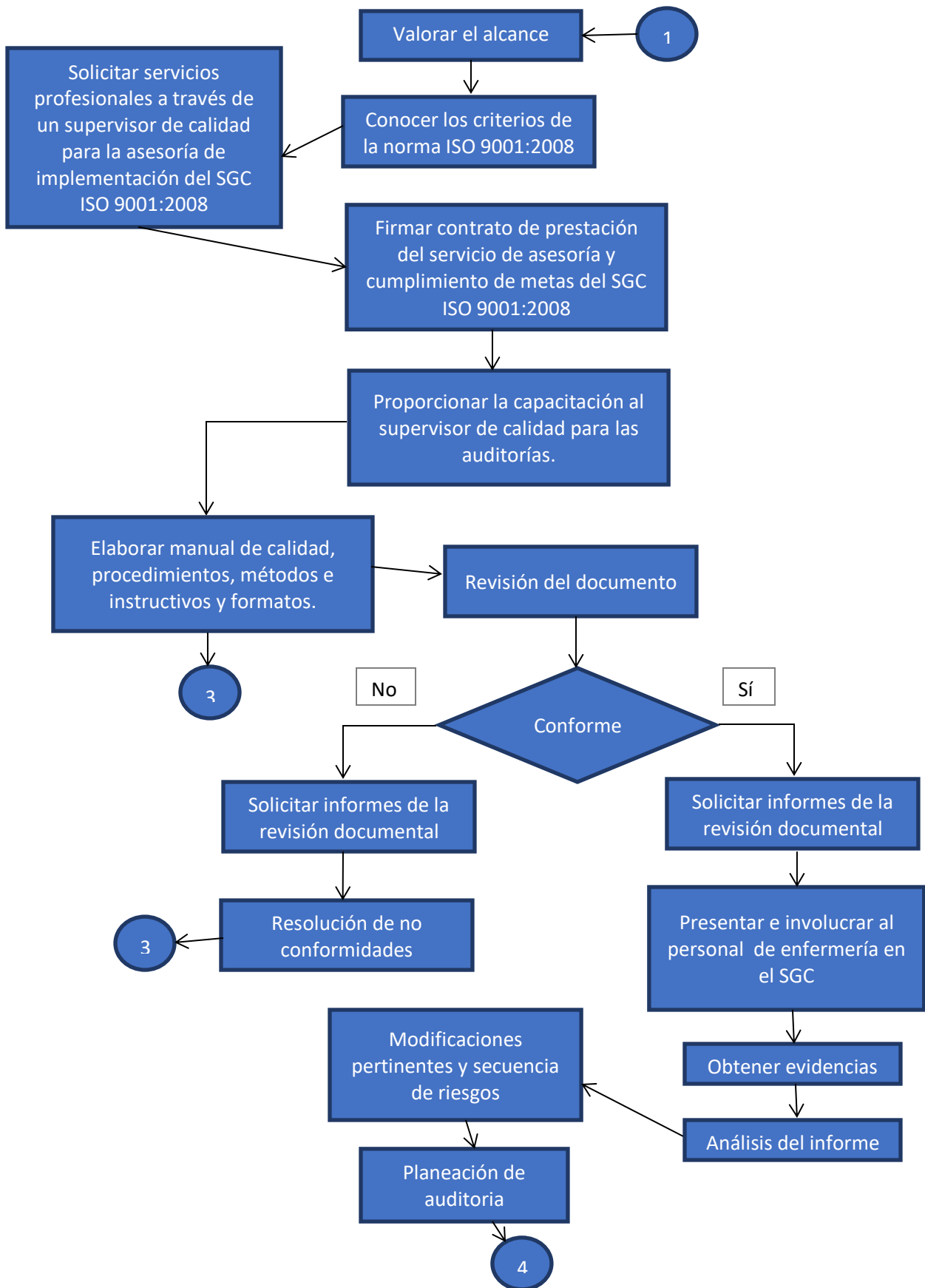
El comité de calidad se encargará de coordinar con los auditores internos seleccionados la realización de las auditorías necesarias del sistema de gestión de calidad. A partir de la evaluación del sistema, se determinarán las no conformidades y oportunidades de mejora a la eficiencia del SGC para luego proceder con las acciones correctivas y preventivas.

A su vez, el comité de calidad realizará la recopilación y análisis de los datos referentes al cumplimiento y desempeño del sistema de gestión de calidad junto con los indicadores de los procesos, del producto y de la satisfacción del cliente para ser presentados a la dirección.

Etapas 6: Mejora continua

Para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad del Hospital San Rafael se debe contar con un proceso de mejora continua con la finalidad de resolver las no conformidades y corregir las faltas para que no vuelvan a ocurrir. El representante del SGC con el apoyo del comité de calidad, identificarán e implementarán las acciones correctivas y preventivas, como oportunidades de mejora continua.





