



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

TESIS DE GRADO

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERO INDUSTRIAL

MENCION EN GESTION DE CONTROL DE LA CALIDAD

TEMA:

“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001 APLICADO EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN - ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD DE MANTA ÁREA N° 2”.

DIRECTOR DE TESIS:

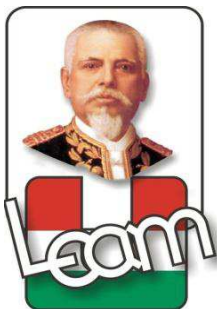
ING. JOUBER ANTONIO AZUA ALVIA

AUTORES:

CAMPAÑA MERA JORGE ALEJANDRO
MERO VILLAVICENCIO RENE FRANCISCO

MANTA – MANABI – ECUADOR

2011 - 2012



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

TESIS DE GRADO

PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERO INDUSTRIAL

MENCION EN GESTION DE CONTROL DE LA CALIDAD

TEMA:

“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001 APLICADO EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN - ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD DE MANTA ÁREA Nº 2”.

DIRECTOR DE TESIS:

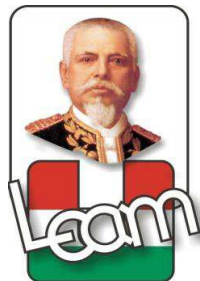
ING. JOUBER ANTONIO AZUA ALVIA

AUTORES:

CAMPAÑA MERA JORGE ALEJANDRO
MERO VILLAVICENCIO RENE FRANCISCO

MANTA – MANABI – ECUADOR

2011 - 2012



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

TESIS DE GRADO

“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001 APLICADO EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN - ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD DE MANTA ÁREA N° 2”.

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, como requisito para obtener el título de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Aprobado por el Tribunal Examinador:

DECANA DE LA FACULTAD

Ing. Leonor Vizuite Gaibor, Mba

DIRECTOR DE TESIS

Ing. Joubert Antonio Azua

JURADO EXAMINADOR

JURADO EXAMINADOR

RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi calidad de Director de Tesis, certifico, que el trabajo versado sobre “Diseño e Implementación de un sistema de Gestión de Calidad ISO 9001, para que sea Implantado en el Departamento de Admisión - Estadística del Centro de Salud de Manta Área N° 2 presentado previo la obtención del título de INGENIERO INDUSTRIAL mención GESTION DE CONTROL DE CALIDAD, fue elaborado bajo mi dirección, orientación y supervisión; sin embargo, el proceso investigativo, los conceptos y resultados son de exclusiva responsabilidad de los egresados René Mero Villavicencio y Jorge Campaña Mera.

Ing. Joubert Antonio Azua Alvia

DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por ser el que me ha permitido gozar de buena salud para poder completar esta etapa importante de mi vida, a mi madre especialmente por el apoyo incondicional que me ha brindado durante mi vida y sobre todo por sus valiosos consejos que me ha permitido formarme como una persona de bien.

Le doy gracias al Ing. Joubert Azua, quien con su paciencia nos guió en la culminación de este proyecto y a todos los catedráticos de la Escuela de Ingeniería Industrial de la ULEAM, los mismos que con sus conocimientos y sabiduría han sabido llevar correctamente esta unidad académica a fin de preparar buenos profesionales.

René Francisco Mero Villavicencio

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mi madre y a mi Abuela que me acompañaron en esta aventura de manera incondicional, ofreciéndome todos los esfuerzos y recursos para poder completar mis estudios entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

Agradezco a Dios por haberme dado la fuerza y las ganas suficientes para alcanzar una de mis metas más deseadas, al Ing. Joubert Azua Alvia como Director de Tesis por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

Gracias también a mis queridos compañeros de trabajo por su apoyo permitiéndome entrar en su vida laboral y poder realizar las debidas investigaciones, ayudas en todos los procesos con gestos de solidaridad y compañerismo.

Jorge Alejandro Campaña Mera

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a mi madre, pilar fundamental en mi vida. Sin ella, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ella el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mi hermano y familia en general.

René Francisco Mero Villavicencio

DEDICATORIA

Dedico este Proyecto de Tesis a mi madre, a mi abuela y a mi tía que han sido quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Es por ellas que soy lo que soy ahora, las amo con mi vida y sobre todo a la persona más especial que cambio mi vida completamente a mi hijo Mathew Alejandro que es por lo que trato de superarme y de ser una mejor persona en todos los ámbitos y a Dios todopoderoso que día a día bendice y fortalece mi vida.

Jorge Alejandro Campaña Mera

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

La responsabilidad por los hechos, ideas y doctrinas expuestos en ésta tesis de grado, corresponden exclusivamente al autor y el patrimonio intelectual a la tesis de grado corresponderá a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

René Francisco Mero Villavicencio

Jorge Alejandro Campaña Mera

INDICE GENERAL

Portada.....	I
Responsabilidad del Director de Tesis.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VII
Responsabilidad de los Autores.....	IX
Introducción.....	XVIII

CAPÍTULO 1

EL CENTRO DE SALUD DE MANTA

1.1 Generalidades.....	1
1.2 Misión.....	3
1.3 Visión.....	3
1.4 Organigrama del Centro de Salud Manta.....	4
1.5 Departamentos y Farmacia.....	5
1.5.1 Departamento de Enfermería.....	5
1.5.2 Banco de Vacunas.....	5
1.5.3 Clínica de Odontología.....	6
1.5.4 Departamento de Nutrición.....	6
1.5.5 Departamento de Epidemiología.....	6
1.5.6 Saneamiento Ambiental.....	7
1.5.7 Departamento de Informática.....	7

1.5.8 Departamento de Bodega.....	7
1.5.9 Departamento de Farmacia.....	8
1.5.10 Laboratorio.....	8
1.5.11 Departamento de Estadística.....	9
1.5.12 Departamento de Trabajo Social.....	9
1.5.13 Departamento de Coordinación.....	9
1.5.14 Departamento Financiero.....	10
1.5.15 Departamento de Recursos Humanos.....	10
1.5.16 Departamento de Mantenimiento.....	11
1.6 Programas que se llevan a cabo en El Centro de Salud.....	11
1.6.1 Programa de Inmunización.....	11
1.6.2 Programa de Planificación Familiar.....	11
1.6.3 Programa de Salud Escolar.....	12
1.6.4 Programa de Visitas Domiciliarias.....	12
1.6.5 Programa de Micronutrientes.....	12
1.6.6 Programa de IRA.....	12
1.6.7 Programa de TB.....	13
1.6.8 Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	13
1.6.9 Programa de A.I.E.P.I.....	14
1.6.10 Programa de Malaria.....	14
1.6.11 Programa de Zoonosis.....	14

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 La ISO 9001:2008.....	16
2.2 Sistema de Gestión de Calidad.....	18
2.3 No Conformidades.....	20
2.4 Auditorias.....	21
2.5 Estudio de implantación de Sistemas ISO 9001 en otras entidades de Salud.....	21

CAPÍTULO 3

DIAGNOSTICO DEL CENTRO DE SALUD DE MANTA ÁREA N° 2

3.1 Situación actual.....	26
3.2 Descripción del área física del Centro de Salud Manta.....	27
3.2.1 Límites.....	27
3.3 Flujo gram de atención.....	28
3.3.1 Servicios que brinda.....	29
3.3.2 Área física.....	30
3.4 Análisis de la situación actual del Centro de Salud manta en relación a la norma ISO 9001:2008.....	31
3.4.1 Sistema de Gestión de Calidad.....	33
3.4.2 Responsabilidad de la Dirección.....	37
3.4.3 Gestión de los recursos.....	42

3.4.4 Realización del servicio.....	46
3.4.5 Medición, análisis y mejora.....	52
3.4.6 Resumen de cumplimiento de la norma ISO 9001:2008.....	58
3.4.7 Conclusión general de los problemas que existen.....	59
3.4.8 Importancia de la implantación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008.....	60

CAPÍTULO 4

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD MANTA

Nº 2

Contenido de manual del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008....	61
4.1 Antecedentes del Centro de Salud.....	65
4.2 Estructura Organizacional.....	67
4.2.1 Organigrama del Centro de Salud Manta Área N° 2.....	67
4.2.2 Responsabilidad y autoridad.....	68
4.3 Manual de Calidad.....	69
4.3.1 Objeto.....	70
4.3.2 Alcance.....	70
4.3.3 Exclusiones.....	70
4.4 Sistema de Gestión de Calidad.....	72
4.4.1 Requisitos Generales.....	72
4.4.2 Descripción de las operaciones.....	72
4.4.3 Requisitos de la documentación.....	74

4.4.4 Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad.....	75
4.4.5 Manual de Calidad.....	76
4.4.6 Control de documentos.....	76
4.4.7 Control de registros.....	76
4.5 Responsabilidad de la Dirección.....	77
4.5.1 Compromiso de la Dirección.....	77
4.5.2 Enfoque al cliente.....	77
4.5.3 Política de Calidad.....	77
4.5.4 Planificación.....	79
4.5.4.1 Objetivos corporativos del Sistema de Gestión de Calidad.....	79
4.5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.....	80
4.5.5 Responsabilidad y Autoridad y Comunicación.....	81
4.5.5.1 Responsabilidad y Autoridad.....	81
4.5.5.2 Representante de la Dirección.....	81
4.5.6 Comunicación interna.....	81
4.5.7 Revisión por la Dirección.....	82
4.5.8 Información de entrada para la revisión.....	82
4.5.9 Resultados de la revisión.....	83
4.6 Gestión de recursos.....	84
4.6.1 Provisión de recursos.....	84
4.6.2 Recursos Humanos.....	84
4.6.3 Competencia, formación y toma de conciencia.....	85
4.6.4 Infraestructura.....	85

4.6.5 Ambiente de trabajo.....	86
4.7 Realización del servicio.....	86
4.7.1 Planificación de la realización del servicio.....	86
4.7.2 Proceso relacionado con el cliente.....	87
4.7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.....	87
4.7.2.1 Revisión de los servicios relacionados con el servicio.....	87
4.7.3 Comunicación con el cliente.....	87
4.7 Compras.....	88
4.7.4.1 Procesos de compra.....	88
4.7.4.2 Información de las compras.....	89
4.7.4.3. Verificación de los bienes y productos comprados.....	89
4.7.5 Prestación del servicio.....	90
4.7.6 Validación del proceso de prestación de los servicios.....	90
4.7.7 Identificación y trazabilidad.....	90
4.8 Medición, análisis y mejora.....	91
4.8.1 Seguimiento y medición.....	91
4.8.1.1 Satisfacción del cliente.....	91
4.8.1.2 Auditoría Interna.....	92
4.8.1.3 Seguimiento y medición de los procesos.....	94
4.8.1.4 Seguimiento y medición del servicio.....	94
4.8.2 Control de servicio no conforme.....	95
4.8.3 Análisis de datos.....	96
4.8.4 Mejora.....	97

4.8.4.1 Mejora continua.....	97
4.8.4.2 Acción correctiva.....	98
4.8.4.3 Acción preventiva.....	99

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTO GENERAL

5.1 Procedimiento general: elaboración de documentos.....	101
5.1.1 Objeto.....	101
5.1.2 Alcance.....	101
5.1.3 Referencias.....	102
5.1.4 Definiciones.....	102
5.1.5 Descripción.....	104
5.2 Procedimiento general: gestión de documentos.....	117
5.2.1 Objeto.....	117
5.2.2 Alcance.....	117
5.2.3 Referencias.....	117
5.2.4 Definiciones.....	117
5.2.5 Descripciones.....	118

CAPÍTULO 6

PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO

6.1 Procedimiento específico: proceso de Admisión y Estadística.....	136
6.1.1 Objeto.....	136
6.1.2 Alcance.....	136
6.1.3 Referencias.....	136
6.1.4 Definiciones.....	136
6.1.5 Responsabilidad.....	137
6.1.6 Descripción.....	137

CAPÍTULO 7

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones.....	145
Recomendaciones.....	146
BIBLIOGRAFIA.....	147
ANEXOS.....	148

INTRODUCCION

Los sistemas de calidad basados en reglamentos y procedimientos estandarizados según las normas internacionales representan desde hace algunos años, la mejor opción para las empresas de todo tipo y tamaños.

La implantación de estándares, como las normas ISO 9001 se renueva en forma dinámica logrando mantener niveles máximos de calidad en forma permanente. La certificación ISO 9001, para una empresa determinada, no significa la eliminación total de fallas en procesos internos, pero sin embargo ofrece métodos y procedimientos eficaces y sistematizados para determinar las causas de los problemas para luego corregirlos y evitar que estos se repitan nuevamente.

La certificación de procedimientos de calidad en empresas que ofrecen servicio a un mercado determinado representa en cualquier circunstancia, un mejor posicionamiento de carácter estratégico, sin importar el tamaño de la organización. La ventaja competitiva que la empresa alcanza luego de la certificación se obtiene básicamente de la calidad del servicio, los mismos que deben cumplir y superar las necesidades y expectativas del cliente, así como la flexibilidad que refleja el menor tiempo de entrega, la misma que como consecuencia lograra mantener satisfecho a los clientes.

CAPITULO I

EL CENTRO DE SALUD MANTA

1.1 GENERALIDADES

El Centro de Salud Manta #2, inicia sus actividades como PISMA (Plan Integral de Salud de Manabí) en el año 1964, su génesis fue por convenio tripartito entre la Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud y UNICEF, cuyas justificaciones eran las tasas altas de morbimortalidad, específicamente la materno infantil.

Quien en ese tiempo era el Director Provincial el Dr. Francisco Vásquez Balda contando con la colaboración del Seguro, Municipio y el Estado, cuya misión era brindar atención primaria de salud, impulsa la creación y constitución del Centro de Salud Manta #2 en aquel entonces PISMA, con la finalidad de fomentar, prevenir y recuperar la salud de la población.

El Centro de Salud Manta #2 de enero a julio, funcionó en lo que era el Dispensario Médico del IESS, el cual no disponía del espacio apropiado, para atender las necesidades de salud de la población. En los momentos actuales cuenta con una planta propia ubicada en la calle 13 avenida 24.

Para poder hacer operativos los programas, se enviaban a los médicos al exterior para actualizarse mediante los cursos de salud. Entre estos médicos estaban el Dr. Alejandro Paz Domínguez que fue el primer director de dicho centro, igualmente el Dr. Cristóbal Zambrano Máster de Salud Pública, Dr.

Augusto Tinajero, Dr. Gonzalo Sanz y otros. Cabe mencionar que también se enviaban a las enfermeras a realizar cursos de prevención y fomento de la salud.

Con el PISMA se iniciaron programas de tipo preventivos con atención ambulatoria, dando énfasis al grupo materno infantil, que incluía la atención del RN - recién nacido, lactante, pre-escolar, escolar, etc. La atención era intra y extramural con Programas de Vacunación Infantil, Programas de Caritas, Nutrición, Visitas Domiciliarias, Planificación Familiar, Detección Oportuna de Cáncer (DOC), Programa de Salud Escolar, Odontología, Farmacia, Educación para la Salud y Saneamiento Ambiental entre otros como los club de madres.

Los directivos evaluaban las acciones especialmente las de Enfermería, mediante la información estadística y supervisiones cada mes desde Portoviejo y a nivel nacional, cuyos resultados servían para corregir las acciones de salud que no eran de mucha productividad.

Termina este plan integral de salud en el año 1972, pero en los actuales momentos está en vigencia todos los programas incluyendo en la actualidad otros como el de Malaria, Vacunación Canina-Humana, Clínica de TB y otros que según el perfil epidemiológico se atiende para cumplir con la misión y visión que tiene esta unidad operativa.