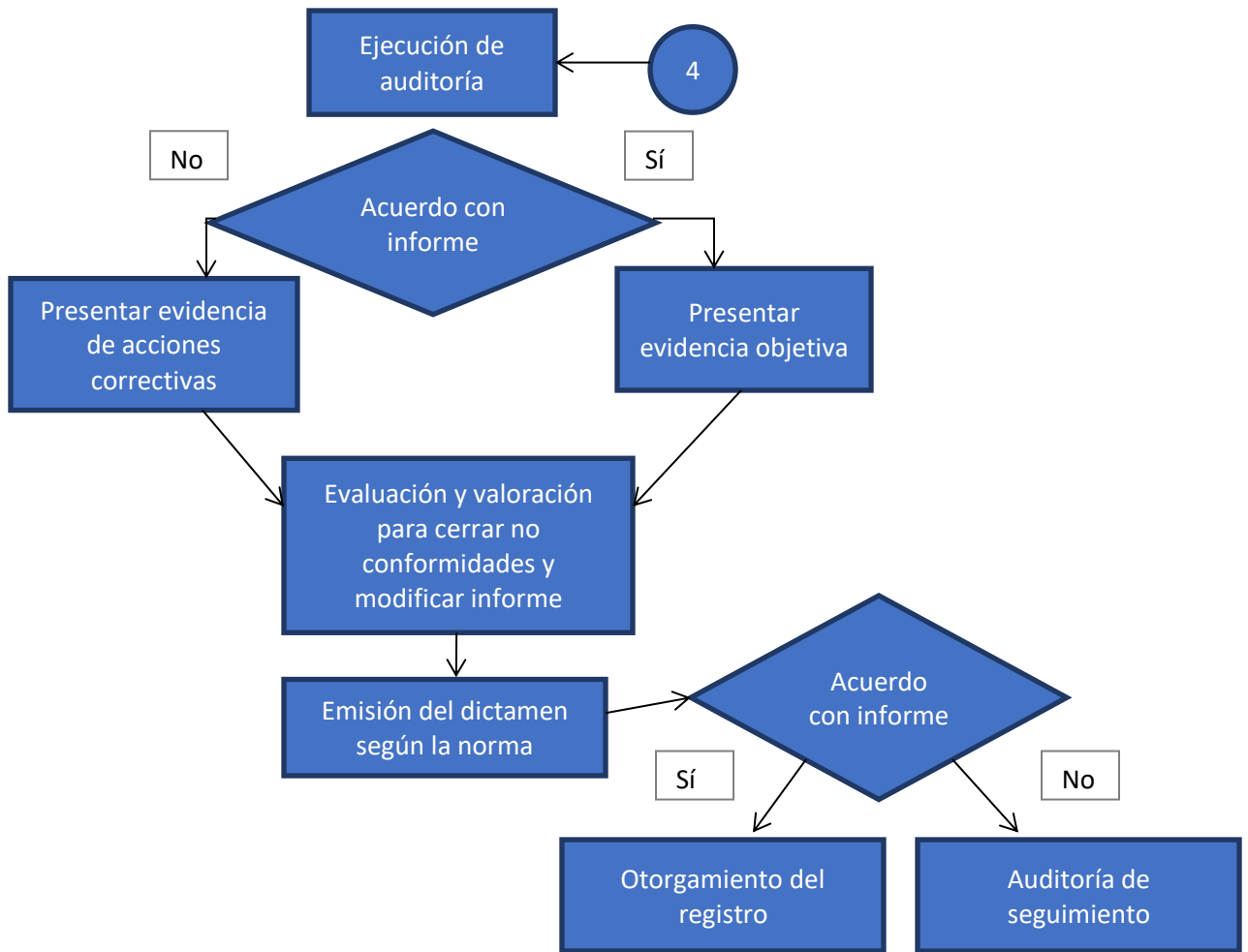


Figura 7: Diagrama de flujo de implementación general del sistema de gestión de calidad

A. Resultados esperados

Con el sistema de gestión de calidad completamente implementado, incluyendo las auditorías internas y externas, se espera obtener un crecimiento global de la institución, que se conviertan en resultados a corto, mediano y largo plazo que se exponen a continuación.

Con la documentación del SGC continuamente actualizada se logrará la plena organización de los procesos, actividades y procedimientos llevados a cabo en la institución. Al establecer y difundir la política de calidad y objetivos, se mantendrá el compromiso e involucramiento del personal, partiendo de la dirección para cumplir la conservación del sistema. En esta etapa se podrá observar con mayor claridad el enfoque hacia donde apunta la institución. Con el nuevo sistema se

espera tener un mejor control y seguimiento sobre lo que opina el cliente acerca del servicio apoyándose en la mejora continua de los procesos principales.

Las capacitaciones resultan un punto de partida importante para el desarrollo del hospital. Es necesario que todo el personal se encuentre involucrado y conozca perfectamente sus funciones y responsabilidades para mantener efectivo el sistema de gestión de calidad. Es por ello que, la dirección revisará mensualmente el plan de capacitación anual para verificar que todas se cumplan. Además, se hará seguimiento a las capacitaciones realizadas a través de exámenes y encuestas, evaluando su aporte en el desarrollo del personal de la institución.

Las evaluaciones y auditorías a los proveedores serán más exigentes para verificar que cumplan todos los requisitos y estándares que plantea el hospital, el no cumplir con los requisitos mínimos resultaría en prescindir de dicho proveedor y la selección de uno nuevo que ocupe su lugar. Este control se llevará a cabo semestralmente y se espera calificar como óptimos o buenos al 95% del total evaluado. A raíz de esto las incidencias de reclamos hacia los proveedores deberían disminuir al 1%.

Con el sistema de gestión de calidad debidamente instalado se podrá tener un mayor enfoque en las no conformidades reportadas. Debido a que existe una cantidad considerable de no conformidades solucionadas, se espera tener por lo menos el 85% de no conformidades solucionadas registradas en la base de datos. Por último, las auditorías se convertirán en un procedimiento clave para mantener un sistema de calidad efectivo es por ello que se espera se realicen todas las auditorías programadas.

Tabla 4: Resultados antes y esperados después de la implementación:

Según la encuesta realizada a 24 pacientes, se determinó el porcentaje de inconformidades lo cual se tomó como referencia para trazar una meta luego de que el sistema fuera implementado.

Cantidad de respuestas			Porcentaje	
Pregunta #	Sí	No	Sí	No
1	18	6	75%	25%
2	16	8	67%	33%
3	15	9	63%	38%
4	10	14	42%	58%
5	12	12	50%	50%

Proveedores de enfermería		
Total	Calificados	% Proveedores calificados
13	11	85%

Órdenes de compra		
# Ordenes	Reclamos	% de reclamos a proveedores
35	1	3%

Los índices fueron determinados en base a una encuesta realizada a los pacientes en el hospital. Los índices propuestos son los ideales cuando el sistema de gestión de calidad ya haya sido implementado, adaptado según la política y objetivos de calidad de la institución. (Anexo D)

Proceso	Indicador general	Fórmula	Situación actual	Norma ISO 9001 implementada
Recurso humano	Capacitaciones programadas	(No. cursos realizados/ No. de cursos planificados) x100	0%	100%
Compras	% de proveedores calificados	(No. de proveedores calificados/No. de proveedores) x100	85%	95%-100%
	% incidencias de reclamos	(No. reclamos a proveedor/No. de órdenes de compra) x100	3%	0%-1%
Ventas	Satisfacción del cliente	(No. clientes satisfechos/No. clientes encuestados) x100	75%	100%
SGC	No conformidades pendientes	(No. de no conformidades solucionadas/No. de no conformidades reportadas) x100	50%	85%-100%
	Índice de mejora	(No. de sugerencias y/o reclamos atendidos/ No. de sugerencias recibidas) x100	40%	80%-100%
	Auditoría programada	(No. de auditorías internas realizadas/No. de auditorías programadas) x100	0%	100%
	% cumplimiento SGC	(Resultado de auditoría/total de puntos de auditoría) x100	0%	90%-100%

Fuente: Elaboración propia.

VIII. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO

El sistema de gestión de calidad propuesto a implementarse en el Hospital San Rafael tiene como propósito un incremento en la calidad del servicio de los procesos de admisión y egreso de los pacientes, esto se verá reflejado en la pronta recuperación de estos. Es importante implementar el sistema de gestión de calidad con el menor costo posible teniendo en cuenta que en este momento el hospital esta con la disponibilidad del presupuesto necesario para mejoras de infraestructura y compra de equipo para aprovecharlo en este proyecto.

A. Costos de implementación

Es difícil determinar el costo de implementar el sistema de gestión de calidad en el hospital en términos generales, porque esta cantidad es variable en cada una de las instituciones o empresas, tomando en cuenta que el desarrollo e implementación requieren de mayor tiempo y más recursos. Entre más compleja es la institución mayores serán los costos (según tamaño y actividades).

Sin embargo, se presenta un estimado de costos de implementación basado en las horas de capacitación y recursos necesarios al precio de mercado.

Tabla 5: Costos reales de implementación:

	Cantidad (meses)	Costo unitario	Costo total	Cotizado en:
Supervisor de calidad	14	Q5,000.00	Q70,000.00	
Capacitación	3	Q2,800.00	Q8,400.00	Coaching y capacitaciones empresariales
Papelería	2	Q39.00	Q78.00	Wallmart
Computadora	1	Q3,795.00	Q3,795.00	Curacao en Guatemala
Impresora	1	Q559.00	Q559.00	Curacao en Guatemala
Total			Q82,832.00	

Fuente: Cotizaciones en el mercado

Los valores dados en la tabla 5 corresponde al salario devengado por la persona que se contratará como supervisor de calidad, cotizaciones realizadas en el mercado donde están incluidas: tres capacitaciones introductorias en temas de calidad y de la norma ISO 9001:2008 de tres días cada una con una duración de cuatro horas diarias para el personal involucrado en la implementación del sistema de gestión de calidad realizadas por la empresa Coaching y capacitaciones empresariales, un computador que cuenta con office marca Dell con un valor de

Q3,795.00, una impresora Canon con un valor de Q559.00 ambos cotizados en la Curacao de Guatemala, y papelería que se utilizará para todos los manuales con un valor de Q78.00.

El costo total de implementación del sistema de gestión de calidad para el Hospital San Rafael será de un aproximado de Q82,832.00.

B. Costos de mantenimiento

Para el mantenimiento del SGC es necesario incluir el costo de las auditorías de seguimiento de parte de una entidad externa que tienen un valor de Q2,300.00 cada una (según datos suministrados telefónicamente por el coaching y capacitaciones empresariales) y se necesitan tres dando un total de Q6,900.00, así como papelería y tinta por un año.

Tabla 6: Costos de mantenimiento:

	Cantidad	Costo unitario	Costo anual	Cotizado en:
Auditoría externa	3	Q2,300.00	Q6,900.00	Coaching y capacitaciones empresariales
Papelería	4	Q39.00	Q156.00	Walmart
Tinta	3	Q70.00	Q210.00	Walmart
Total			Q7,266.00	

Fuente: Cotizaciones en el mercado

Los costos de mantenimiento anual para el Hospital San Rafael corresponden a Q7,266.00.

Tabla 7: Costos totales por mes:

Concepto	Mes														Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Supervisor de Calidad	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q70,000.00
Capacitacion Introduccion a la Calidad (Todos los Involucrados)	Q2,800.00														Q2,800.00
Capacitacion Impotancia de la Calidad (Todos los Involucrados)	Q2,800.00														Q2,800.00
Capacitacion Norma ISO 9001:2008 (Todos los Involucrados)	Q2,800.00														Q2,800.00
Computadora	Q3,795.00														Q3,795.00
Impresora	Q559.00														Q559.00
Tinta	Q70.00					Q70.00				Q70.00					Q210.00
Papeleria	Q39.00			Q39.00			Q39.00	Q39.00	Q39.00		Q39.00				Q234.00
Auditoria Externa												Q2,300.00	Q2,300.00	Q2,300.00	Q6,900.00
TOTAL	Q17,863.00	Q5,000.00	Q5,000.00	Q5,039.00	Q5,000.00	Q5,070.00	Q5,039.00	Q5,039.00	Q5,039.00	Q5,070.00	Q5,039.00	Q7,300.00	Q7,300.00	Q7,300.00	Q90,098.00
TOTAL ACUMULADO	Q17,863.00	Q22,863.00	Q27,863.00	Q32,902.00	Q37,902.00	Q42,972.00	Q48,011.00	Q53,050.00	Q58,089.00	Q63,159.00	Q68,198.00	Q75,498.00	Q82,798.00	Q90,098.00	

Fuente: Elaboración propia

Esta tabla representa los costos de implementación mes a mes dándonos un total de Q90,098.00 de esta forma se le presentará a la dirección observando que el primer mes es el de mayor inversión dado que ahí se realizarán a cabo todas las capacitaciones acerca de los conceptos e importancia de la calidad. Esto podrá darle un mejor panorama a la dirección de los costos de implementación.

IX. Mejoras de gestión ambiental

Con el objetivo de disponer correctamente los materiales que se desechan en la mayoría de los servicios y los cuales están exentos de riesgo biológico (papel, cartón, plástico, aluminio). Este proyecto estará a cargo de la dirección del Hospital San Rafael, coordinado por el supervisor de calidad, con la colaboración de todo el personal.