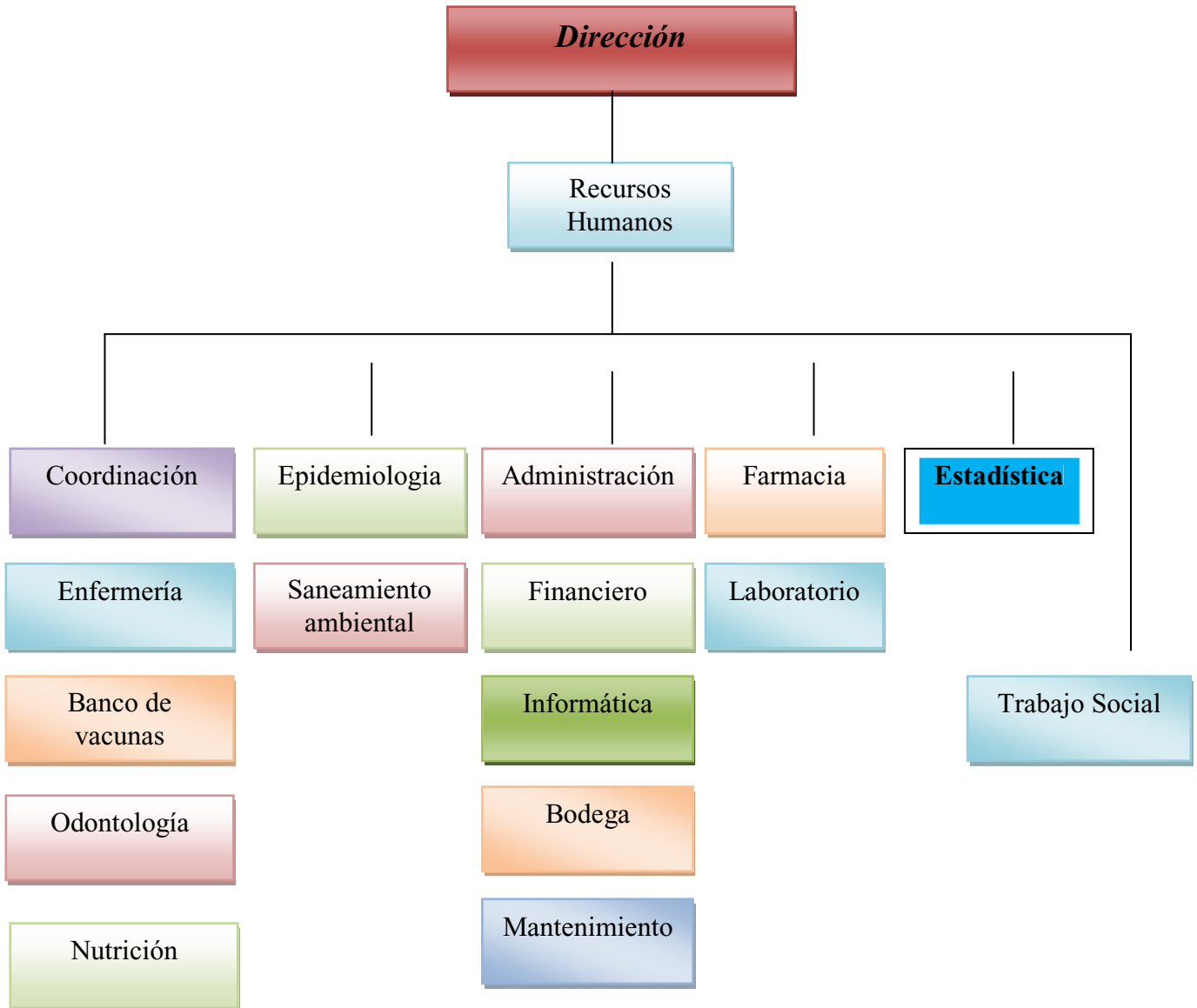
1.2 MISION

El Centro de Salud # 2, como autoridad sanitaria del distrito, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de salud pública de los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijó, brindando atención integral a personas con programas de promoción, prevención, recuperación; con la articulación de los actores del sistema promoviendo la participación comunitaria, con el fin de organizar el derecho a la salud, orientada al buen vivir.

1.3 VISION

El Centro de Salud # 2, ejercerá al 2017 plenamente la gobernanza del distrito sanitario, con el modelo establecido en el ministerio de salud pública del país, que prioriza la promoción de salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad y con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de actores sociales, públicos y privados y de la comunidad.

1.4 ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD MANTA



1.5 DEPARTAMENTOS Y FARMACIA

1.5.1 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Esta área es muy importante en cuanto a la prestación de servicios de salud, cuenta con personal y materiales que interactúan para proporcionar atención de enfermería, también lleva consigo la planificación y la coordinación con otros profesionales de la salud con el objetivo de solucionar las necesidades del usuario. En este departamento se realizan las gestiones necesarias para llevar a cabo las actividades de vacunación dentro del Centro de Salud y fuera de él.

1.5.2 EL BANCO DE VACUNAS

En este departamento se almacenan todas vacunas que el Ministerio de Salud Pública dispone para la comunidad y personal de Salud, se mantiene un registro del control de temperatura diario para mantener en buen estado la cadena de frío y de los biológicos. El personal que labora en esta área, se encuentra bien capacitado para atender la demanda de entrega y recepción de los biológicos para el centro de salud de Manta y todos los Sub-Centros de Salud que hay en los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijo.

1.5.3 CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA

Este departamento se encuentra equipado con todo el instrumental necesario con la finalidad de brindar atención eficaz al usuario (curaciones, extracciones, profilaxis). Tomando en cuenta que el conocimiento sobre salud oral en nuestro medio es muy bajo, y que por ese motivo no damos la importancia necesaria al cuidado de nuestra boca, el personal que labora en el área de odontología, junto con la coordinadora realizan gestiones necesarias para realizarle visitas a las diferentes escuelas que hay en nuestra ciudad con el objetivo de brindarle atención dental a los estudiantes y prevenir enfermedades.

1.5.4 DEPARTAMENTO DE NUTRICION

El departamento de nutrición es el organismo técnico que se encarga de las recomendaciones, los requerimientos nutricionales y las condiciones fisiológicas de usuarios externos e internos. El objetivo de este departamento es promover un adecuado estado nutricional de los usuarios a fin de fomentar, mantener y/o recuperar la salud que permita mejorar la calidad de vida.

1.5.5 DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA.

En este departamento se realizan las gestiones para obtener información que permita desarrollar un proceso ante la situación epidemiológica existente, la función de este departamento es conocer la situación de salud en diferentes grupos de la población. Cuando se presenta un brote de alguna enfermedad,

el responsable de epidemiología será el encargado de hacer un seguimiento y controlar que no se propague la enfermedad.

1.5.6 SANEAMIENTO AMBIENTAL

Este departamento y el personal que labora en el, son los encargados controlar, disminuir o eliminar los riesgos derivados de ciertas condiciones del ambiente físico y social que pueden afectar la salud. Esta área es la encargada de otorgar los permisos de salud a todos los establecimientos que están ofreciendo servicio a la comunidad (comedores, farmacias, comisariatos, etc.).

1.5.7 DEPARTAMENTO DE INFORMATICA

Este departamento cuenta con una serie de computadoras e instrumentos necesarios para brindar asistencia técnica a las unidades operativas y a cada uno de los departamentos del Centro de Salud. Tiene como finalidad mantener las redes, los sistemas informáticos, y de los equipos computacionales de la institución.

1.5.8 DEPARTAMENTO DE BODEGA

Este departamento cuenta con 3 áreas para la recepción de medicina, insumos médicos, de limpieza e insumos de oficina. La persona encargada tiene la ardua tarea de contar y distribuir la medicina e insumos a cada uno

de los departamentos del Centro de Salud y todos los Sub-Centros que hay en los Cantones de manta, Montecristi y Jaramijo.

1.5.9 DEPARTAMENTO DE FARMACIA

La farmacia del centro de Salud se ocupa de servir a los usuarios en sus necesidades farmacéuticas a través de la selección, preparación, adquisición, control y dispensación de medicamentos. También cuenta con el recurso humano necesario para su atención y un 80% en medicamentos para cubrir las necesidades del usuario.

1.5.10 LABORATORIO

El departamento de laboratorio cuenta con una serie de equipos altamente sofisticados que nos van a permitir brindar resultados de análisis clínicos, oportunos y de calidad a los pacientes. El objetivo de laboratorio es proporcionar datos de análisis cualitativos y cuantitativos de muestras biológicas, las mismas que nos ayudan para contribuir a la prevención y tratamiento de los pacientes.

El personal que labora dentro de esta área son profesionales con experiencias y conocimientos los mismos que proporcionan un seguimiento a los procesos desde la toma de la muestra hasta lograr el resultado que nos permita otorgar calidad y eficacia en la atención.

1.5.11 DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

La finalidad del departamento de estadística es brindar atención ágil, veraz y oportuna a los usuarios externos e internos que acuden diariamente al Centro de Salud. En este departamento se llevan los registros de las historias clínicas de los pacientes que llegan por una atención médica, así como también el registro de las defunciones e inscripciones y de todas las atenciones que el personal médico del Centro de Salud y las otras unidades operativas realizan.

1.5.12 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

El objetivo principal de este departamento es promover un cambio social entre las relaciones humanas para fortalecer e incrementar el bienestar estableciendo acciones que garanticen mejorar la situación de salud aplicando la promoción, prevención y tratamiento. Este departamento también participa y ejecuta acciones de consejería para pacientes con VIH/SIDA.

1.5.13 DEPARTAMENTO DE COORDINACION

Este departamento es el encargado de coordinar y dirigir las gestiones adecuadas para la atención de los pacientes internos y externos, así como también ejecutan los procedimientos necesarios para alcanzar mejores

niveles de servicios, procurando que las actividades redunden en beneficios del Centro de salud y del usuario.

1.5.14 DEPARTAMENTO FINANCIERO

Este departamento tiene la capacidad de análisis y programación financiera, y la finalidad de dirigir, administrar y ejecutar los fondos públicos asignados por el Estado de manera ágil, transparente y oportuna, proporcionando la mejor información para la toma de decisiones por parte de las autoridades en beneficios del Centro de Salud. En este departamento se realizan las gestiones necesarias para la adquisición y el pago de los equipos médicos e insumos que se realizan a través de las compras públicas.

1.5.15 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

La unidad administrativa de talento humano es la encargada de realizar la evaluación del desempeño que realizan cada uno de los servidores públicos en relación con el usuario interno y externo. En este departamento se reciben las quejas y denuncias realizadas por los pacientes cuando es maltratado por algún trabajador del Centro de Salud, así como también realizar las gestiones necesarias para la selección, contratación, capacitación del personal que se vaya a contratar.

1.5.16 DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Este departamento se encarga del control constante de las instalaciones y equipos, además del conjunto de trabajos de reparación y revisión necesarios para garantizar el funcionamiento regular y el buen estado de conservación de las instalaciones de servicios e instrumentación del Centro de salud.

1.6 PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN CENTRO DE SALUD

1.6.1 PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN

Este programa tiene como objetivo fundamental disminuir enfermedades inmunoprevenibles como: la difteria, tétano, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, influenza, tuberculosis, rubéola y parotiditis, sarampión. Los beneficiados del programa de inmunización son niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas.

1.6.2 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Este programa tiene como objetivo evitar embarazos no deseados y disminuir el cáncer cérvico uterino en todas las mujeres con actividad sexual activa. Este programa se lo realiza por medio de consultas con la obstetrix y complementando con el Papanicolaou.

1.6.3 PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

El programa de salud escolar se lo realiza con el objetivo de mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños, por medio de vacunación, pediculosis, toma de agudeza visual, charlas educativas, pruebas de laboratorio, prescripciones médicas y entrega de medicamentos antiparasitarios. Los beneficiados de este programa son los niños en edad escolar.

1.6.4 PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS

Este programa se lo realiza con el objetivo de educar, controlar y promocionar la salud priorizando los programas vigentes en el centro de salud a la comunidad. El programa de visitas domiciliarias se lleva a cabo por las internas estudiantes y auxiliares de enfermería, las visitas son programadas o espontáneas de acuerdo a los seguimientos de casos.

1.6.5 PROGRAMA DE MICRO NUTRIENTES

El programa de micronutriente tiene como objetivo disminuir el riesgo de desnutrición mediante la fortificación de los alimentos cuyos beneficiarios son los niños menores de 5 años con buen peso y bajo peso, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

1.6.6 PROGRAMA DE IRA

El programa de IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), tiene como objetivo disminuir enfermedades respiratorias crónicas y especialmente problemas

pulmonares a través de la atención médica a todos los usuarios que acuden al Centro de Salud Manta.

Este programa se lleva a cabo por el médico mediante el diagnóstico y tratamiento. El personal de enfermería brinda la educación y orientación tanto preventiva como del respectivo tratamiento. Los medicamentos son otorgados por el ministerio de salud pública y son gratuitos.

1.6.7 PROGRAMA DE TB

El programa de control de TB tiene como objetivo evitar posibles complicaciones pulmonares y prolongación de la misma que afectan a la comunidad. El examen, la consulta y el tratamiento son gratuitos, se lleva un esquema de tratamiento además el usuario debe realizarse constantemente el examen de esputo, así como la consulta médica.

Se hace énfasis en la captura de sintomáticos respiratorios para toda persona que tiene tos o flema por más de 15 días.

1.6.8 PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Este programa tiene como objetivo, valorar el estado de nutrición del niño, su crecimiento y desarrollo para prevenir la desnutrición mediante el TEST DE

DENVER. Se brinda educación a las madres y se lleva a cabo la entrega de hierro y vitamina A, los beneficiados son los niños menores de 5 años que acuden a la consulta médica en el Centro de Salud Manta.

1.6.9 PROGRAMA DE A.I.E.P.I.

El programa de atención de enfermedades prevalentes de la infancia tiene como objetivo, disminuir la morbimortalidad de niños con enfermedades como: IRA, EDA (Enfermedad diarreica aguda), paludismo entre otras. Este se lo realiza por el médico, internas y personal de enfermería.

1.6.10 PROGRAMA DE MALARIA

Este programa se lo realiza con el objetivo de evitar el Paludismo mediante la realización de exámenes de laboratorio, entrega de medicación gratuita siempre y cuando los resultados de malaria sean positivos.

1.6.11 PROGRAMA DE ZOONOSIS

Está a cargo de un supervisor y de 2 vacunadores, sus actividades van encaminadas al control de la rabia; en este departamento se recepta toda denuncia de personas que hayan sido mordidas por perros, gatos, ratas, murciélagos, etc. Para hacer las respectivas investigaciones de seguimientos de casos, se visitan los domicilios del afectado. El supervisor es el encargado de controlar la evolución progresiva de la rabia del animal.

Como medidas de control se realizan campañas para eliminar roedores en toda la ciudad especialmente en el muelle y lugares donde la proliferación es abundante, cada año se realiza campañas masivas con apoyo de la dirección de salud y diariamente se vacunan 10 a 20 perros en la unidad. Es necesario controlar el perro entre 10 a 12 días, si muere antes de estos días se cortará la cabeza del mismo para mandarla a estudiar al laboratorio INH.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 LA ISO 9001:2008

Define los requisitos de un sistema de gestión de la calidad aplicables a cualquier tipo de organización con independencia de su tamaño tipología, industria, producto o servicio. Un sistema de gestión de la calidad que cumple con tales requisitos puede usarse para obtener una certificación, para cumplir con exigencias contractuales o por exigencias internas de la organización.

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y

b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Como anteriormente se mencionó esta norma y todos sus requisitos son aplicables a todo tipo de organizaciones con independencia de su titularidad (pública o privada), la persecución o no de lucro, su tamaño o actividad (producto o servicio).

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como enfoque basado en procesos.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

2.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Un sistema de gestión de la calidad consiste en el conjunto de acciones planificadas y controladas que la organización dirige con la finalidad de alcanzar los objetivos de calidad, mejorar los productos y servicios y satisfacer las necesidades de los clientes. Aunque los sistemas de gestión de la calidad pueden establecerse por la propia empresa, lo más frecuente es adoptar norma internacionales.

También se define el Sistema de Gestión de la Calidad, como el conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad (aspecto de la función general de la gestión que determina y aplica las directrices y objetivos generales de una entidad, relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección).

Los documentos que definen el Sistema de Gestión de la Calidad responden básicamente a las siguientes definiciones:

Manual de la Calidad: Es el documento que describe el Sistema de Gestión de Calidad de la organización. Establece la estructura de la organización, procesos a desarrollar y responsabilidades. En algunos casos describe cómo y cuándo se realizarán esos procesos y actividades o bien, incluye la referencia al procedimiento que lo detalla. Su utilización tiene carácter general y es aplicable por cualquier persona de la Institución para realizar funciones sujetas a requisitos de calidad.

Procedimientos: Describen, cuándo, por quién y cómo se realizan las actividades de carácter general (gestión de documentos, elaboración de documentos, etc.), o específicos (desarrollo de un proceso). Son aplicables por un funcionario debidamente calificado de la organización para realizar funciones sujetas a requisitos de calidad.

Instrucciones: Son documentos que describen de forma exhaustiva las actividades y tareas necesarias para realizar un proceso. Su utilización, normalmente, está restringida al personal responsable de realizar las actividades y/o tareas que se describen.

Formatos: Son hojas normalizadas destinadas a recoger información derivada de una actividad concreta que se lleva a cabo en relación con el Sistema de Gestión de Calidad. Una vez cumplimentados se convierten en registros de calidad.

Programas Informáticos: Son programas de apoyo que permiten agilizar ciertas actividades, con el uso de hoja de cálculos, base de datos, programa especializados de contabilidad, etc.

2.3 NO CONFORMIDADES

Una no conformidad es un incumplimiento de un sistema de gestión. Los sistemas de gestión de la prevención, como OHSAS 18000, o de calidad y medio ambiente (ISO 9001, ISO 14001) requieren llevar un registro de no conformidades.

El análisis de las causas de cada no conformidad dará lugar a un plan de acciones correctoras, al cual es necesario asignarle un responsable y fijar fecha límite de cumplimiento, al que habrá que dar seguimiento.