El proyecto cuenta con los siguientes pasos:

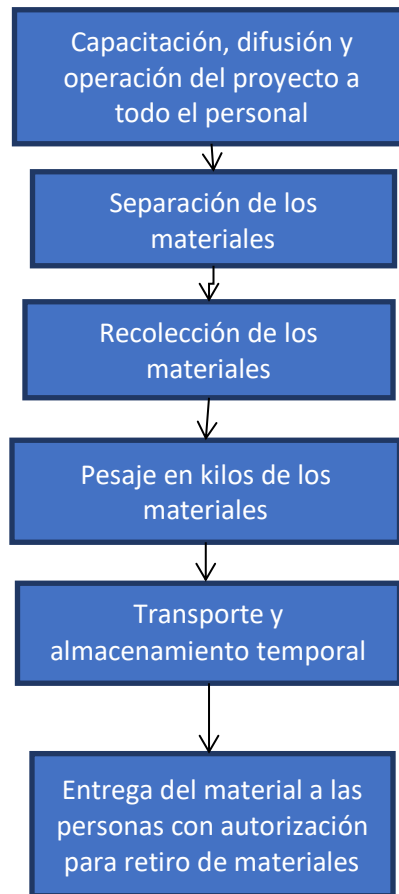


Figura 8: Diagrama de flujo de la gestión ambiental

Fuente: Elaboración propia

Objetivos del proyecto:

- Disminuir el impacto negativo en el ambiente y salud del personal del hospital San Rafael y la comunidad, con un mejor aprovechamiento en la cantidad de desechos generados.
- Promover en el personal del hospital un cambio de actitud que induzca al desarrollo de acciones orientadas al manejo adecuado de los materiales, incluyendo los procesos de recuperación, reutilización y reciclaje de los diferentes materiales.
- Conocer la cantidad de desechos reciclables que se generan en los diferentes servicios del hospital.
- Controlar los desechos reciclables en todos los servicios del área del hospital.

Estrategias:

- Elaborar una encuesta para que cada servicio determine los materiales que pueden incluir en el proyecto. En dicha encuesta establecer un compromiso con el proyecto de las personas que laboran en cada área donde se generan los desechos.
- Definir el tipo y color de recipiente que se requiera para recolectar el material que se reciclará según la encuesta.
- Clasificar y pesar todos los materiales, anotarlos en una bitácora, por tipo de material y peso.
- Definir el sitio de acopio temporal.
- Reunión con asociaciones o grupos externos a los que se les entregará el material.
- Colocar en lugares estratégicos la cantidad de kilos recolectados de cada material, así como mensajes de motivación y estimular un cambio de cultura para proteger el medio ambiente a través del reciclaje.
- Evaluar la aceptación del proyecto.

Clasificación por colores:

 ORGÁNICOS: Alimentos y Vegetales	 PELIGROSOS: Aerosoles y Pilas
 ENVASES : Vidrio, Metal y Plástico	 INFECCIOSOS: Bioinfecciosos y Hospitalarios
 CELULOSA: Papel y Cartón	 SANITARIOS: Medicamentos, Laboratorio y Radiografías
 PET: Botellas	 METALES: Aluminio, Estaño y Acero

Fuente: CONAM

X. CONCLUSIONES

1. El sistema de gestión de calidad del área de enfermería del Hospital San Rafael se basó en la norma ISO 9001:2008. Esta norma internacional plantea los requisitos empleados para cumplir eficazmente las necesidades del paciente y los reglamentos aplicables para conseguir la satisfacción del paciente.
2. Asignar una enfermera encargada para cada paciente en el área de encamamiento proporcionará mayor individualidad en la atención, logrando más rápidamente la adaptación del paciente en el hospital.
3. Teniendo un procedimiento de esterilización, limpieza y preparación estandarizado en la sala de operaciones mejorará los tiempos de los procesos con el que actualmente se utiliza (0.30 minutos).
4. Con la aplicación de sistemas de mayor tecnología como intercomunicadores y cámaras se podrá mejorar la supervisión de los pacientes a cargo de enfermería en caso de una emergencia.
5. La implementación de un sistema de gestión de calidad en el área de enfermería mejorará la imagen corporativa del Hospital San Rafael y fortalecerá los vínculos de confianza y fidelidad de los pacientes con el hospital.
6. La creación de una nueva perspectiva de la institución bajo una política de calidad, objetivos y un mapa de procesos, permitirá al hospital analizar periódicamente sus actividades y realizar una adecuada toma de decisiones, asegurando una planeación estratégica y mejoras en corto tiempo.
7. El establecimiento y estandarización de los procesos de enfermería a través de procedimientos, instructivos y registros bajo el enfoque de la mejora continua, asegurará y mejorará la satisfacción de los pacientes.
8. El control de los servicios y seguimiento de las no conformidades, así como la implementación de acciones correctivas/preventivas y oportunidades de mejora, se verán reflejados en la disminución del porcentaje de quejas.

9. La propuesta del sistema de gestión de calidad en el área de enfermería tiene como propósito identificar y satisfacer las necesidades de los pacientes para lograr una ventaja competitiva además de obtener, mantener y mejorar el desempeño general del hospital.
10. El monitoreo continuo ayudará al personal a mantenerse en constante mejora en los procesos del SGC.
11. El costo total del sistema es de Q90,098.00 partiendo de un costo de implementación del sistema de gestión de calidad para el Hospital San Rafael de Q82,832.00.
12. El crear una cultura de reciclaje ayuda a la conservación del medio ambiente y a la disminución de desechos no renovables.

XI. RECOMENDACIONES

1. Una vez implementado el sistema de gestión de calidad deberá estar en permanente monitoreo, según la metodología planteada y a través de auditorías internas, con el fin de verificar que los documentos y registros se hayan elaborado eficazmente y se encuentren organizados correctamente, que se planifiquen actividades de retroalimentación, los compromisos asumidos por el personal se cumplan y las acciones tomadas sean eficientes.
2. Todos los miembros del área de enfermería deben conocer y atender las necesidades de los pacientes, así como los medios de comunicación para interactuar entre ellos, de forma que sus acciones se orienten hacia la satisfacción de los pacientes.
3. Revisar constantemente los resultados de auditoría interna, asegurando que las no conformidades sean corregidas, sugerir planes de mejora cuando sea necesario e involucrar la participación activa del personal de la institución.
4. Asegurar la participación de todos, personal interno y externo, accionistas y proveedores.
5. Mantener el compromiso del hospital con el SGC a través de capacitaciones, charlas, asesorías, sugerencias de mejora y actividades de involucramiento para hacer sentir al personal valorado, escuchado y sobre todo motivado para seguir adelante.
6. Finalmente se debe saber que al desarrollar un sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2008 no es el objetivo final sino es el principio de un proceso de mejora continua que involucra el compromiso de todos y cada uno de los miembros del Hospital San Rafael.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, F. 2003. *Calidad y Auditoría en Salud*. Primera edición. Bogotá. Ecoe Ediciones.
- Álvarez, A. 2001. *La Medición de la Eficiencia y la Productividad*. Madrid. Edición Pirámide.
- Barquín, M. 1980. *Dirección de Hospitales*. México. Cuarta Edición.
- Hurtado, A. y Alonso, F. 2008. *Sistema de Gestión Integral*. Colombia.
- ISO 9000:2005. *Sistema de Gestión de la Calidad-Fundamentos y Vocabulario*. ISO9000.
- ISO 9000:2008. *Normas y Requisitos de un Sistema de Gestión de Calidad*. ISO9000.
- López, S. 2006. *Implantación de un Sistema de Calidad*. Santiago de Compostela. Primera Edición.
- Lusthaus, C. 2002. *Marco para Mejorar el Desempeño*. Canadá.
- Miranda, M. 2009. *Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la Empresa Pointpay International Chile, basado en el estándar ISO 9001:2000*. Chile.
- Velasco, J. 2007. *Gestión de la Calidad Empresarial*, Madrid. 3ra. Edición Essic.

XIII. EGRAFÍA

- Sistemas y Calidad Total
<http://www.sistemasycalidadtotal.com/calidad-total/15-etapas-implementacion-sistema-gestion-de-calidad-iso-9001/>
- Sistema de Gestión de Calidad
<http://www.internacionaleventos.com/Articulos/ArticuloISO.pdf>
- <http://www.onsec.gob.gt/descargas/calidadgestionpublica/MaterialbaseCursoGestiondeCalidad.pdf>
- <http://www.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10123.pdf>
- www.CONAMA.com

XIV. ANEXOS

A. Anexos de documentos

Manual de organización de funciones del Hospital San Rafael

I. IDENTIFICACIÓN:

A) TÍTULO DEL PUESTO:

Código: XXXX

B) UBICACIÓN:

- ÁREA: _____

C) UNIDAD DE MANDO:

- Reporta a: _____

- Supervisa a: _____

II. OBJETIVO:

III. COMPETENCIA:

a) Educación:

b) Formación:

c) Habilidades:

d) Experiencia:

IV. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES:

Ficha de procesos

Ficha de proceso No.		
Entrada	Proceso	Salida

Responsable del proceso:	
Objetivo del proceso	
Inicio del proceso:	
Principales actividades:	
Fin del proceso:	
Personas involucradas:	
Registros relacionados:	

Formato de procedimiento

	Procedimiento	Código:
		Versión: Elaboración: Revisado: Aprobado Fecha: Página:

Copia No.
Asignada a:
Proceso:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

1. Objetivo

2. Alcance

3. Definiciones

4. Documentos de referencia

5. Responsable

6. Descripción

PROGRAMA DE AUDITORÍA

Nombre de auditoría:

Área auditada:

Auditor:

Motivo:

Firma:

Objetivo

--

Alcance

--

Cronograma

Actividad	Hora inicio	Hora final	Observaciones
Reunión de apertura			
Revisión de documentos			
Revisión de hallazgos			
Reunión de cierre			
Informe auditoría			

Informe de auditoría

Antecedentes:	
No. de auditoría:	Fecha:
Alcance de auditoría:	Tipo de auditoría:
Nombre sitios auditados:	
Encargado del sistema:	Firma:
Auditor:	Firma:

Auditoría

Listado de documentos verificados

Listado de entrevistados

Resultados de auditoría

No.	Descripción de no conformidad	Referencia documental	Referencia normativa

Reporte de no conformidades

Registro de no conformidad No. __	Área	Fecha:
-----------------------------------	------	--------

Detalle de no conformidad

--

Análisis de la causa

--

Acción inmediata

--

Acciones correctivas	Responsable	Fecha de compromiso

Acciones preventivas	Responsable	Fecha de compromiso

Seguimiento de la acción	Verificador	Fecha de seguimiento

Cierre de las acciones	Verificador	Fecha de cierre

Director	Firma	Fecha	
----------	-------	-------	--

B. Anexo de evaluación del diagnóstico actual

Num. ISO	Requisito	NA 0%	NO 10%	IDEA 25%	DOC 50%	IMPLE 75%	REG DE IMPLE		Total	Observaciones
							100%			
CAPÍTULO 4										
4.1	REQUISITOS GENERALES		4			1			23%	
4.1	Identifica los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la institución		1							
4.1	Cuenta con diagramas que muestran la secuencia de sus interacciones correspondientes a los procesos		1							
4.1	Tiene documentados y definidos los criterios y métodos para asegurar que el control y operación de sus procesos sean eficaces		1							
4.1	Cuenta con un programa que asegura la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de sus procesos					1				
4.1	Tiene documentado la forma de llevar a cabo las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y mejorar continuamente los procesos		1							
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN		5		6				32%	
4.2.1	Declaraciones documentadas de la política y objetivos de calidad		1							
4.2.1	Procedimientos documentados y registros requeridos por esta norma		1							
4.2.1	Cuenta con los documentos, incluidos los registros que la institución determine que son necesarios para asegurar la planificación, operación y control eficaz de los procesos				1					
4.2.2	Cuenta con un manual de calidad		1							

4.2.3	Se tiene un procedimiento establecido para aprobar documentos según las necesidades antes de ser emitidos				1				Se tiene documentado
4.2.3	Se tiene un procedimiento documentado para revisar y actualizar documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente		1						
4.2.3	Se tiene un procedimiento documentado para asegurarse que se identifican los cambios y el estado actual de los documentos		1						
4.2.3	Se tiene un procedimiento documentado para asegurarse de que las versiones actualizadas de los documentos a utilizar se encuentran disponibles en los puntos de uso				1				
4.2.3	Se tiene un procedimiento documentado para asegurarse que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables				1				
4.2.3	Se tiene un procedimiento documentado para asegurarse que se identifican los documentos obsoletos, y que se conserven por cualquier razón				1				
4.2.4	Los registros de calidad permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables				1				
CAPÍTULO 5: RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN									
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		8	2	1	1	1	26%	
5.1	Se ha establecido la política de calidad y los objetivos vinculados a la misma		1						
5.1	Se ha difundido correctamente la política de calidad		1						
5.1	Se llevan a cabo revisiones del SGC		1						
5.2	La dirección de la institución se asegura que los requerimientos del paciente se determinen y se cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción del mismo				1				
5.3	La dirección asegura que la política de calidad incluye el compromiso de satisfacer los requerimientos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC		1						