Esta aplicación permitirá:

- Registrar las no conformidades indicando, el alcance y el equipo responsable de analizarla.
- Analizar las causas y las acciones correctoras propuestas para evitar su repetición, con responsables y fechas límite.

2.4 AUDITORIAS

La auditoría interna es el examen crítico, sistemático y detallado realizado por un profesional utilizando técnicas determinadas y con el objeto de emitir informes y formular sugerencias para el mejoramiento de la misma. Estas auditorias son hechas por personal de la empresa. Un auditor interno tiene a su cargo la evaluación permanente del control de las transacciones y operaciones y se preocupa en sugerir el mejoramiento de los métodos y procedimientos de control interno que redunden en una operación más eficiente y eficaz.

La auditoría interna debe funcionar como una actividad concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización, así como contribuir al cumplimiento de sus objetivos y metas; aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos.

2.5 ESTUDIO DE IMPLANTACION DE SISTEMAS ISO

9001:2008 EN OTRAS ENTIDADES DE SALUD.

El hospital Gineco-Obstetrico Enrique Sotomayor en Julio del 2006 inicio la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000 para así poder cumplir con las normas que establece este sistema, para así poder cumplir con la satisfacción de los requerimientos del cliente y estar inmerso

en un proceso de mejoramiento continuo que involucra a todas las áreas y procesos de este hospital.

Se establecieron procesos en áreas claves como hospitalización, consulta externa, neonatología, medicina crítica, docencia e investigación, así como en procesos de apoyo asistenciales como enfermería, terapia respiratoria, nutrición, farmacia anatomía patológica, banco de sangre, departamento de imágenes, laboratorio clínico, y otros procesos de apoyo como mantenimiento, administración, estadística, seguridad, lavandería etc. En cada área se selecciono un responsable del proceso respectivo, logrando así la participación de todo el personal del hospital

Para diciembre del 2006 el hospital fue certificado por la compañía Bureau Veritas en la norma ISO 9001:2000. Esto marco el inicio de un gran trabajo, el que ira progresando a medida que se lo mantenga.

Es un proceso que paulatinamente se va evaluando y corrigiendo. Se realizan revisiones de cumplimiento del manual de calidad de manera constante, asegurando dicho cumplimiento gracias a la aplicación de auditorías internas en la que participan como auditores profesionales del hospital.

El hospital Luis Vernaza fue la primera instalación hospitalaria en el Ecuador que recibió la Certificación Internacional ISO 9001:2000, en Agosto del 2005, para cubrir la prestación de los procesos claves del Servicio de

Atención Médica en concordancia con la Norma ISO, excluyendo diseño y desarrollo (cláusula 7.3).

Este hospital está totalmente comprometido a promover los servicios de salud entre las personas más vulnerables de nuestra comunidad, proporcionando los cuidados que requieren los más necesitados, enfermos, indigentes, huérfanos, ancianos, discapacitados y mentalmente perturbados.

El SGC de la organización comprende tres procesos claves en el servicio en el área de salud, llamados procesos de realización. Los mismos que son directamente relacionados con la provisión del servicio de la organización.

Proceso de atención médica en Consulta Externa: Comprende las actividades que realizan los médicos generales, especialistas, personal técnico médico y de apoyo para atender y solucionar los requerimientos de los pacientes en los consultorios de Consulta Externa.

Proceso de atención médica en Hospitalización: Comprende las actividades que realizan los médicos generales, especialistas, personal técnico médico y de apoyo para atender y solucionar los requerimientos de los pacientes en las salas de Medicina Clínica y Cirugía.

Proceso de atención médica en Emergencia y Cuidados Intensivos: Comprende las actividades que realizan los médicos generales,

especialistas, personal técnico médico y de apoyo para atender y solucionar los requerimientos de los pacientes en las salas áreas de Emergencia y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el último trimestre de 2011, el **Servicio de Análisis Clínicos del Hospital General de Alicante de la Agencia Valenciana de Salud**, recibió la Certificación del Sistema de Gestión según la Norma de Calidad ISO 9001:2008.

Esta certificación corrobora las buenas prácticas del laboratorio y avala la seguridad de los resultados producidos. Asimismo, esta acreditación garantiza la eficacia de sus procesos y confirma su responsabilidad con la mejora continua.

Con el fin de ofrecer un servicio de máxima calidad y garantizar su máxima satisfacción, El Servicio de Análisis Clínicos del Hospital General de Alicante ha implantado durante dos años un sistema de gestión de calidad según las normas internacionalmente reconocidas con la finalidad de llevar a cabo una mejora continua del Sistema de Calidad.

Una de las aéreas que contribuyen a brindar servicio a la comunidad evidentemente es el área de la salud, ya que por muchos años se han encargado de dar atención a millones de personas necesitadas.

Actualmente se cuenta con una red de cuatro hospitales especializados, donde se brindan atenciones médicas a las personas con profesionales altamente capacitados en una variedad de disciplinas medicas. Esto también ha permitido brindar salud a la comunidad de todas partes de las regiones del país, especialmente a aquellas aéreas rurales donde no existen servicios de salud adecuados.

El éxito de estos hospitales en lo que se refiere a brindar buen servicio de salud se ve reflejado en las actividades que realizan cada uno del personal que labora en dichas instituciones, los mismos que están debidamente capacitados para seguir los procesos que rige esta norma internacional .

Como se puede apreciar, cada vez se ha hecho más relevante la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en el sector de salud pública. la calidad en los servicios de salud se puede lograr a través de una eficacia y eficiencia organizacional, y una cultura de calidad enfocada en mejorar continuamente a fin de prestar un mejor servicio a sus clientes.

Por lo cual el propósito de implantar el sistema de gestión de calidad ISO 9001:2008 en entidades de salud pública, es demostrar la capacidad para proveer consistentemente un servicio que cumpla los requisitos del cliente y mejorar continuamente la satisfacción del usuario.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO DEL CENTRO DE SALUD MANTA # 2

3.1 SITUACIÓN ACTUAL

El Centro de Salud de Manta es una entidad orgánica perteneciente al Ministerio de Salud, el cual ha venido desempeñando un rol fundamental en la comunidad, como un ente que cumple funciones de salud pública tanto en la prevención como en la aplicación de medidas de exilio médico.

En el año 1999 por gestiones de su Director se realizó una readecuación de su área física cuyos resultados son los espacios amplios y adecuados para la atención del público y el personal que labora en él.

El Centro de Salud cuenta con excelentes profesionales, servicios de apoyo como es el laboratorio, además dispone de 9 consultorios destinados para consulta externa, en donde se brindan sus servicios médicos especialistas con alta formación profesional, cubriendo las especialidades básicas de la medicina.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD MANTA

El Centro de Salud Manta Sede de la Jefatura #2 está ubicado en el Cantón Manta- Parroquia Manta, en el área urbana. Es de tipo horizontal, cerrado de hormigón armado, su extensión es de aproximadamente 103.075 metros cuadrados, área total 21.672 metros cuadrados.

En el año 1999 por gestiones de su Director se realizó una readecuación de su área física cuyos resultados son los espacios amplios y adecuados para la atención del público y el personal que labora en él.

3.2.1 LIMITES

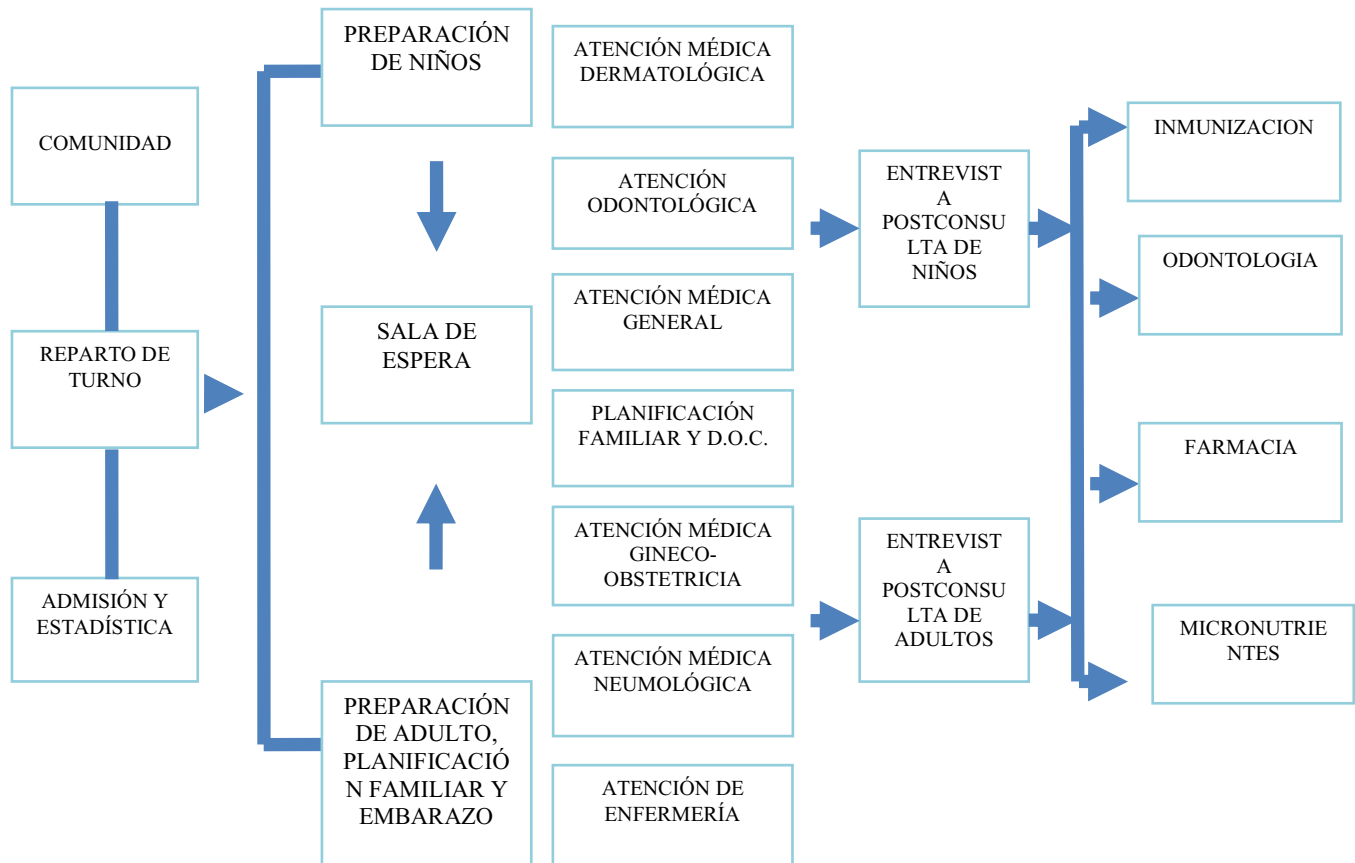
Al Norte----- Calle 13, Avenida 24.

Al Sur-----Avenida 25.

Al Este-----Calle 14, Avenida 24-25.

Al Oeste-----FUNTEMAN.

3.3 FLUJOGRAMA DE ATENCION



El presente flujo grama de atención muestra paso a paso lo que el usuario debe hacer para recibir la atención que brinda al centro de salud manta observamos que en primer lugar la comunidad suele dirigirse al lugar de entrega de turno. Luego pasan a estadística para sacar la historia clínica con la respectiva carpeta del paciente, luego ingresan a preparación de niños o de adultos dependiendo de su edad.

Una vez atendidos se les indica que debe estar en la sala de espera y el consultorio médico respectivo y por lo ultimo pasa a entrevista post-consulta donde se le de orientación acerca de receta médica que debe seguir en el hogar y ordenes de exámenes y medicamentos que debe retirar en la farmacia.

Luego se deriva para que reciba de acuerdo a las normas de los programas los micronutrientes, Inmunizaciones, odontología y para retirar su medicamento de maternidad gratuita en farmacia y si el caso es urgente se realiza exámenes de laboratorio.

3.3.1 SERVICIOS QUE BRINDA

Es de tipo ambulatorio con Programas de Atención Primaria, Consulta Externa en Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina General, Odontología, Enfermería, Trabajo Social, Laboratorio y otros de salud preventiva con

fomento y protección de la salud, con programas de inmunización a menores de 5 años, mujeres en estado de gestación y en edad fértil, Programas de visitas Domiciliarias, Educación para la Salud y Saneamiento Ambiental, control de Establecimientos Comerciales, Camales, Prostíbulos, Vacunación Canina y otros como Fumigación.

Además control y seguimiento epidemiológico de acuerdo al comportamiento de las enfermedades del medio.

3.3.2 ÁREA FÍSICA

- ✓ Auditorio.
- ✓ Laboratorio
- ✓ Departamento de saneamiento ambiental
- ✓ Departamento de Finanzas.
- ✓ Departamento administrativo
- ✓ Farmacia Popular, Bodega de Farmacia.
- ✓ Departamento de Recursos Humanos.
- ✓ Área de mantenimiento
- ✓ Clínica de Neumología.
- ✓ Área de Dirección/ Jefatura de área.
- ✓ Área de Secretaria.
- ✓ Área de Epidemiología.
- ✓ Clínica de Odontología.

- ✓ Área de curaciones e inyecciones.
- ✓ Clínica de Preparación de niños.
- ✓ Clínica de entrevista post-consulta de niños y adultos.
- ✓ Clínica de Inmunizaciones.
- ✓ Clínica de preparación de adultos.
- ✓ Banco de vacunas.
- ✓ Área de Estadística.
- ✓ Oficina de Enfermería.
- ✓ Consultorios Médicos.
- ✓ Consultorio de Planificación Familiar.
- ✓ Área de Trabajo Social.
- ✓ Sala de espera.
- ✓ Departamento de nutrición.
- ✓ Bodega de material y farmacia.
- ✓ Baños para el usuario y personal.

3.4 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL CENTRO DE SALUD MANTA EN RELACION A LA NORMA ISO 9001:2008


Para hacer una análisis de la situación actual del Departamento de Estadística del Centro de Salud, que es el área donde se implementará el

Sistema de Gestión , para mejorar los procesos de admisión y registros, se ha desarrollado un cuestionario acogiendo todos los puntos de la que son de cumplimiento obligatorio de la Norma ISO IEC/9001:2008 lo que permitirá tener una visión más clara de todos aquellos aspectos en los que el Centro de Salud Manta necesita mejorar para poder lograr un mejor desempeño.

A continuación se presenta el cuestionario aplicado por cada punto de la norma y los resultados sobre el cumplimiento de los requisitos por parte del Centro de Salud Manta Área N° 2.