5.3	La dirección se asegura que la política de calidad se ponga en práctica y se mantenga a lo largo del tiempo			1					
5.4.1	Los objetivos de calidad se establecen según las funciones y los niveles pertinentes, son medibles y coherentes con la política de calidad		1						
5.4.2	Planifica los cambios que pueden afectar la integridad del SGC		1						
5.5.1	Se tienen definidas las responsabilidades de cada una de las personas que interactúan con el área de enfermería y pueden afectar la calidad según la ISO 9001:2008					1			Si existen documentos y registros de las responsabilidades de cada persona.
5.5.1	Se cuenta con un organigrama actualizado						1		
5.5.2	Ha seleccionado el representante de la dirección			1					
5.5.3	Ha establecido los procesos de comunicación y efectuado mejoras en los mismos		1						
5.6	Ha establecido las entradas, los resultados y otras características del proceso de revisión		1						
CAPÍTULO 6: GESTIÓN DE LOS RECURSOS									
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS					1			75%
6.1	Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos.					1			
6.2	RECURSOS HUMANOS					3			50%
6.2.2	Se ha determinado la competencia del personal que realiza los trabajos que afectan la calidad de la atención y el servicio					1			
6.2.2	Existe una metodología que permite identificar las necesidades de formación y suministrar la misma al personal del SGC					1			
6.2.2	Mantiene registros que evidencian la educación, formación, habilidades y experiencia					1			
6.3	INFRAESTRUCTURA							5	100%

6.3	Se cuenta con un listado de los equipos que cuenta la institución y que inciden en la conformidad del servicio						1		
6.3	Los equipos cuentan con la información documentada que describe las especificaciones técnicas del equipo y la codificación de estos						1		
6.3	Se ha definido la frecuencia para realizar el mantenimiento preventivo de los equipos						1		
6.3	Se han definido las actividades necesarias y su frecuencia para realizar el mantenimiento preventivo en el hospital						1		
6.3	Se informa sobre los planes de mantenimiento definidos en cada proceso						1		Se llevan registros.
6.3	Se hacen los mantenimientos planeados y definidos, conservando un registro de los mismos						1		
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO 2 10%								
6.4	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo que pueden afectar el SGC		1						
6.4	Se han diseñado los controles para el ambiente de trabajo que influyen en el proceso productivo del SGC		1						
CAPÍTULO 7: REALIZACIÓN DEL SERVICIO									
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO 1 2 92%								
7.1	Se han determinado los requisitos del servicio						1		
7.1	Se tienen documentadas las actividades que requieren de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección, hacer prácticas previas necesarias para el servicio, así como los criterios para la aceptación de este						1		
7.1	Se tiene documentado el plan de calidad: Descripción de los controles que deben realizarse en cada una de las etapas del proceso. Variables por controlar, especificaciones, método de control y su registro.						1		
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 4 100%								
7.2.1	Cuentan con metodologías para gestionar los servicios, convenios o intercambios, presentación de ofertas o ventas						1		Seguros e IGSS

7.2.3	Se han establecido los procesos de comunicación con el cliente relacionados con la información del servicio						1		
7.2.3	Se han establecido los procesos de comunicación con el cliente durante la prestación del servicio						1		
7.2.3	Se han establecido procesos de comunicación con el cliente respecto a la retroalimentación, incluyendo las quejas						1		
7.3	COMPRAS								
				1	1		2	75%	
7.3.1	Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores						1		Se analiza a los proveedores
7.3.1	Se tienen datos o información de la materia prima y servicios que deben adquirirse					1			
7.3.2	Se lleva un registro detallado de los requerimientos para su aprobación de los equipos, insumos y suministros necesarios para la actividad del personal				1				Está documentado, pero no se mantiene un registro actualizado
7.3.3	Se cuenta con una metodología apropiada para la verificación de productos comprados.						1		
7.4	PRESTACIÓN DEL SERVICIO								
						1	1	88%	
7.4.1	Se tiene una descripción completa de los procesos de los servicios que se prestan						1		
7.4.2	Existen procedimientos registrados para la validación de los procesos de prestación de servicios					1			
7.5	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN								
		1		2			2	62%	
7.5	Se conocen cuales son los equipos de medición que pueden afectar la calidad del servicio, así como el procedimiento utilizado				1				
7.5	Tiene una metodología que describe la gestión en la institución				1				Hay que actualizarlas
7.5	Los equipos de medición cuentan con codificación, ficha técnica y hoja de vida						1		
7.5	Existe un responsable de la función metodológica de la institución		1						

7.5	Se conservan los registros de mantenimiento, verificación y calibración de los equipos de medición						1		
CAPÍTULO 8: SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN									
8.2	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO		3	1	1		1	35%	
8.2.1	Se realiza seguimiento a la satisfacción del cliente o usuario						1		
8.2.2	Existe un procedimiento para auditorías internas de calidad			1					
8.2.2	Existe un sistema o forma de evaluación y selección de auditores internos de calidad		1						
8.2.2	Se ha elaborado un programa de auditorías internas de calidad		1						
8.2.3	Se tienen definidos indicadores de quejas, reclamos y acciones de mejoramiento				1				
8.2.4	Tienen metodologías para la medición y seguimiento para la prestación del servicio		1						No auditadas
8.2.4	Se llevan registros de las personas que autorizan la prestación del servicio al cliente								
8.3	CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME						2	100%	
8.3	Se tiene un procedimiento para el control de servicios no conformes						1		
8.3	Se tienen identificadas las posibles no conformidades relacionadas con los servicios						1		
8.4	ANÁLISIS DE DATOS		1	2		1	1	33.75%	
8.4	El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente					1			
8.4	El análisis de datos se aplica a la conformidad del servicio			1					
8.4	El análisis de datos se aplica a las características y tendencia de los procesos del servicio			1					
8.4	El análisis de datos se aplica a los proveedores		1						
8.5	MEJORA		4	1	1			19%	
8.5.1	Existen mejoras demostrables a través de auditorías internas		1						

8.5.1	Existen mejoras demostrables a través de la política y objetivos de calidad		1						
8.5.1	Existen mejoras demostrables a través del análisis de datos		1						No se analizan los datos
8.5.1	Existen mejoras demostrables a través de las acciones preventivas y correctivas			1					
8.5.1	Existen mejoras demostrables a través de la revisión efectuada por la dirección				1				
8.5.2	Tienen un procedimiento para implementar y verificar la eficiencia de las acciones preventivas y correctivas		1						

C. Anexo de la encuesta en el área de enfermería

Hospital San Rafael Encuesta satisfacción de cliente

Solicitamos su colaboración completando el siguiente cuestionario, cuyos resultados pretenden conocer el nivel de satisfacción de los servicios ofrecidos y la calidad del servicio prestado por el área de enfermería del Hospital San Rafael.

1. ¿El servicio brindado por el hospital lleno sus expectativas?

Sí _____ No _____

2. ¿La atención que se le prestó es oportuna y a tiempo?

Sí _____ No _____

3. ¿El personal fue amable, dispuesto a colaborar y respetuoso?

Sí _____ No _____

4. ¿La atención a sus sugerencias, reclamos u observaciones fue atendida?

Sí _____ No _____

5. ¿Las inconformidades reportadas fueron atendidas por el hospital?

Sí _____ No _____

D. Anexo de la asignación de responsabilidades

Etapa	Actividades	Responsable	Objetivo	Estrategia
Presentación del proyecto	Presentación y sustentación del proyecto a la dirección del hospital.	Jefe del sistema de gestión de calidad	Aprobar el proyecto	Reunión para revisión y recolección de ideas y sugerencias.
	Presentación del proyecto al equipo de calidad.	Supervisor de calidad	Establecer requisitos y responsabilidades a cada miembro	Reunión con el equipo de calidad.
	Presentación del proyecto al resto de involucrados.	Supervisor de calidad	Comunicar la política de calidad y sus objetivos.	Dar a conocer a toda el área de enfermería mediante un correo electrónico, boletines o paneles informativos.
Planificación	Gestión del plan de implementación	Equipo de calidad.	Determinar las herramientas necesarias.	Estudio y diagnóstico de la institución y establecimiento del marco en el que se encuentra.
	Establecimiento y gestión de recurso humano.	Equipo de calidad.	Indicación de funciones y responsabilidades	Comunicación a todo nivel y selección del personal apto.
	Provisión de recursos físicos y acondicionamiento de infraestructura.	Equipo de calidad.	Asegurar los recursos físicos y organizar el área de trabajo.	Registros y mantenimiento de inventario del área de enfermería y verificación de áreas de trabajo.
Sensibilización y formación	Sensibilización ISO a todo el personal del área de enfermería.	Coaching y capacitaciones empresariales y supervisor de calidad	Comprometer al personal con el desarrollo del sistema de gestión de calidad en la institución.	Reuniones constantes, boletines y correos electrónicos.
	Preparación y gestión del material necesario para llevar a cabo capacitaciones.	Equipo de calidad.	Identificar y facilitar las necesidades para llevar a cabo la capacitación.	Listado de registros de las herramientas necesarias y ambiente de trabajo.
	Capacitación al personal y formación continua en temas de calidad y gestión de calidad.	Coaching y capacitaciones empresariales y supervisor de calidad	Aumentar la eficiencia del personal y proporcionar los conocimientos necesarios sobre el sistema de gestión de calidad.	Cursos de capacitación ISO 9001 y gestión de calidad brindados por personas capacitadas en el tema.

	Evaluación de capacitaciones y conocimientos adquiridos.	Equipo de calidad.	Detectar, comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos.	Registro de resultados de las capacitaciones.
Implementación del sistema de gestión de calidad	Desarrollo de toda la documentación que soporta el sistema de gestión de calidad.	Equipo de calidad.	Preparar herramientas para documentar la implementación.	Instrucción y revisión de la documentación.
	Organización y distribución de la documentación al personal para su mantenimiento y utilización.	Supervisor de calidad	Garantizar los recursos necesarios para la realización de actividades.	Registro, calificación y control de la documentación desarrollada y distribuida.
	Iniciación del sistema de gestión de calidad.	Supervisor de calidad	Llevar a cabo los procesos y poner en práctica la documentación establecida.	Comprobar que existan las herramientas y el personal necesario para la puesta en marcha.
	Seguimiento y supervisión del desarrollo de implementación.	Supervisor de calidad	Asegurar que los procesos y documentos estén conformados.	Revisión y comparación continua del diseño contra el desarrollo del sistema de gestión de calidad.
Verificación y validación	Planificación y realización de auditorías internas.	Supervisor de calidad	Identificar y registrar las no conformidades y oportunidad de mejora.	Seguimiento y cumplimiento de auditorías internas.
	Recopilación de datos e indicadores.	Supervisor de calidad	Verificar el cumplimiento y desempeño de la institución en la implementación del sistema de gestión de calidad.	Registro y análisis de resultados.
Mejora continua	Corrección de las no conformidades mediante acciones correctivas y preventivas.	Equipo de calidad.	Mantener eficazmente el sistema de gestión de calidad en el hospital.	Seguimiento de las no conformidades y aplicación inmediata de las acciones respectivas.
	Implementación de oportunidades de mejora continua.	Equipo de calidad.	Mejora continua del sistema.	Continuar con la búsqueda de herramientas y metodología para la mejora del sistema.

	Dar seguimiento a las mejoras implementadas y análisis de las lecciones aprendidas.	Dirección del hospital y equipo de calidad.	Comprobar los resultados alcanzados y registrar experiencias.	Registro y evaluación de las mejoras implementadas y compartir lecciones aprendidas.
--	---	---	---	--

E. Anexo del cronograma

Etapa	Actividades	Semana																											
		1				2				3				4				5				6				7			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Presentación del proyecto	Presentación y sustentación del proyecto a la dirección del hospital.	■																											
	Presentación del proyecto al comité de calidad.	■																											
	Presentación del proyecto a todos los involucrados.		■																										
Planificación	Gestión del plan de implementación.		■	■	■																								
	Establecimiento y gestión del recurso humano.		■	■	■	■																							
	Provisión de recursos físicos y acondicionamiento de infraestructura.		■	■	■	■	■																						
Sensibilización y formación	Sensibilización ISO a todo el personal del área de enfermería.		■	■	■	■	■	■																					
	Preparación y gestión del material necesario para llevar a cabo capacitaciones.					■	■	■	■	■																			
	Capacitación al personal y formación continua en temas de calidad y sistema de gestión de calidad.									■	■	■	■	■	■	■	■												
	Evaluación de capacitaciones y conocimientos adquiridos.															■	■	■	■										