3.4.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD – DIAGNÓSTICO INICIAL

TABLA 1: PUNTO 4 DE LA NORMA ISO 9001:2008

		DIAGNOSTICO INICIAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008		
Fecha de aplicación:				
Apartado	Enunciado	NC	CP	C
4	Sistema de Gestión de Calidad			
4.1	Requisitos Generales			
4.1 (a)	La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.	0	1	0
4.1 (a)	La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación.	0	1	0
4.1 (b)	La organización debe determinar los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces	0	1	0
4.1 (c)	La organización debe asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos	0	1	0
4.1 (d)	La organización debe realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos.	1	0	0
4.2	Requisitos de la documentación			
4.2.1	Generalidades			
	La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:			
4.2.1.(a)	Declaraciones documentadas de una política de la calidad y los objetivos de calidad	1	0	0
4.2.1 (b)	Un manual de la calidad	1	0	0
4.2.1 (c)	Los procedimientos documentados y los registros requeridos por esta Norma	1	0	0

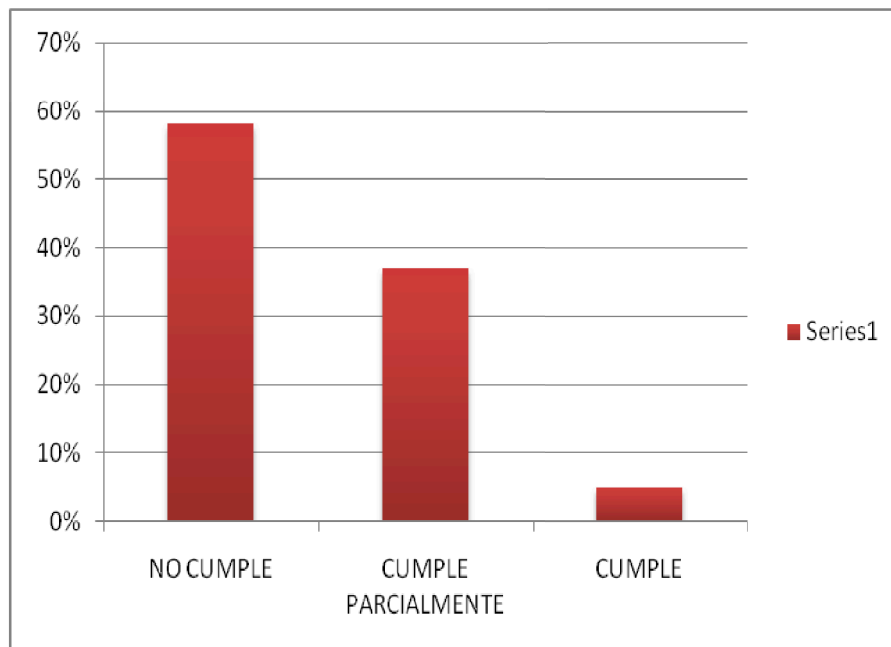
	Internacional			
4.2.1 (c)	Los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	0	1	0
4.2.2	Manual de la calidad			
	La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:			
4.2.2 (a)	Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad.	1	0	0
4.2.2 (b)	Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad	1	0	0
4.2.3	Control de los documentos			
	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:			
4.2.3 (a)	Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión	1	0	0
4.2.3 (b)	Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente	1	0	0
4.2.3 (c)	Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles.	1	0	0
4.2.3 (d)	Asegurarse que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.	0	1	0
4.2.3 (e)	Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución	0	0	1
4.2.3 (f)	Prevenir el uso de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón	1	0	0
4.2.4	Control de los registros			
4.2.4 (a)	La organización debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.	1	0	0
4.2.4 (b)	Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables	0	1	0
Nomenclatura:				
NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente (definido) C: Cumple (definido y documentado)				
Calificación: 1: marcado (x) 0: en blanco				

TABULACIÓN: PUNTO 4 DE LA NORMA ISO 9001:2008

APARTADO	NC	CP	C
Requisitos generales de la norma ISO 9001	1	4	0
Requisitos de la documentación	3	1	0
Manual de la calidad	2	0	0
Control de los documentos	4	1	1
Control de los registros	1	1	0
TOTAL	11	7	1

	No Cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Total:	11	7	1
Porcentaje:	58%	37 %	5 %

ELABORADO POR: René Mero - Jorge Campaña
FUENTE: Centro de Salud de Manta – Área N° 2




ANALISIS:

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

- EL CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 cumple parcialmente con los requisitos del punto 4 de la Norma ISO 9001:2008.
- No existe declaración documentada de políticas de la calidad, objetivos de la calidad ni manual de calidad. Existe control de documentos y registros pero es necesario ampliar el control a nivel de toda la documentación de la empresa.
- No se ha determinado un seguimiento, medición o análisis en la totalidad de los procesos.

3.4.2 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION – DIAGNOSTICO INICIAL

TABLA 2: PUNTO 5 DE LA NORMA ISO 9001:2008

		DIAGNOSTICO INICIAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008		
Fecha de aplicación:				
Apartado	Enunciado	NC	CP	C
5	Responsabilidad de la Dirección			
5.1	Compromiso de la Dirección			
	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia:			
5.1 (a)	Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.	0	1	0
5.1 (b)	Estableciendo la política de la calidad	1	0	0
5.1 (c)	Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad	1	0	0
5.1 (d)	Llevando a cabo las revisiones por la dirección	1	0	0
5.1 (e)	Asegurando la disponibilidad de recursos	0	1	0
5.2	Enfoque al cliente			
	La dirección debe asegurarse que se cumplan los requisitos con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.	0	1	0
5.3	Política de Calidad			
	La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:			
5.3 (a)	Es adecuada al propósito de la organización	1	0	0
5.3 (b)	Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	1	0	0
5.3 (c)	Es comunicada y entendida dentro de la organización	1	0	0
5.3 (d)	Es revisada para su continua adecuación	1	0	0
5.4	Planificación			
5.4.1	Objetivos de la calidad			
5.4.1 (a)	La alta dirección debe asegurarse que los objetivos de la calidad cumplen con los requisitos del cliente.	1	0	0
5.4.1 (b)	Los objetivos de la calidad deben ser claramente entendidos, establecidos medibles y coherentes con la	1	0	0

	política de la calidad			
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad			
5.4.2 (a)	La dirección debe asegurarse de que la planificación del sistema de gestión de calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos en el apartado 4.1, así como los objetivos de calidad	1	0	0
5.4.2 (b)	La Dirección debe asegurarse que se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.	1	0	0
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación			
5.5.1	Responsabilidad y autoridad			
	La dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización	0	1	0
5.5.2	Representante de la dirección			
	La dirección debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:			
5.5.2 (a)	Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad	0	1	0
5.5.2 (b)	Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora	1	0	0
5.5.3	Comunicación interna			
	La dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización.	0	1	0
5.6	Revisión por la dirección			
5.6.1	Generalidades			
5.6.1 (a)	La dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.	1	0	0
5.6.1 (b)	Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección	1	0	0
5.6.2	Información de entrada para la revisión			
	La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:			
5.6.2 (a)	Los resultados de auditorías	1	0	0

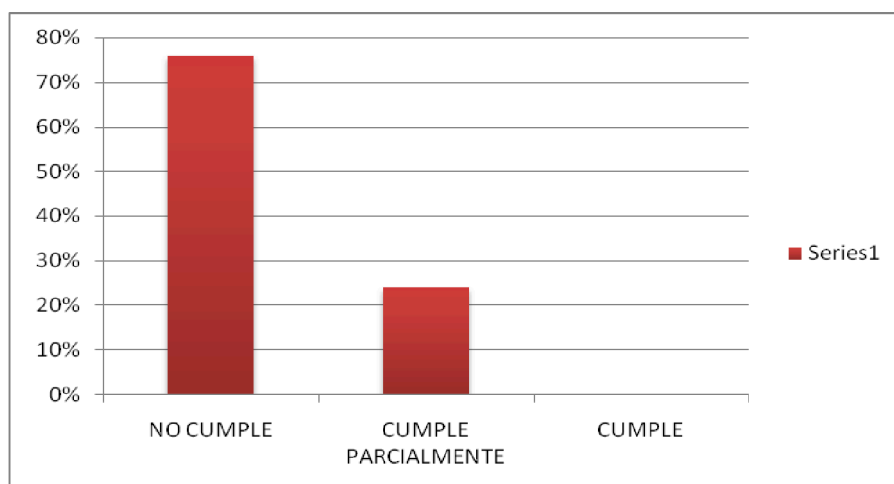
5.6.2	El desempeño de los procesos y la conformidad del servicio	1	0	0
5.6.2 (d)	El estado de las acciones correctivas y preventivas	1	0	0
5.6.2	Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas	1	0	0
5.6.2 (f)	Los cambios que podrían afectar al sistema de Gestión de la calidad	1	0	0
5.6.2 (g)	Las recomendaciones para la mejora	1	0	0
5.6.3	Resultados de la revisión			
	Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:			
5.6.3 (a)	La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos	1	0	0
5.6.3 (b)	La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente	1	0	0
5.6.3 (c)	Las necesidades de recursos	0	1	0
Nomenclatura:				
NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente (definido) C: Cumple (definido y documentado)				
Calificación:				
1: marcado (x) 0: en blanco				

TABULACIÓN: PUNTO 5 DE LA NORMA ISO 9001:2008

APARTADO	NC	CP	C
Responsabilidad de la Dirección	3	2	0
Enfoque al cliente	0	1	0
Política de Calidad	4	0	0
Objetivos de la calidad	2	0	0
Planificación del sistema de gestión de la calidad	2	0	0
Responsabilidad, autoridad y comunicación	0	1	0
Representante de la dirección	1	1	0
Comunicación interna	0	1	0
Revisión por la dirección	2	0	0
Información de entrada para la revisión	6	0	0
Resultados de la revisión	2	1	0
TOTAL	22	7	0

	No Cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Total:	22	7	0
Porcentaje:	76 %	24 %	0 %

ELABORADO POR: René Mero - Jorge Campaña
FUENTE: Centro de Salud de Manta – Área N° 2




ANALISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

- La dirección del CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 no se está comprometiendo con el desarrollo del sistema.
- La dirección del CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 no ha establecido políticas de calidad ni objetivos de calidad.
- No existe una planificación de un sistema de gestión de calidad.
- Se cuenta con un sistema de comunicación interna pero no está implementado en su totalidad.
- La dirección de CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 no tiene definido las revisiones del sistema de calidad y tampoco mantiene registros de las mismas, tampoco tiene definidas las responsabilidades por proceso.

3.4.3 GESTION DE LOS RECURSOS – DIAGNOSTICO INICIAL

TABLA 3: PUNTO 6 DE LA NORMA ISO 9001:2008

		DIAGNOSTICO INICIAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008		
Fecha de aplicación:				
Apartado	Enunciado	NC	CP	C
6	Gestión de los recursos			
6.1	Provisión de recursos			
	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:			
6.1 (a)	Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.	0	1	0
6.1 (b)	Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.	0	1	0
6.2	Recursos humanos			
6.2.1	Generalidades			
	El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del servicio debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiada	0	0	1
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia			
6.2.2 (a)	La organización debe determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del servicio	0	0	1
6.2.2 (b)	La organización debe proporcionar permanentemente la formación adecuada a fin de adquirir la soltura necesaria para realizar con éxito sus actividades	0	1	0
6.2.2 (c)	La organización debe evaluar la eficacia de las acciones tomadas	1	0	0
6.2.2 (d)	La organización debe asegurarse de que su personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad	0	1	0
6.2.2 (e)	La organización debe mantener los registros	0	0	1

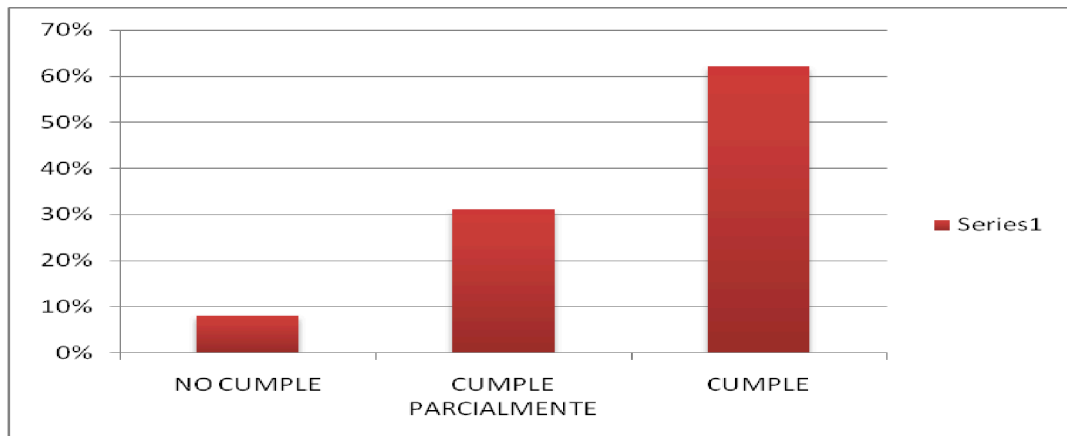
	apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia			
6.3	Infraestructura			
6.3 (a)	La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	0	0	1
	La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:			
6.3 (b)	Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados	0	0	1
6.3 (c)	Equipo para los procesos (tanto hardware como software)	0	0	1
6.3 (d)	Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistema de información)	0	0	1
6.4	Ambiente de trabajo			
	La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio	0	0	1
Nomenclatura:				
NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente (definido) C: Cumple (definido y documentado)				
Calificación:				
1: marcado (x) 0: en blanco				

TABULACIÓN: PUNTO 6 DE LA NORMA ISO 9001:2008

APARTADO	NC	CP	C
Gestión de los recursos	0	1	0
Provisión de recursos	0	1	0
Recursos humanos	0	0	1
Competencia, formación y toma de conciencia	1	2	2
Infraestructura	0	0	4
Ambiente de trabajo	0	0	1
TOTAL	1	4	8

	No Cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Total:	1	4	8
Porcentaje:	8%	31 %	62 %

ELABORADO POR: René Mero - Jorge Campaña
FUENTE: Centro de Salud de Manta – Área N° 2




ANALISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

- El personal desconoce los objetivos y política de la calidad, ya que no se han establecido.
- El personal que trabaja en el CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2, es competente, en cuanto a educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas.
- EL CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 cuenta con una infraestructura apropiada que permite el desarrollo de las actividades tanto del servicio que le brinda al usuario como de oficina.
- El ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos de la Norma, es adecuado para la correcta operación de la institución.

3.4.4 REALIZACION DEL SERVICIO – DIAGNOSTICO INICIAL

TABLA 4: PUNTO 7 DE LA NORMA ISO 9001:2008

		DIAGNOSTICO INICIAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008		
Fecha de aplicación:				
Apartado	Enunciado	NC	CP	C
7	Realización del servicio			
7.1	Planificación de la realización del servicio			
7.1 (a)	La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del servicio.	0	1	0
7.1 (b)	La planificación de la realización del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.	1	0	0
	Durante la planificación de la realización del servicio, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:			
7.1 (c)	Los objetivos de la calidad y los requisitos para el servicio.	0	1	0
7.1 (d)	La necesidad de establecer procesos y documentos, y de proporcionar recursos específicos para la realización del servicio	0	1	0
7.1 (e)	Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el servicio resultante cumplen los requisitos	0	1	0
7.1 (f)	El resultado de la planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.	1	0	0
7.2	Procesos relacionados con el cliente			
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio			
	La organización debe determinar:			
7.2.1 (a)	Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma	0	1	0

7.2.1 (b)	Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.	1	0	0
7.2.1 (c)	Los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio	0	1	0
7.2.1 (d)	Cualquier requisito adicional que la organización considere necesario	0	1	0
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el servicio			
7.2.2 (a)	La organización debe revisar los requisitos relacionados con el servicio.	0	1	0
	Debe asegurarse de que:			
7.2.2 (b)	Están definidos los requisitos del servicio	0	0	1
7.2.2 (c)	La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos	0	0	1
7.2.2 (d)	Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma	0	1	0
7.2.2 (e)	Cuando se cambien los requisitos del servicio, la organización debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados	0	1	0
7.2.3	Comunicación con el cliente			
	La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:			
7.2.3 (a)	La información sobre el servicio	0	0	1
7.2.3 (b)	La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas	0	0	1
7.3	Compras			
7.3.1	Proceso de compras			
7.3.1 (a)	La organización debe asegurarse de que el bien o producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados.	0	0	1
7.3.1 (b)	La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar los productos o el bien, de acuerdo con los requisitos de la organización.	0	0	1
7.3.1 (c)	Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.	0	1	0
7.3.2	Información de las compras			
	La información de las compras debe describir el producto o el bien a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado:			

7.3.2 (a)	Los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos	0	1	0
7.3.2 (b)	Los requisitos para la calificación del personal	1	0	0
7.3.2 (c)	Los requisitos del sistema de gestión de la calidad	1	0	0
7.3.2 (d)	La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.	0	1	0
7.3.3	Verificación de los bienes y productos comprados			
7.3.3 (a)	La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto o el bien comprado cumplen los requisitos de compra especificados.	0	0	1
7.3.3 (b)	Cuando la organización quiera llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización debe establecer en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto	0	1	0
7.4	Prestación del servicio			
7.4.1	Control de la prestación del servicio			
7.4.1 (a)	La organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.	0	0	1
	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:			
7.4.1 (b)	La disponibilidad de información que describa las características del servicio	0	0	1
7.4.1 (c)	La disponibilidad de instrucciones de trabajo	0	0	1
7.4.1 (d)	La implementación del seguimiento y de la medición	0	1	0
7.4.1 (e)	La implementación de actividades posteriores a la entrega del servicio	0	0	1
7.4.2	Validación de los procesos de la prestación del servicio			
7.4.2 (a)	La organización debe validar todo proceso de prestación del servicio cuando los servicios resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que se haya prestado el servicio.	0	1	0

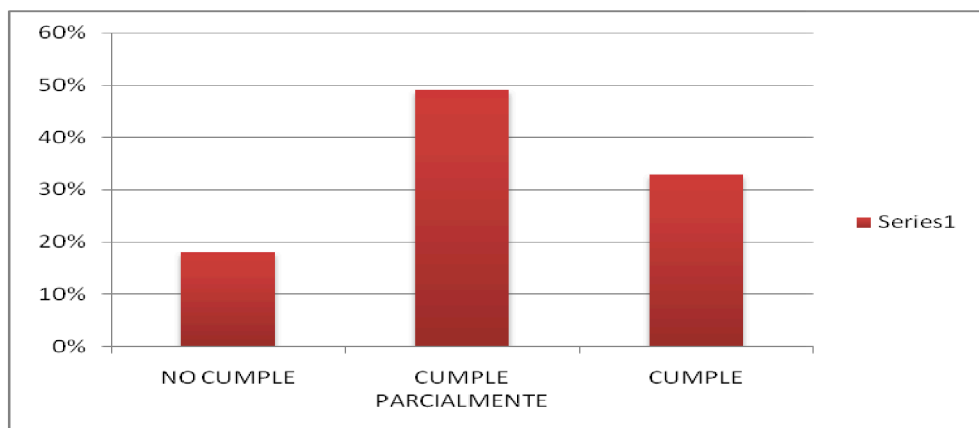
7.4.2 (b)	La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.	0	1	0
	La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:			
7.4.2 (c)	Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos	0	1	0
7.4.2 (d)	La aprobación de los equipos y la calificación del personal	0	0	1
7.4.2 (e)	El uso de métodos y procedimientos específicos	0	0	1
7.4.2 (f)	La revalidación	0	1	0
7.4.3	Identificación y trazabilidad			
7.4.3 (a)	Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el proceso que se está siguiendo por medios adecuados, a través de toda la realización	1	0	0
7.4.3 (b)	La organización debe identificar el estado del proceso llevado a cabo con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización.	1	0	0
Nomenclatura:				
NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente (definido) C: Cumple (definido y documentado)				
Calificación:				
1: marcado (x) 0: en blanco				

TABULACIÓN: PUNTO 7 DE LA NORMA ISO 9001:2008

APARTADO	NC	CP	C
Realización del servicio planificación	2	4	0
Procesos relacionados con el cliente - determinación requisitos	1	3	0
Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	0	3	2
Comunicación con el cliente	0	0	2
Compras proceso de compras	0	1	2
Información de las compras	2	2	0
Verificación de los bienes y productos comprados	0	1	1
Prestación del servicio - control de prestación del servicio	0	1	4
Validación de los procesos de la prestación del servicio	0	4	2
Identificación y trazabilidad	2	0	0
TOTAL	7	19	13

	No Cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Total:	7	19	13
Porcentaje:	18%	49%	33%

ELABORADO POR: René Mero - Jorge Campaña
FUENTE: Centro de Salud Manta – Área N° 2




ANALISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 desarrolla sus procesos de manera informal. No cuenta con procesos claramente definidos y establecidos.
- Están definidos los requisitos que tienen que ver con el servicio, así como también se mantienen los registros de los mismos.
- Están definidas la comunicación con el cliente.
- Se hace un control del producto o del bien que se recibe.
- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 previamente realiza una revisión del producto o del bien que son adquiridos por sus proveedores.
- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 implementa mecanismos eficaces para el control de los servicios y la validación de sus procesos.
- No se ha podido establecer una sistemática que nos permita identificar el servicio en cada una de las etapas.

3.4.5 MEDICION, ANALISIS Y MEJORA – DIAGNOSTICO INICIAL

TABLA 5: PUNTO 8 DE LA NORMA ISO 9001:2008

		DIAGNOSTICO INICIAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008		
Fecha de aplicación:				
Apartado	Enunciado	NC	CP	C
8	Medición, análisis y mejora			
8.1	Generalidades			
	La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:			
8.1 (a)	Demostrar la conformidad con los requisitos del servicio que se ofrece	0	1	0
8.1 (b)	Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la Calidad	1	0	0
8.1 (c)	Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad	1	0	0
8.2	Seguimiento y medición			
8.2.1	Satisfacción del cliente			
8.2.1 (a)	La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.	0	1	0
8.2.1 (b)	Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.	0	1	0
8.2.2	Auditoría interna			
	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema de gestión de la calidad:			
8.2.2 (a)	Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización	1	0	0
8.2.2 (b)	Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz	1	0	0
8.2.2	Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología.	1	0	0
8.2.2 (d)	La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e	1	0	0

	imparcialidad del proceso de auditoría.			
8.2.2	Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados.	1	0	0
8.2.2 (f)	Deben mantenerse registros de las auditorías y de sus resultados.	1	0	0
8.2.2 (g)	La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.	1	0	0
8.2.2 (h)	Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación	1	0	0
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos			
8.2.3 (a)	La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.	0	1	0
8.2.3 (b)	Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.	0	1	0
8.2.4	Seguimiento y medición del servicio			
8.2.4 (a)	La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del servicio	0	0	1
8.2.4 (b)	Se debe mantener evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.	0	0	1
8.3	Control del servicio no conforme			
8.3 (a)	La organización debe asegurarse de que el servicio que no sea conforme con los requisitos del servicio, se identifica y controla para prevenir su ejecución no intencionados	0	1	0
8.3 (b)	Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el servicio no conforme.	0	1	0
	Cuando sea aplicable, la organización debe tratar los servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:			
8.3 (c)	Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;	0	1	0

8.3 (d)	Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente	0	1	0
8.3 (e)	Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un servicio no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.	0	1	0
8.4	Análisis de datos			
8.4 (a)	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	1	0	0
	El análisis de datos debe proporcionar información sobre:			
8.4 (b)	La satisfacción del cliente	0	1	0
8.4 (c)	La conformidad con los requisitos del servicio	0	1	0
8.4 (d)	Las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas	0	1	0
8.5	Mejora			
8.5.1	Mejora continua			
	La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	1	0	0
8.5.2	Acción correctiva			
8.5.2 (a)	La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir	1	0	0
8.5.2 (b)	Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	0	1	0
	Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:			
8.5.2 (c)	Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes)	0	1	0
8.5.2 (d)	Determinar las causas de las no conformidades	0	1	0
8.5.2 (e)	Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir	0	1	0
8.5.2 (f)	Determinar e implementar las acciones necesarias	0	1	0

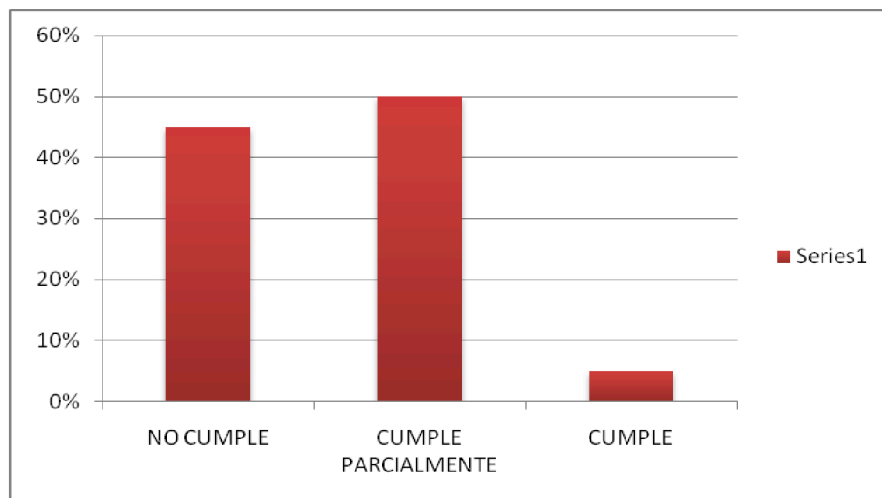
8.5.2 (g)	Registrar los resultados de las acciones tomadas	0	1	0
8.5.2 (h)	Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas	1	0	0
8.5.3	Acción preventiva			
8.5.3 (a)	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	1	0	0
8.5.3 (b)	Las acciones preventivas deben ser apropiadas a efectos de problemas potenciales	0	1	0
	Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:			
8.5.3 (c)	Determinar las no conformidades potenciales y sus causas	0	1	0
8.5.3 (d)	Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades	1	0	0
8.5.3 (e)	Determinar e implementar las acciones necesarias,	1	0	0
8.5.3 (f)	Registrar los resultados de las acciones tomadas	1	0	0
8.5.3 (g)	Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas	1	0	0
Nomenclatura:				
NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente (definido) C: Cumple (definido y documentado)				
Calificación:				
1: marcado (x) 0: en blanco				

TABULACIÓN: PUNTO 8 DE LA NORMA ISO 9001:2008

APARTADO	NC	CP	C
Medición, análisis y mejora	2	1	0
Seguimiento y medición - satisfacción del cliente	0	2	0
Auditoría interna	8	0	0
Seguimiento y medición de los procesos	0	2	0
Seguimiento y medición del servicio	0	0	2
Control del servicio no conforme	0	5	0
Análisis de datos	1	3	0
Mejora continua	1	0	0
Acción correctiva	2	6	0
Acción preventiva	5	2	0
TOTAL	19	21	2

	No Cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Total:	19	21	2
Porcentaje:	45%	50%	5%

ELABORADO POR: René Mero - Jorge Campaña
FUENTE: Centro de Salud Manta – Área nº 2



ANALISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que:

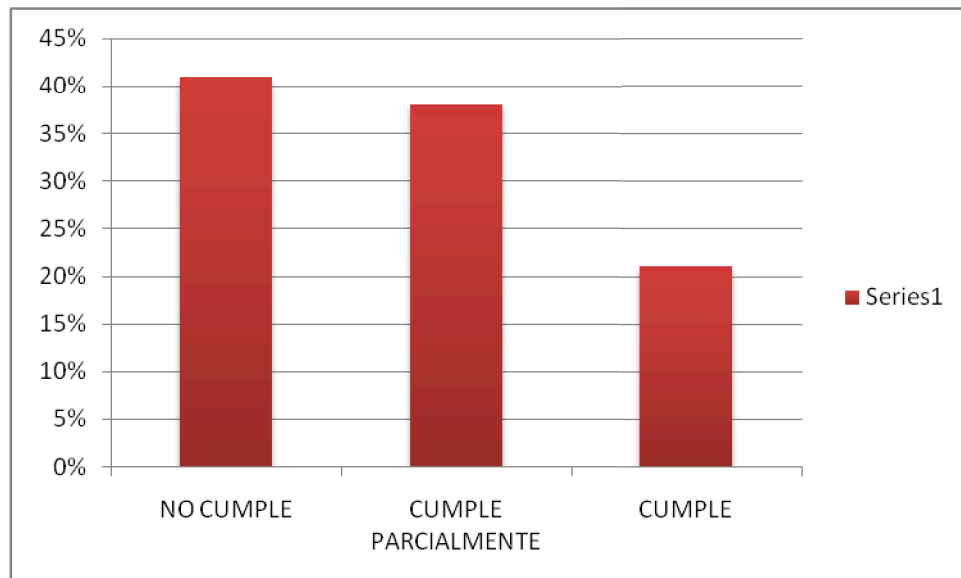
- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 trabaja bajo niveles de cumplimiento pero no se sabe la percepción del cliente ni su nivel de satisfacción.
- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 no realiza auditorias de calidad, ni se tiene un procedimiento documentado que defina las responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorías.
- La Institución no cuenta con métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos.
- Existe un seguimiento de los servicios pero hay un control parcial del servicio no conforme.
- No cuenta con datos apropiados para evaluar donde se puede realizar una mejora continua.
- CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2 cumple parcialmente las acciones correctivas y preventivas en su operación, sin embargo hay que establecer un procedimiento para determinar la eficacia de las acciones preventivas.

3.4.6 RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ISO

9001:2008

TABLA 6: RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ISO 9001:2008

CUMPLIMIENTO DEL C.S.MANTA RESPECTO A LA NORMA ISO 9001:2008					
N°	APARTADO	ENUNCIADO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE
1	4	S.G.C.	58%	37%	5%
2	5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION	76%	24%	0%
3	6	GESTION DE LOS RECURSOS	8%	31%	62%
4	7	REALIZACION DEL SERVICIO	18%	49%	33%
5	8	MEDICION, ANALISIS Y MEJORA	45%	50%	5%
TOTAL			41%	38%	21%



3.4.7 CONCLUSION GENERAL DE LOS PROBLEMAS QUE

EXISTEN

Al terminar el diagnóstico inicial, se logró establecer los puntos débiles que tiene el centro de Salud frente a los requisitos de la norma, así mismo se detectaron las fortalezas que se deben explotar al interior de la organización para poder llevar a cabo el diseño del sistema de gestión de calidad.

Nos pudimos dar cuenta que el Centro de Salud no dispone de un manual de calidad, lo cual es un problema porque no están documentados los procedimientos y tampoco existen registros para asegurarnos de la planificación de sus procesos. Es importante que haya primeramente el compromiso de parte de la dirección estableciendo la política de calidad los objetivos a seguir y sobre todo tener una excelente comunicación.

Una vez que se haya implementado este Sistema de Gestión la dirección deberá comprometerse a revisar como va encaminado el sistema para ver el desempeño de sus procesos, también deberá realizar una auditoría interna con la finalidad de ver en que área se realizaran las correcciones necesarias.

Se observa que la institución apenas cumple con un 21% de los Requisitos de la norma, mientras que no cumple con el 41% de los requisitos, y parcialmente cumple con el 38%, lo que nos evidencia que el CENTRO DE SALUD MANTA AREA N° 2, debe realizar un arduo trabajo para lograr la

implantación del Sistema de Gestión de Calidad que se pretenden desarrollar.

3.4.8 IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO 9001:2008

Con la implantación de este sistema de gestión de calidad, aparte de mejorar la imagen del centro de salud nos va a permitir mejorar la eficacia que deben de tener el personal para el desarrollo de cada una de sus actividades.

Es importante que se lleve a cabo la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad a fin de mejorar los procesos a través de la estandarización y mejora continua. Con esto el Centro de Salud podrá alcanzar estándares más altos en la calidad de servicio que ofrece a sus pacientes, se prepararía para auditorías internas por parte del Ministerio de Salud y consolidaría su imagen como un ente de Salud pública.

En función de la factibilidad y el potencial con el que cuenta el Centro de Salud de Manta, se considera adecuado realizar la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad teniendo en mira la acreditación a futuro en primera instancia del proceso llevado a cabo en el departamento de estadística.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

CAPITULO IV

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD MANTA # 2

CONTENIDO

4.1 - ANTECEDENTES DEL CENTRO DE SALUD

4.2 - ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

4.2.1 ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD MANTA

4.2.2 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

4.3 - MANUAL DE CALIDAD

4.3.1 OBJETO

4.3.2 ALCANCE

4.3.3 EXCLUSIONES

4.4 - SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.4.1 REQUISITOS GENERALES

4.4.2 DESCRIPCION DE LAS OPERACIONES

4.4.3 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.4.4 ESTRUCTURA DEL SISTENA DE GESTION DE CALIDAD

4.4.5 MANUAL DE CALIDAD

4.4.6 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.5 - RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

4.5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

4.5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

4.5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

4.5.4 PLANIFICACIÓN

4.5.4.1 OBJETIVOS CORPORATIVOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

4.5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.5.5 RESPONSABILIDAD; AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

4.5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

4.5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

4.5.6 COMUNICACIÓN INTERNA

4.5.7 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

4.5.8 INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN

4.5.9 RESULTADOS DE LA REVISIÓN

4.6 - GESTIÓN DE LOS RECURSOS

4.6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

4.6.2 RECURSOS HUMANOS

4.6.3 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA

4.6.4 INFRAESTRUCTURA

4.6.5 AMBIENTE DE TRABAJO

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 3 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.7 - REALIZACIÓN DEL SERVICIO

4.7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO

4.7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

4.7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS
CON EL SERVICIO

4.7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL
SERVICIO

4.7.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

4.7.4 COMPRAS

4.7.4.1 PROCESO DE COMPRAS

4.7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS

4.7.4.3 VERIFICACIÓN DE LOS BIENES Y PRODUCTOS
COMPRADOS

4.7.5 PRESTACION DEL SERVICIO

4.7.6 VALIDACIÓN DEL PROCESO DE PRESTACIÓN DE LOS
SERVICIO

4.7.7 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD

4.8 - MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

4.8.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

4.8.1.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

4.8.1.2 AUDITORÍA INTERNA

4.8.1.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 4 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.8.1.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL SERVICIO

4.8.2 - CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

4.8.3 - ANALISIS DE DATOS

4.8.4 - MEJORA

4.8.4.1 MEJORA CONTINUA

4.8.4.2 ACCIÓN CORRECTIVA/PREVENTIVA

HOJA DE CONTROL DE MODIFICACIONES

DESCRIPCIÓN	REVISIÓN	FECHA
PORTADA	0	
CONTENIDO	0	
HOJA DE CONTROL DE MODIFICACIONES	0	
4.1: ANTECEDENTES DEL CENTRO DE SALUD	0	
4.2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	0	
4.3: MANUAL DE CALIDAD	0	
4.4 : SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	0	
4.5 : RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	0	
4.6 : GESTIÓN DE LOS REURSOS	0	
4.7 : REALIZACIÓN DEL SERVICIO	0	
4.8 : MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	0	

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 5 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.1 ANTECEDENTES DEL CENTRO DE SALUD

El Centro de Salud Manta #2, inicia sus actividades como PISMA (Plan Integral de Salud de Manabí) en el año 1964. Su actual infraestructura está ubicada en la calle 13 avenida 24 y es de tipo horizontal, cerrado de hormigón armado, su extensión es de aproximadamente 103.075 metros cuadrados, área total 21.672 metros cuadrados.

El Centro de Salud Manta #2 de enero a julio, funcionó en lo que era el Dispensario Médico del IESS, el cual no disponía del espacio apropiado, para atender las necesidades de salud de la población. En los momentos actuales cuenta con una planta propia ubicada en la calle 13 avenida 24.

Para poder hacer operativos los programas, se enviaban a los médicos al exterior para actualizarse mediante los cursos de salud.

Es de tipo ambulatorio con Programas de Atención Primaria, Consulta Externa en Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina General, Odontología, Enfermería, Trabajo

Social, Laboratorio y otros de salud preventiva con fomento y protección de la salud, con programas de inmunización a menores de 5 años, mujeres en estado de gestación y en edad fértil, Programas de visitas Domiciliarias, Educación para la Salud y Saneamiento Ambiental, control de Establecimientos Comerciales, Camales, Prostíbulos, Vacunación Canina y otros como Fumigación. Además control y seguimiento epidemiológico de acuerdo al comportamiento de las enfermedades del medio.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 6 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

MISION DEL CENTRO DE SALUD MANTA #2

El Centro de Salud Manta #2, como autoridad sanitaria del distrito, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de salud pública de los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijo, brindando atención integral a personas con programas de promoción, prevención, recuperación con la articulación de los actores del sistema promoviendo la participación comunitaria, con el fin de organizar el derecho a la salud, orientada al buen vivir.

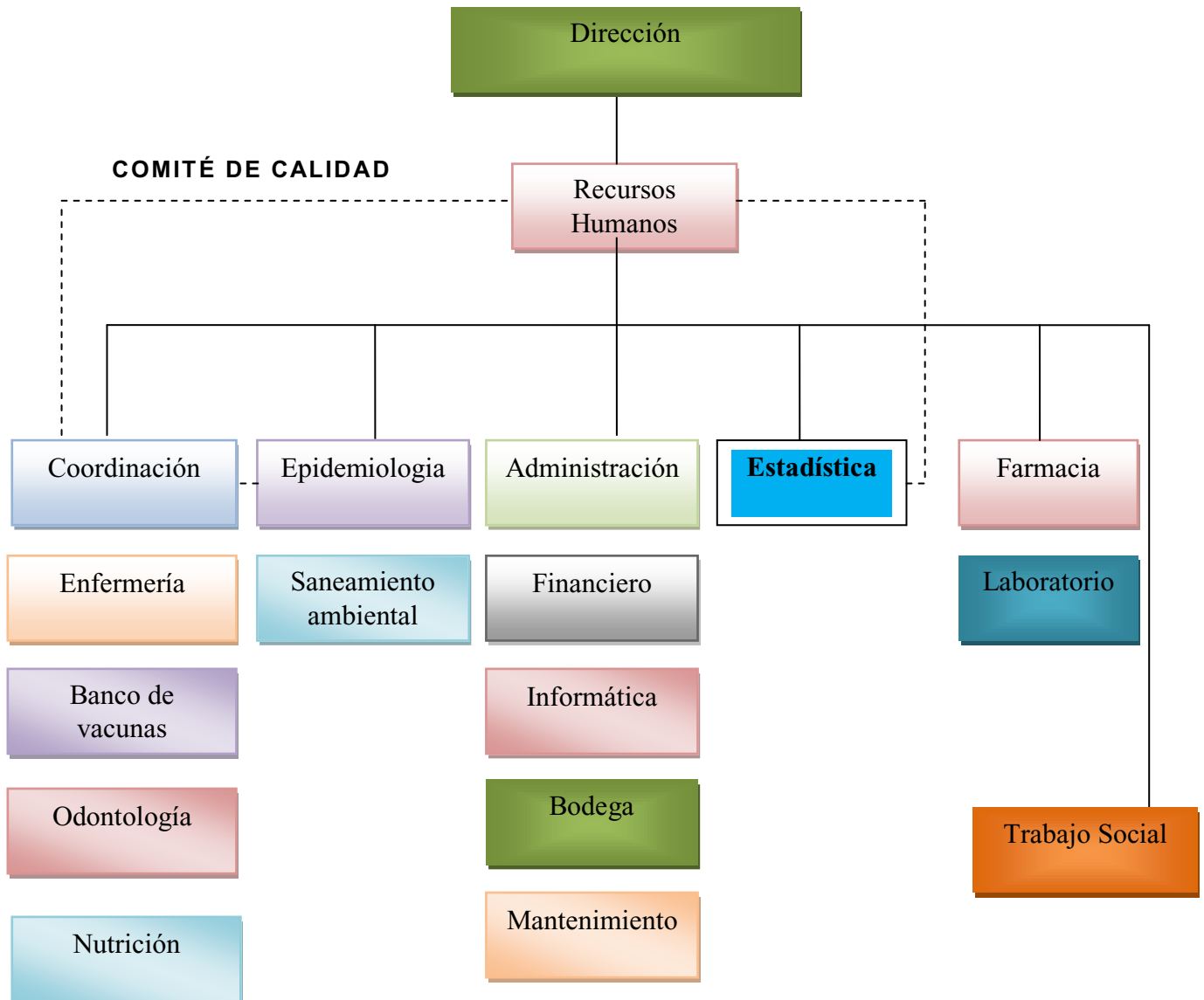
VISION EL CENTRO DE SALUD MANTA #2

El Centro de Salud Manta #2, ejercerá al 2017 plenamente la gobernanza del distrito sanitario, con el modelo establecido en el Ministerio de Salud Pública del país, que prioriza la promoción de salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad y con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de actores sociales, públicos y privados y de la comunidad.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 7 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

4.2.1 ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD MANTA



CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 8 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.2.2 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El Director se compromete con el desarrollo, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad a través de la Política de Calidad antes señalada, la cual es coherente con el propósito de la institución.

El Director y los Jefes de Área son responsables de identificar, proporcionar o gestionar los recursos necesarios y adecuados para la administración adecuada del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo los recursos para las auditorías externas.

El Director y el Comité de calidad del Centro de Salud Manta #2 tienen la obligación de revisar periódicamente el Sistema de Gestión de Calidad para evaluar la conveniencia, adecuación y eficacia del mismo en función del mejoramiento continuo de la institución.

La Dirección designa al Jefe de Aseguramiento de la Calidad como Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, para lo cual tiene la autoridad y responsabilidad suficiente para asegurar el establecimiento, implantación y mantenimiento de los procesos del SGC. También es el encargado de informar al Director del desarrollo del Sistema de Gestión de

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 9 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Calidad y de cualquier necesidad de mejora para su revisión, así como de promover la toma de conciencia del cumplimiento de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

4.3 MANUAL DE CALIDAD

El presente Manual de Calidad, tiene como propósito describir el Sistema de Gestión de Calidad implementado en el Centro de Salud Manta, para el aseguramiento de la calidad en sus servicios, cumpliendo con los estándares de calidad de la Norma ISO 9001:2008. Este Manual de Calidad contiene los alcances, procesos, las funciones, actividades y responsabilidades de los departamentos y del personal involucrado. Además hace referencia a los Procedimientos que también conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la Organización.

El Manual de Calidad del Centro de Salud Manta #2, se encuentra a disposición del personal de la institución involucrado y/o interesado en el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución, siendo la guía fundamental para el entendimiento adecuado de su estructura. En el presente Manual de Calidad queda expresado el compromiso del Centro de Salud en el logro de la satisfacción de los clientes (usuarios) y el mejoramiento continuo de la Institución.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 10 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.3.1 OBJETO

El objeto de este manual es definir la estructura del Sistema de Gestión de Calidad, afirmar el compromiso de la Dirección con la aplicación de la norma ISO 9001 y su utilización como herramienta para lograr la mejora continua en el Centro de Salud Manta #2.

4.3.2 ALCANCE

Este manual describe el Sistema de Gestión de la Calidad para el Centro de Salud Manta #2, siendo el alcance del mismo todos los procesos del departamento de Estadística , e incluye a todos los criterios mencionados en la Norma ISO 9001.

El Sistema de Calidad del centro de Salud, posee una estructura para prevenir las no conformidades en todas las actividades y procesos relacionado con el aseguramiento en la prestación de los servicio de salud, mejorar continuamente su eficacia y lograr la satisfacción del usuario.

4.3.3 EXCLUSIONES

Se excluye del Sistema de Calidad del Centro de Salud los siguientes requisitos de la norma:

El criterio 7.3 “Diseño y Desarrollo”, ya ue el campo de aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Salud Manta, no incluye

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 11 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

requisitos para el diseño y desarrollo por no realizar la organización actividades de este tipo.

El criterio 7.5.2, “Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio”, por ue se puede verificar el seguimie nto o medición del proceso de prestación servicio posteriores a su realización.

Por ser una institución que presta servicios, el apartado 7.5.5 Conservación del Producto queda excluido del Sistema de Gestión de la Calidad debido a que el Centro de Salud Manta no genera un producto que pudiera perecer ni al que se le pudiera aplicar procesos de preservación, identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección.

El subtema 7.6 Control de Equipos de Medidas y Seguimiento no corresponde a este sistema puesto que no es necesario para una unidad de dependencia que presta servicios de salud.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 12 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.4 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

4.4.1 REQUISITOS GENERALES

El Centro de Salud establece, documenta, implementa y mantiene un Sistema de Gestión de la Calidad y mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la Norma Internacional de Calidad ISO 90012008.

El Sistema de Gestión de Calidad determina de procesos y métodos necesarios para efectuar un adecuado seguimiento y control de los mismos, y las actividades para verificar su eficacia, eficiencia, efectividad y operatividad, con el fin de implementar las acciones que contribuyan a la mejora continúan del Sistema de Gestión de Calidad del Centro de Salud.

4.4.2 DESCRIPCIÓN DE LAS OPERACIONES

MAPA DE PROCESOS

La Dirección ha identificado las relaciones entre las actividades del Centro de Salud de Manta # 2, a fin de definir el mapa de procesos para;

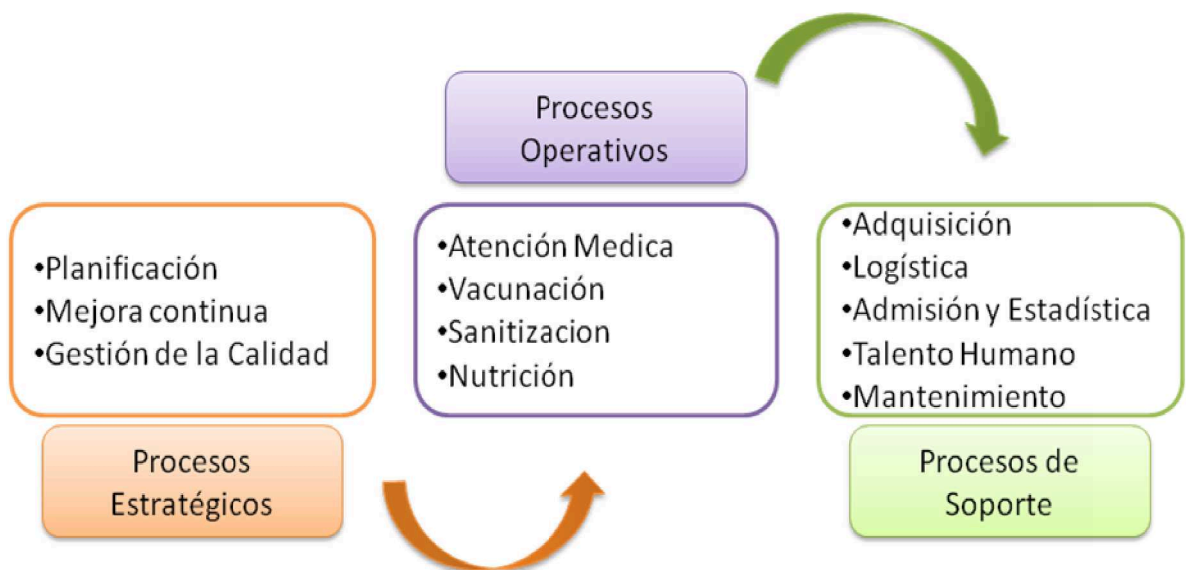
- Establecer la contribución de valor de los procesos.
- Facilitar el entendimiento y cumplimiento de los criterios de la norma y requisitos de los clientes.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 13 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

- Medir la eficiencia y eficacia de los procesos.
- Gestionar el mejoramiento continuo de los procesos.

La secuencia e interacción de los procesos se clasifica de la siguiente manera:

- Procesos Estratégicos.
- Procesos de Soporte.
- Procesos Operativos.



CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 14 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.4.3 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION

De acuerdo al apartado 2,1 de la Norma ISO 9001:2008, la documentación del Sistema de Gestión de Calidad debe incluir:

- Declaraciones documentadas de una Política de Calidad y de los objetivos de calidad
- Un Manual de Calidad (CSM/MC/00)
- Procedimientos Documentados
 - ✓ Control de documentos (PG01)
 - ✓ Control de registros (PG02)
 - ✓ Acciones correctivas (PG03)
 - ✓ Acciones preventivas (PG04)
 - ✓ Auditorías internas (PG05)
 - ✓ Producto no conforme (PG06)
- Los documentos, incluidos los registros que el Centro de Salud determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos.

5CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 15 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.4.4 ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad de se encuentra reflejado en:

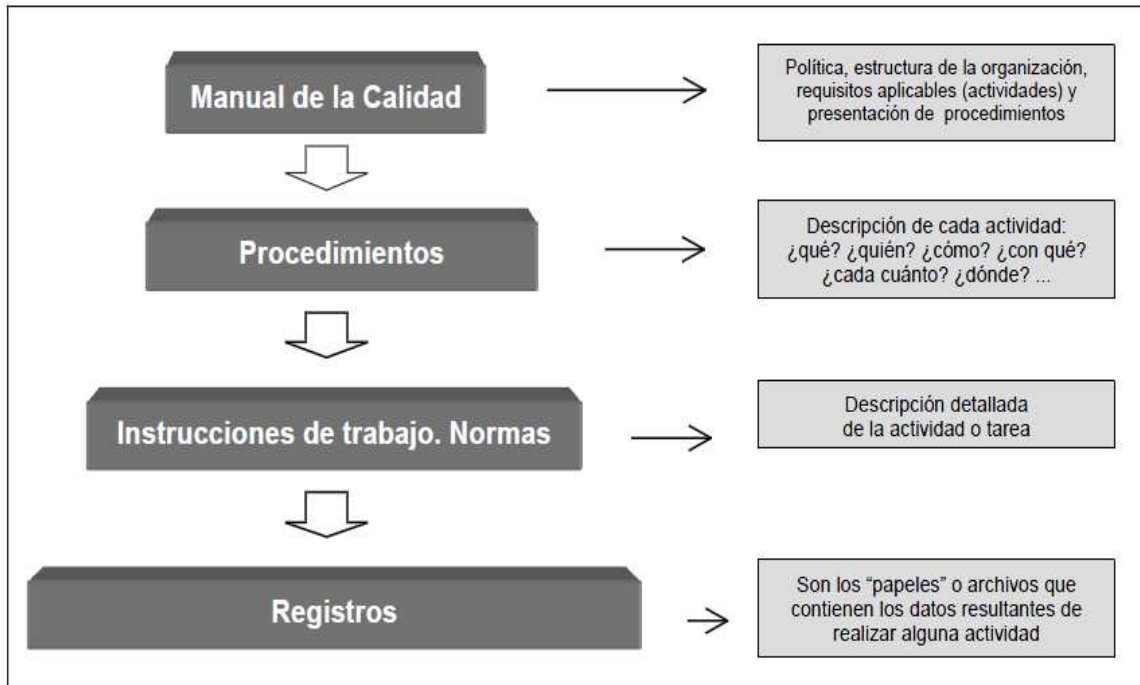
La política de la calidad y los objetivos de la calidad.

El Manual de la Calidad.

Los procedimientos.

Las instrucciones por ejemplo, el Manual del Conductor es un conjunto de instrucciones), y

En los registros.



CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 16 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.4.5 MANUAL DE CALIDAD

El Centro de Salud Manta establece y mantiene un Manual de Calidad que incluye:

- Los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de gestión de la calidad.
- Una descripción de la interacción de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

4.4.6 CONTROL DE DOCUMENTOS

En el Centro de Salud Manta se cuenta con el procedimiento **PG 01** Control de Documentos y la Guía para la elaboración de la documentación, los cuales definen los controles necesarios que requiere la Norma Internacional ISO 9001:2008

4.4.7 CONTROL DE REGISTROS

Los registros se establecen, mantienen y controlan como evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de Calidad debe controlarse. Los registros permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables. Se tiene establecido el procedimiento para Control de Registros, que define los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 17 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION

4.5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION

La dirección evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, así como también la mejora continua de su eficacia con las siguientes actividades:

- Comunicando a los funcionarios sobre la importancia de satisfacer los requisitos del usuario.
- Estableciendo la política de calidad.
- Asegurando el establecimiento de los objetivos de la calidad.
- Llevando a cabo las revisiones del Sistema de Gestión de Calidad por la Dirección.
- Asegurando la disponibilidad de recursos.

4.5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

La dirección asegura que se cumplen los requisitos con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.

4.5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

La Política de Calidad del Centro de Salud Manta #2 es comunicada, entendida e implementada en todos los niveles de la organización.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 18 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

POLÍTICA DE CALIDAD

En el Centro de Salud Manta #2 ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de salud pública en los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijó cumpliendo con los estándares de calidad y calidez humana, a fin de superar las expectativas de la comunidad que hace uso de nuestros servicios. Para ello existe el compromiso de gestionar los recursos para fortalecer el desarrollo del personal y propendiendo permanentemente al mejoramiento continuo de nuestros procesos.

Director del Centro de Salud Manta #2

La Dirección del Centro de Salud Manta #2 asegura que la Política de Calidad:

- Es adecuada al propósito de la organización
- Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y la mejora continua
- Es revisada para conseguir su continua adecuación

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 19 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.5.4 PLANIFICACION

4.5.4.1 OBJETIVOS CORPORATIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La Dirección se asegura constantemente que los objetivos Corporativos estén claramente entendidos, establecidos y medidos en cada nivel y función de la organización, los cuales son coherentes con la política de la institución.

Para la efectiva medición de los Objetivos se han establecido indicadores que tratan de estimar los progresos logrados.

Con el presente Sistema de Gestión se propone lograr los siguientes objetivos:

1. Lograr la satisfacción de todos los clientes de forma eficiente y eficaz a través de una atención personalizada y con alta calidez humana.
2. Asumir el compromiso de cumplir con las exigencias de calidad de nuestros clientes, las legislaciones aplicables, de higiene, salud y seguridad y otros requisitos a los que adhiera la institución.
3. Analizar nuevas metodologías y procesos, considerando las posibilidades económicas, orientados a optimizar el uso de los recursos.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 20 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4. Capacitar y entrenar a nuestro personal, con especial atención a las situaciones de emergencias, prevención y seguridad.

4.5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La Alta Dirección del Centro de Salud Manta #2 revisa cada año y se asegura que la planeación del Sistema de Gestión de Calidad, se lleva a cabo con las siguientes actividades:

Revisión por la dirección del Sistema de Gestión de Calidad.

Informes de Auditoría Interna.

Reporte de los indicadores o mediciones de los procesos.

A efectos de mantener la integridad del Sistema de Gestión de Calidad, cuando se planifiquen e implementen cambios de carácter importante tales como la inclusión de nuevos servicios en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad se procederá a planificar los cambios a través de Gráficas de Sistemática Global de trabajo del nuevo servicio, mediante el cual se asegurará y controlará que todos los puntos de la norma se incorporan. Dichos documentos toman forma de Instrucciones y se aprueban por la Dirección.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 21 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

4.5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La dirección asegura que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas a todo el personal dentro de la organización.

4.5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCION

La Dirección ha asignado a un miembro del Centro de Salud como representante de la institución, el mismo que tiene la autoridad para:

- Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad.
- Informar a la alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.

4.5.6 COMUNICACIÓN INTERNA

La Dirección de la organización difundirá al personal toda aquella información derivada del funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad: objetivos, estadísticas de incidencias, resultados de auditorías, etc. con el propósito de involucrar y hacer efectiva la colaboración de todo el personal entre sus distintos niveles y funciones en la mejora de la calidad de los servicios.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 22 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Se asegura que se establezcan los procesos de información apropiados manteniendo una adecuada comunicación. La comunicación interna garantiza que todos los mandos y empleados comprendan y conozcan los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad y puedan contribuir a cumplir la política de calidad, y a la mejora continua.

Para lograr este objetivo utilizamos los siguientes mecanismos:

- Buzón de Ideas de Mejora y Comunicación los cuales son revisados periódicamente.
- Correos electrónicos.
- Elaboración de Actas en Reuniones formales.
- Circulares y comunicaciones escritas dirigida en general para información y conocimiento de los colaboradores de la central
- Carteleras.

4.5.7 REVISION POR LA DIRECCION

El Director revisará, al menos una vez al año el Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar su eficiencia permanente, introducir acciones de mejora y en caso necesario, iniciar las Acciones Correctivas correspondientes.

4.5.8 INFORMACION DE ENTRADA PARA LA REVISION

En el orden del día se incluirán al menos los siguientes puntos:

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 23 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

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

4.5.9 RESULTADOS DE LA REVISION

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

La mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y de sus procesos,

La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente, y

Los recursos necesarios para el correcto desarrollo de los servicios.

De cada reunión se levantará un Acta en la que conste:

Asistentes.

Asuntos tratados.

Planificación para el año siguiente con los objetivos, metas, acciones a tomar (se incluirán los resultados en los que se basan)

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 24 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Responsables de la implantación.

Plazos de ejecución.

Responsable del seguimiento de la ejecución.

4.6 GESTION DE RECURSOS

4.6.1 PROVICION DE RECURSOS

La Dirección determina y proporciona los recursos necesarios para:

- Implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorando continuamente su eficacia.
- Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

4.6.2 RECURSOS HUMANOS

El Centro de Salud Manta #2 define el perfil de los diferentes puestos de trabajo de la organización, a través de las **fichas de descripción de funciones y requisitos de personal**, donde también se exponen las mínimas competencias (conocimientos, habilidades, destrezas y valores) que deben tener las personas que ocupen cargos dentro de la institución.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 25 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.6.3 COMPETENCIA, FORMACION Y TOMA DE CONCIENCIA

Las personas que deseen laborar en el Centro de Salud Manta #2, se sujeta al procedimiento de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal.

De acuerdo con la política de la calidad, la Dirección de la organización proporciona permanentemente la formación adecuada, mediante cursos, seminarios o charlas específicos sobre materias relacionadas con puesto de trabajo. También se incluye, en la formación, el entrenamiento o formación práctica de los empleados con el fin de adquirir la soltura necesaria para desempeñar con éxito sus responsabilidades. Tras los periodos formativos se evalúa la eficacia de éstos mediante un cuestionario o un informe del responsable de departamento.

A los empleados nuevos se les realiza una formación inicial consistente en una presentación básica de la organización, de su Sistema de Gestión de la Calidad, de la importancia de su puesto de trabajo en la consecución de la calidad y de las esperanzas profesionales respecto a ellos.

4.6.4 INFRAESTRUCTURA

El Centro de Salud Manta #2 define, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para alcanzar la conformidad con los requisitos del

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 26 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

servicio. La infraestructura incluye las oficinas, los vehículos, el espacio de trabajo, el sistema informático y las comunicaciones.

Para mantener en perfecto estado de funcionamiento la maquinaria y equipos críticos de trabajo se dispone de un procedimiento de mantenimiento.

4.6.5 AMBIENTE DE TRABAJO

El Centro de Salud Manta #2 define y gestiona el ambiente de trabajo necesario para el desarrollo satisfactorio de los servicios, garantizando que el personal trabaje en un clima laboral agradable.

4.7 REALIZACION DEL SERVICIO

4.7.1 PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL SERVICIO

La calidad final de los servicios proporcionados al cliente es el resultado de acciones planificadas y sistemáticas. La gestión de la calidad del Centro de Salud Manta #2 está definida y descrita en este Manual y planificada en los Procedimientos e instrucciones vigentes del Sistema de Gestión de la Calidad.

No obstante, para satisfacer las exigencias de un nuevo cliente se considera la realización de acciones adicionales que faciliten el cumplir con dichos requisitos, es decir, se estudia la modificación o creación de procedimientos, instrucciones, registros, incorporación de recursos, nuevos procesos, nuevas pautas y puntos de inspección, criterios de aceptación del servicio, etc. Si los

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 27 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

requisitos del nuevo cliente obligan a disponer de acciones adicionales o específicas, las acciones particulares para este cliente se reflejan en un documento que se denomina Plan de Calidad (MC01).

4.7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

4.7.2.1 DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

Por la naturaleza del Centro de Salud Manta #2, este establece los requisitos a considerar de sus pacientes a través de las disposiciones del Ministerio de Salud Pública y mediante la aplicación de encuestas de satisfacción del servicio prestado (MC02).

4.7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

La revisión de los requisitos se realiza en función del cumplimiento de la legislación vigente y de las disposiciones del ministerio de Salud Pública del Ecuador a fin de dar una atención de primera a los ciudadanos que hagan uso del servicio prestado por el Centro de Salud Manta.

4.7.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

El departamento de Recursos Humanos como todos los departamentos que tienen contacto directo con el usuario sobre todo el departamento de

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 28 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Admision-Estadística atiende todas las dudas sobre el servicio que el cliente plantea, para mejorar las características del servicio se debe considerar lo siguiente:

- La información del servicio que se está ofreciendo
- Tratamiento de las solicitudes, contrato u órdenes, incluyendo sus modificaciones, y
- Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas de forma directa o a través de buzones de sugerencia.

4.7.4 COMPRAS

4.7.4.1 PROCESO DE COMPRAS

La adquisición de materiales, equipos o servicios que pueden afectar directamente a la calidad de los servicios ofrecidos por el Centro de Salud Manta, sigue una sistemática definida para asegurar que cumplen con las características o requisitos especificados.

Los materiales, equipos y servicios que se incorporan al servicio han de ser comprados a proveedores aprobados. Se realiza la evaluación inicial y continuada de los proveedores de acuerdo a la sistemática descrita en el procedimiento (PE/DF/01) aplicable. La organización dispone de los registros de las evaluaciones de proveedores.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 29 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS

La información por las compras describe el producto o el bien a ser comprado, incluyendo cuando sea apropiado:

- Los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipo.
- Los requisitos para la calificación del personal.
- Los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

El Centro de Salud Manta asegura la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.

4.7.4.3 VERIFICACION DE LOS BIENES Y PRODUCTOS COMPRADOS

La administración establece e implementa actividades necesarias para asegurarse de que el producto o el bien comprado cumplan con los requisitos especificados.

Cuando la organización quiera llevar a cabo la verificación del producto en las instalaciones del proveedor, se especifica los acuerdos de verificación pretendida y los métodos para la liberación del producto.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 30 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.7.5 PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Centro de Salud planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas, las mismas que incluyen:

- La disponibilidad de información que describe las características del servicio.
- La disponibilidad de instructivos.
- La implementación de seguimiento y la medición.
- La implementación de actividades posteriores a la entrega del servicio.

4.7.6 VALIDACION DEL PROCESO DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS

El Centro de Salud Manta valida todo proceso de prestación del servicio y establece disposiciones para estos procesos que incluyen:

- Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos
- La calificación del personal
- El uso de métodos y procedimientos específicos
- Revalidación.

4.7.7 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD

El Centro de Salud Manta #2, tiene establecida una sistemática para asegurar que el servicio puede ser identificado en cada una de las etapas, ya

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 31 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

sea durante la prestación del mismo o en días o meses posteriores (historia del servicio a través del departamento de estadísticas).

Esta característica de nuestros servicios es especialmente importante en caso de incidencia, reclamación o responsabilidad legal y afecta a todos los materiales, personal y subcontrataciones que participan en un servicio de atención médica, vacunación, nutrición o sanitización.

4.7 MEDICION, ANALISIS Y MEJORA

El centro de Salud de Manta planifica e incrementa un proceso de seguimiento, análisis y mejora que consiste en:

- Demostrar la conformidad del servicio que se ofrece.
- Asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mejorar continuamente la eficacia de Gestión de Calidad.

4.8.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

4.8.1.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Para determinar los niveles de calidad de servicio, el Centro de Salud Manta #2 consulta la opinión del cliente a intervalos de tiempo regulares, a través de encuestas, con el fin de detectar áreas o aspectos puntuales del servicio a mejorar y de determinar su grado de satisfacción.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 32 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

El resultado de la consulta de la opinión de los clientes es tenido muy en cuenta en la evaluación de la calidad del servicio y constituye una de las fuentes más importantes de información a la hora de emprender acciones correctivas.

4.8.1.2 AUDITORÍA INTERNA

Las auditorías sirven para confirmar que las actividades englobadas en el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización se llevan a cabo de forma satisfactoria.

El Centro de Salud de Manta aplica el proceso de auditoría interna a intervalos planificados y determina si el Sistema de Gestión de Calidad es:

- Conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma internacional ISO 9001: 2008 y con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos, y
- Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

El Centro de Salud de Manta dispone de un Procedimiento Documentado denominado “Auditoría Interna” en el que detallan las actividades de auditorías (PG 05).

Se lleva a cabo Auditorías Internas de Gestión de Calidad por lo menos una vez al año, preferentemente antes de las Auditorías Externas.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 33 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Cuando una auditoría interna revela la existencia de fallos en el funcionamiento del sistema se desarrollan las acciones de mejora necesarias como, por ejemplo, modificar un procedimiento, rediseñar un impreso o mejorar la formación.

El resultado de la auditoría se refleja en un Informe, así como las acciones, si las hay, que se van a emprender. En auditorías posteriores se comprueba si los cambios surgidos de la auditoría anterior han sido provechosos.

La Dirección del Centro de Salud es responsable de asegurar que las auditorías internas se programan de acuerdo con la necesidad de verificar que las actividades descritas en el Sistema de Gestión de Calidad, satisfacen todos los requisitos. Es también responsable de la formación y dirección de los auditores internos, así como la coordinación y verificación de las actividades de seguimiento.

Los auditores internos del Sistema de Gestión de Calidad son los responsables de llevar a cabo las auditorías, de acuerdo con este procedimiento, de forma objetiva y profesional.

Los líderes departamentales de las aéreas bajo revisión son los responsables de facilitar un guía para ayudar en el proceso y testimonio de las no

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 34 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

conformidades, así como de implantar las acciones precisas para la solución de los problemas.

4.8.1.3 SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS

Se ha definido los criterios y métodos adecuados para asegurar el funcionamiento correcto y control de los procesos. Con ello se evitan, o por lo menos se reducen, las anomalías en los servicios (prevención).

Se dispone de un sistema de seguimiento y medición de la calidad de los servicios que permite la mejora continua de éstos al:

- Detectar los aspectos problemáticos del servicio, e
- Implantar, tras un análisis minucioso, las acciones necesarias para corregir las causas de los problemas y evitar así que se repitan.

4.8.1.4 SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO

El Centro de Salud Manta realiza el seguimiento y mide las características del servicio para verificar que se están cumpliendo con los requisitos establecidos durante todas las etapas del proceso, como también se mantiene evidencia de la no conformidad con los criterios de aceptación.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 35 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.8.2 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

Durante el transcurso de las actividades de las organizaciones siempre aparecen problemas imprevistos. Por lo tanto es preciso decidir la manera en que estos son tratados. Para la mejora continua del servicio de una organización de nuestras características es necesario llevar una contabilidad de las incidencias y reclamaciones ocurridas, clasificadas por tipo y por frecuencia de aparición.

Con esta información, en las reuniones periódicas de seguimiento de la calidad del servicio se discuten las posibles causas o causas reales de los problemas y se trata de buscar una solución para ellos.

El Centro de Salud Manta #2, dispone de una sistemática para garantizar que las incidencias y reclamaciones que se dan en el desarrollo de los servicios se tratan y resuelven de forma satisfactoria.

En caso de producirse problemas para los que no se ha previsto una actuación predeterminada y para aquellos que se consideren de relevancia importante, el personal elabora un informe de la incidencia o reclamación sobre el que se van anotando las gestiones realizadas con el fin de restituir la normalidad en el servicio. El servicio no conforme es manejado en Centro de Salud Manta #2, con el procedimiento denominado “Productos No Conforme” PG06).

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 36 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.8.3 ANALISIS DE DATOS

El Centro de Salud determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, con la finalidad de evaluar donde puede realizarse la mejora continua en el Sistema de Gestión de Calidad.

Los datos son analizados por la Dirección para evaluar dónde puede aplicarse la mejora. Los datos también son reportados en la Revisión por la Dirección cada año para que la Alta Dirección tome decisiones en función de los resultados alcanzados.

Los datos analizados incluyen los resultados de los procesos de seguimiento y medición (satisfacción del cliente, auditorías internas, desempeño de procesos y de servicios).

Estos datos incluyen:

- La satisfacción del cliente
- La conformidad con los requisitos del servicio
- Las características y tendencias de los procesos y de el servicio, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 37 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

Los resultados del análisis pueden ser utilizados para determinar:

- Las tendencias,
- El nivel de satisfacción de las otras partes interesadas,
- La eficacia y eficiencia de sus procesos,
- El éxito de sus objetivos de mejora del desempeño.

4.8.4 MEJORA

4.8.4.1 MEJORA CONTINUA

El Centro de Salud Manta #2, apuesta por la mejora continua de la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad mediante:

- El uso de la política de la calidad,
- Los objetivos de la calidad,
- Los resultados de las auditorías internas,

- El análisis de los diversos datos relativos a la prestación de los servicios,
- Las acciones correctivas y preventivas; y
- La revisión anual del sistema por la Dirección.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 38 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

4.8.4.2 ACCIÓN CORRECTIVA

Con el objeto de eliminar las no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad, y sus causas, en el Centro de Salud Manta #2 se determinan acciones apropiadas a los efectos de las mismas para evitar su recurrencia, por lo que en el procedimiento denominado “Acciones Correctivas” PG03) se definen los requisitos para:

- Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas del cliente),
- Determinar las causas de las no conformidades,
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,
- Determinar e implementar las acciones necesarias.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas

La necesidad de tomar este tipo de acciones puede surgir tanto de no conformidades internas (incidencias en servicios de transporte, diseño y funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad) como de fuentes externas (reclamaciones).

Se considera que la recopilación y estudio de toda la información posible (entrevistas, incidencias, reclamaciones) es una de las actividades más importantes de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad. La información

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 39 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

anterior nos permite detectar áreas o aspectos del servicio a mejorar y a actuar en consecuencia.

Las acciones de este tipo están debidamente documentadas y quedan sometidas a un seguimiento durante un periodo de tiempo razonable para comprobar que funcionan.

En la revisión anual del sistema de gestión de la calidad deben valorarse la eficiencia de las acciones correctivas cerradas durante el año y su importancia en el proceso de la mejora continua.

4.8.4.3 ACCION PREVENTIVA

Con el objeto de eliminar las no conformidades potenciales del Sistema de Gestión de Calidad, y sus causas, en el Centro de Salud Manta #2 se determinan acciones apropiadas a los efectos de los problemas potenciales para evitar su ocurrencia, es así que dispone de un procedimiento denominado “Acciones Preventivas” (PG04) en el que se definen los requisitos para:

- Determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	MANUAL DE CALIDAD CSM-MC-00	REVISIÓN: 00 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 40 de 40
	SGC ISO 9001:2008	

- Determinar e implementar las acciones necesarias,
- Registrar los resultados de las acciones tomadas, y
- Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas

Tanto las acciones correctivas como las preventivas se toman en el Centro de Salud Manta, con el fin de eliminar las causas de los problemas, reales o potenciales y prevenir su reaparición u ocurrencia.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO GENERAL

5.1 PROCEDIMIENTO GENERAL: ELABORACION DE DOCUMENTOS

5.1.1 OBJETO

El presente procedimiento tiene por objeto definir la forma, metodología y actividades necesarias para el diseño y elaboración de documentos internos, del Sistema de Gestión de Calidad del Centro de Salud Manta #2.

5.1.2 ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los documentos que son parte del Sistema de Gestión de Calidad emitidos por el Centro de Salud Manta #2.

Los documentos son:

- Manual de la Calidad.
- Procedimientos Generales.
- Procedimientos Específicos.
- Instrucciones.
- Formatos.
- Programas Informáticos.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

5.1.3 REFERENCIAS

Para elaborar el siguiente procedimiento se necesita de los siguientes documentos:

- ✓ Norma ISO 9000:2005 Conceptos y vocabularios
- ✓ Norma ISO 9001:2008 Requisitos.

5.1.4 DEFINICIONES

Las siguientes definiciones y abreviaciones son tomadas en cuenta en este procedimiento.

Documentos internos de calidad: Comprenden los documentos internos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos que han sido elaborados, revisados, aprobados y distribuidos dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

Documentos externos: Comprenden las leyes, reglamentos, estatutos, resoluciones, normas, requisitos de clientes y especificaciones del servicio. Documentos que no han sido elaborados, revisados y aprobados dentro del Sistema de Gestión de Calidad, pero que sin embargo son utilizados en el Sistema de Gestión de Calidad.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 4 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Manual de la Calidad: Es el documento que describe el Sistema de Gestión de Calidad de la institución. Establece la organización, procesos a desarrollar y responsabilidades. En algunos casos describe cómo y cuándo se realizarán esos procesos y actividades o bien, incluye la referencia al procedimiento que lo detalla. Su utilización tiene carácter general y es aplicable por cualquier persona del Centro de Salud Manta #2 para realizar funciones sujetas a requisitos de calidad.

Procedimientos: Describen, cuándo, por quién y cómo se realizan las actividades de carácter general (gestión de documentos, elaboración de documentos, etc.), o específicos (desarrollo de un proceso). Son aplicables por un funcionario debidamente calificado del Centro de Salud Manta #2 para realizar funciones sujetas a requisitos de calidad.

Instrucciones: Son documentos que describen de forma exhaustiva las actividades y tareas necesarias para realizar un proceso. Su utilización, normalmente, está restringida al personal responsable de realizar las actividades y/o tareas que se describen.

Formatos: Son hojas normalizadas destinadas a recoger información derivada de una actividad concreta que se lleva a cabo en relación con el

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 4 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Sistema de Gestión de Calidad. Una vez cumplimentados se convierten en registros de calidad.

Programas Informáticos: Son programas de apoyo que permiten agilizar ciertas actividades, con el uso de hoja de cálculos, base de datos, programa especializados de contabilidad, etc.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

5.1.5 DESCRIPCIÓN

La presente configuración de página se aplica al Manual de Calidad, Procedimientos Generales, Procedimientos Específicos e Instructivos.

Contenido de la Portada

- El nombre de la institución: Centro de Salud Manta #2, alineado en el centro.
- El logotipo de la institución en forma horizontal, alineado en el centro.
- La clase de documento seguido de su código.
- El título del documento.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 5 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

- La revisión, y la fecha de la emisión (fecha de entrada en vigor del documento).
- Un cuadro que indica:
 - ✓ Copia Controlada N°.
 - ✓ Fecha.
 - ✓ Asignada a (nombre de la persona, departamento o área a quien se le entrega copia del documento).
 - ✓ Elaborado por, Firma, Fecha.
 - ✓ Revisado por, Firma, Fecha.
 - ✓ Aprobado por, Firma, Fecha.

Contenido Encabezado:

- Nombre de la institución alineado al centro en la parte superior.
- Logotipo de la institución, alineado a la izquierda.
- Nombre de la clase de documento, alineado al centro.
- Código del documento alineado al centro.
- Nombre del título del documento a que se refiere, debe ir de acuerdo con su objetivo; alineado al centro.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 6 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

- Revisión, alineado a la derecha. Todos los documentos originales arrancan con revisión 00.
- Fecha de vigencia, alineado a la derecha. La fecha se escribe según el siguiente orden: Día-Mes-Año.
- Número de Página, alineado a la derecha. El número de página se escribe de la siguiente manera: # de #.

Pie de página:

Todas las hojas del documento llevan el código de formato en el cual se transcribe.

Codificación:

Los documentos se identifican con la siguiente codificación:

Manual de Calidad y Formatos

MC

Siendo:

MC: Indica la clase de documento al que corresponde, en este caso Manual de Calidad.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 7 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Los formatos que se generen relacionados con el Manual de la Calidad se identificarán por el título y a través del siguiente código:

MCYY-ZZ

Donde:

MC: Indica la clase de documento del cual proceden (Manual de Calidad)

YY: N° correlativo de formato dentro del Manual de Calidad.

ZZ: Indica el número de edición del formato, empezando por 00.

El Manual de la Calidad se transcribirá en el siguiente formato:

MC01 “ oja de portada” en la ue se indicar el título del documento, la edición, la fecha de la emisión (fecha de entrada en vigor del documento), identificación del responsable de elaboración, revisión y aprobación del documento.

MC02 “ oja de Desarrollo” en la ue se ir redactando el contenido del documento. También se utilizará este formato para el Histórico de Revisiones que se ubicará después de la portada. Este formato tendrá encabezado y pie de página los mismos que fueron descritos anteriormente.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 8 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Procedimientos Generales y Formatos

PG/XX

Siendo:

PG: Indica la clase de documento al que corresponde, en este caso Procedimiento General.

XX: Número correlativo de procedimiento empezando por el 01.

Los formatos que se generen relacionados con los Procedimientos Generales se identificarán con el título y con el siguiente código:

PGXXYY-ZZ

Dónde:

PG: Indica la clase de documento del cual proceden (Procedimiento General)

XX: Indica el número de procedimiento en el que se define dicho formato

YY: N° correlativo de formato dentro de un mismo procedimiento empezando por el 01.

ZZ: Indica el número de edición del formato, empezando por 00.

En algunos casos, los formatos se podrán identificar únicamente con el título y con el número de edición.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 9 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Los Procedimientos Generales se transcribirán en el siguiente formato:

PG0101 “ oja de portada” en la ue se indicar el título del documento, la edición, la fecha de la emisión (fecha de entrada en vigor del documento), identificación del responsable de elaboración, revisión y aprobación del documento.

PG0102 “ oja de Desarrollo” en la que se irá redactando el contenido del documento. También se utilizará este formato para el Histórico de Revisiones que se ubicará después de la portada. Este formato tendrá encabezado y pie de página los mismos que fueron descritos anteriormente.

Procedimientos Específicos y formatos

PE/WW/XX

Siendo:

PE: Indica la clase de documento al que corresponde, en este caso Procedimiento Específico.

WW: Siglas correspondientes al área a la que pertenece el procedimiento:

XX: Número correlativo de procedimiento empezando por el 01.

Los formatos que se generen relacionados con los Procedimientos Específicos se identificarán con el título y con el siguiente código:

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 10 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

PE/WW/XXYY-ZZ

Donde:

PE: Indica la clase de documento del cual proceden (Procedimiento General)

WW: Área a la que pertenece el procedimiento.

XX: Indica el número de procedimiento en el que se define dicho formato

YY: N° correlativo de formato dentro de un mismo procedimiento empezando por el 01.

ZZ: Indica el número de edición del formato, empezando por 00.

En algunos casos, los formatos se podrán identificar únicamente con el título y con el número de edición.

Los Procedimientos Específicos se transcribirán en el siguiente formato:

PG0101 “ oja de portada” en la ue se indicar el título del documento, la edición, la fecha de la emisión (fecha de entrada en vigor del documento), identificación del responsable de elaboración, revisión y aprobación del documento.

PG0102 “ oja de Desarrollo” en la ue se ir redactando el contenido del documento. También se utilizará este formato para el Histórico de Revisiones que se ubicará después de la portada. Este formato tendrá encabezado y pie de página los mismos que fueron descritos anteriormente.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 11 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Instructivo

I/WW/XX

Siendo:

I: Indica la clase de documento al que corresponde, en este caso instrucción para cualquier actividad.

WW: Siglas correspondientes al área a la que pertenece el procedimiento.

XX: Número correlativo de instrucción empezando por el 01.

Los formatos que se generen relacionados con las instrucciones se identificarán con el título y con el siguiente código:

I/WW/XXYY-ZZ

Donde:

I: Indica la clase de documento del cual proceden (Instrucciones)

WW: Área a la que pertenece el procedimiento.

XX: Indica el número de procedimiento en el que se define dicho formato

YY: N° correlativo de formato dentro de un mismo procedimiento empezando por el 01.

ZZ: Indica el número de edición del formato, empezando por 00.

Los Procedimientos Específicos se transcribirán en el siguiente formato:

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 12 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

PG0101 “ oja de portada” en la ue se indicar el título del documento, la edición, la fecha de la emisión (fecha de entrada en vigor del documento), identificación del responsable de elaboración, revisión y aprobación del documento.

PG0102 “ oja de Desarrollo” e n la que se irá redactando el contenido del documento. También se utilizará este formato para el Histórico de Revisiones que se ubicará después de la portada. Este formato tendrá encabezado y pie de página los mismos que fueron descritos anteriormente.

Estructura

Títulos: Alineado a la izquierda.

Subtítulos: Alineado a la izquierda.

Descripción: Alineado justificado. Utilizar viñetas (□,□) cuando sea necesario.

Secciones: Se desarrollaran las secciones necesarias según la clase de documento al que se refiere. (Obligatorias-OB, opcionales-OP y no aplica N/A).

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 13 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Las clases de documentos son: manual de calidad, procedimientos generales y específicos, e instrucciones.

#	SECCIONES	MC	PG	PE	I
1	Portada y Firmas	OB	OB	OB	OB
2	Histórico de revisiones	OB	OB	OB	OB
3	Índice	OB	OB	OB	OB
4	Introducción	OB	N/A	N/A	N/A
5	Perfil de la Institución	OB	N/A	N/A	N/A
6	Objetivo	OB	OB	OB	OP
7	Alcance	OB	OB	OB	OP
8	Referencias	OB	OB	OP	OP
9	Definiciones	OB	OB	OP	OP
10	Responsabilidad y auditoria	N/A	OP	OP	OB
11	Descripción	OB	OB	OB	OB
12	Correcciones Inmediatas	N/A	OP	OP	OP
13	Anexos	OP	OP	OP	OP

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 14 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Contenido de las secciones

Portada y Firmas: Indica el título del documento, la edición y la fecha de la emisión. Debe registrarse la firma de quién elabora, revisa y aprueba el documento.

Histórico de revisiones: Indica las sucesivas revisiones del documento y la causa de la modificación. Contiene: revisión, fecha, hojas modificadas, causa de modificación y nombre de la persona que aprueba.

Índice: Enumera las secciones del documento.

Introducción: Describe la presentación del manual de calidad de la institución dejando expresamente establecida la propiedad del mismo y el objeto del SGC haciendo referencia a la norma objeto de aplicación.

Perfil de la Institución: Describe brevemente a la institución indicando, entre otros aspectos: denominación, domicilio, delegaciones y sus correspondientes domicilios, fecha de constitución, capital social, estatutos, etc.

Objetivo: Describe la razón del uso del documento.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 15 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Alcance: Define a que documentos, personas, materiales, áreas, procesos, sistemas o sitios se refiere el documento elaborado.

Referencias: Indica bibliografía relacionada con el tema, puede ser manuales, procedimientos, instructivos, normas, leyes, resoluciones, textos, regulaciones gubernamentales, normas, material de apoyo, etc.

Definiciones: Describe cualquier término técnico, conceptos, palabra especial o abreviaciones que aparezcan en el documento y que no sean de uso común en las actividades diarias.

Responsabilidad y auditoria: Señala los cargos que tienen responsabilidades específicas en algunos de los temas tratados en el documento. Siempre indicar la persona responsable del cumplimiento de lo establecido en el documento.

Descripción: Describe las condiciones del proceso: especificaciones, guías, parámetros, condiciones, monitoreo, comunicaciones, verificaciones, recursos u otros conocimientos que deben considerarse para la ejecución del documento.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/01 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 01 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 16 de 16
	SGC ISO 9001:2008	

Define la forma secuencial en que se van generando las actividades inherentes al documento. Para el efecto se debe tomar en cuenta que se debe dar respuesta a las preguntas: QUIÉN, CÓMO, CUÁNDO, DONDE, PARA QUÉ, CON QUÉ, y CON QUIÉN se realizan las actividades. Este detalle se lo puede realizar bajo las siguientes técnicas:

- Diagrama de Flujo
- Descriptivos
- Videos
- Dibujos

Correcciones inmediatas: Describe las desviaciones en los diferentes escenarios que pueden ocurrir en el proceso y las acciones de corrección inmediata que deben seguirse en cada caso

Anexos: Incluye información complementaria para la mejor interpretación del proceso requerido para la ejecución del mismo.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

5.2 PROCEDIMIENTO GENERAL: GESTION DE DOCUMENTOS

5.2.1 OBJETO

El presente procedimiento tiene por objeto establecer una sistemática para gestionar la elaboración, identificación, difusión, distribución, modificación, eliminación y archivo de toda la documentación aplicable dentro del Sistema Gestión de Calidad, así como el control de los registros generados.

5.2.2 ALCANCE

Este procedimiento se aplica para todos los documentos de origen interno y externo; así como de los registros que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad del Centro de Salud Manta #2.

5.2.3 REFERENCIAS

Norma ISO 9001:2008 Requisitos

Procedimiento General de Elaboración de documentos.

5.2.4 DEFINICIONES

Documento: Información y su medio de soporte; tales como los documentos escritos, los discos duros de computador, disquetes, CD, cintas de video, audio y afiches, entre otros.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Documento controlado: Documento que describe los métodos y prácticas operativas del Centro de Salud de Manta y que por lo tanto deben mantenerse actualizados para que sean verdaderas herramientas de gestión.

Documento obsoleto: Documento que ha sido retirado del Sistema de Gestión de Calidad para evitar que puedan confundirse con las revisiones en vigor.

Documento externo: Documento cuyo origen es externo y que se ha identificado como necesario para el desarrollo del SGC (requisitos legales, resoluciones, reglamentarios, normas de sistemas de calidad, bibliografía, etc.).

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.

5.2.5 DESCRIPCION

Documentos Internos

Pre-elaboración

La pre-elaboración de un documento conlleva las siguientes etapas:

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 3 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Propuesta de Elaboración

Cuando un funcionario identifique la necesidad de elaboración de un documento interno del Sistema de Gestión de Calidad presentará una propuesta al responsable definido en