Etapa	Actividades	Semana																																			
		6				7				8				9				10				11				12				13				14			
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
Implementación del sistema de gestión de calidad	Desarrollo de toda la documentación que soporta al sistema de gestión de calidad.	■	■	■	■	■	■	■																													
	Organización y distribución de la documentación al personal para su mantenimiento y utilización.					■	■	■	■	■	■	■	■																								
	Iniciación del sistema de gestión de calidad.																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Seguimiento y supervisión del desarrollo de implementación.																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Verificación y validación	Planificación y realización de auditorías internas.																											■								■	
	Recopilación de datos e indicadores.																																				■
Mejora continua	Correcciones de las no conformidades mediante acciones correctivas y preventivas.																																			■	
	Implementación de oportunidades de mejora continua.																																			■	
	Dar seguimiento a las mejoras implementadas y análisis de las lecciones aprendidas.																																			■	

F. Manual de calidad

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 1 de 7

Hospital San Rafael

Elaboró: Supervisor de calidad	Revisó: Comité de calidad	Aprobó: Dr. Oscar de León Director
Firma:	Firma:	Firma:

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 2 de 7

Fecha:	
---------------	--

- **Introducción:**

En la actualidad es importante que toda institución pública y privada se oriente a los sistemas de gestión de calidad. Los usuarios son la razón de ser de todo proceso o servicio y la calidad brindada hacia ellos debe ser el principal objetivo. Basados en esta orientación se plantea un mejoramiento continuo de la institución en los servicios de salud y atención al paciente.

Hay una gran preocupación por las inconformidades de los pacientes últimamente por lo que se tiene una gran presión en mejorar los servicios hacia ellos. Esto se debe a la poca organización en el trabajo, ineficaz control de procesos y falta identificación de los empleados con la calidad. Por lo que se pretende ordenar, estandarizar y organizar los procesos de enfermería para brindar un mejor servicio e implementar el mejoramiento continuo basado en la norma ISO 9001:2008.

Es por ello que entra en consideración la norma ISO 9001, la cual establece los requisitos para implementar y mantener un buen sistema de gestión de calidad que pueda utilizarse para su aplicación interna por las instituciones. El sistema de gestión de calidad bajo la norma 9001:2008 en el área de enfermería del hospital San Rafael tiene como finalidad que se integren los procesos, los procedimientos y los responsables de cada actividad para mejorar la gestión en el hospital.

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 3 de 7

1.1 Aspectos generales del área de enfermería del Hospital San Rafael

1.2 Misión

El hospital San Rafael es una institución comprometida a brindar asistencia médica, preventiva y curativa, orientado al mejoramiento de la salud del sur occidente, con un personal comprometido y capacitado.

1.3 Visión

Ser una institución hospitalaria que ofrezca calidad en sus servicios, con responsabilidad social se devuelva la salud a los pacientes, con un elevado estándar de calidad, aplicando los criterios de oportunidad, eficacia y equidad apoyándose en un recurso humano calificado.

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 4 de 7

2. Objeto del manual

3. Estructura del sistema de gestión de calidad

3.1 Alcance

El alcance del sistema de gestión de calidad es la prestación de servicio de enfermería bajo el estándar internacional ISO 9001:2008

3.2 Política de calidad

Ofrecer una alta calidad de atención hospitalaria especializada al paciente, su familia y comunidad. En forma oportuna, eficiente y conforme a las normas establecidas utilizando información veraz y comprensible con personal comprometido y capacitado continuamente. Promoviendo el trabajo en equipo basándose en la mejora continua y eficacia del sistema.

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 5 de 7

3.3 Objetivo de calidad

Objetivo general

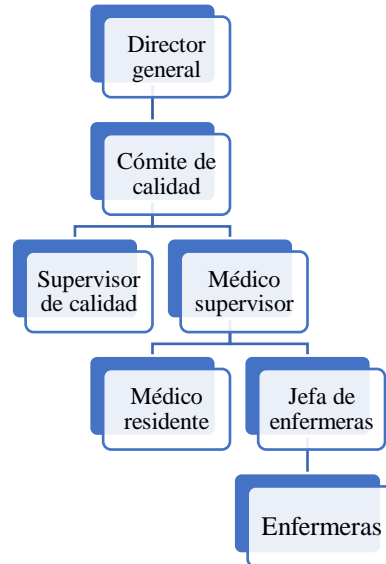
Asegurar la calidad de los servicios y procesos llevados a cabo para el tratamiento y recuperación de los pacientes bajo un enfoque de capacitación y mejora continua, logrando la pronta recuperación del paciente poniendo en práctica procesos eficientes.

Objetivos específicos

- Establecer sistemas de control, supervisión y evaluación que permiten conocer y mejorar la calidad de atención de enfermería y desarrollo del personal.
- Aumentar la satisfacción del paciente a través de la mejora continua de los procesos.
- Capacitar al personal según los requerimientos del hospital.
- Compromiso de mantener y cumplir con los requisitos del sistema de gestión de calidad.

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 6 de 7

3.4 Estructura organizacional



3.5 Responsabilidades

Responsable de calidad

- Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- Informar a la dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse que se promueva la conciencia de los requerimientos de los pacientes en todos los niveles del departamento de enfermería a través de reuniones.
- Monitorear la aplicación y actualizar la documentación referente al sistema de gestión de calidad.
- Solicitar a los responsables los informes de cumplimiento de los objetivos de calidad, acciones correctivas, acciones preventivas, capacitaciones, evaluación del personal y medición de satisfacción del paciente.

	MANUAL DE CALIDAD	Código: 001
		Versión: 01
		Página: 7 de 7

Comité de calidad

El comité de calidad es un grupo formado para asegurar que los servicios que se prestan cumplan con los requerimientos específicos de los pacientes y que los procesos se mantengan en óptimas condiciones.

El comité de calidad está formado por el director del Hospital San Rafael, médico supervisor, médico residente, jefa de enfermeras y responsable de calidad.

Las funciones del comité de calidad se describen a continuación:

- Planear, apoyar y asistir el proceso de desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad.
- Establecer los mecanismos que permitan a los diferentes procesos la aplicación de los objetivos y política de calidad.
- Elaborar programas de auditorías internas y evaluar los resultados.
- Dar tratamiento adecuado a las quejas, reclamos y sugerencias de los pacientes.
- Estudiar y aprobar las propuestas de mejora continua del sistema de gestión de calidad sugeridas por los usuarios internos y externos.
- Monitorear y respaldar la documentación del sistema de gestión de calidad.

El comité de calidad se reunirá semanalmente para revisar, discutir, analizar y proponer mejoras sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad.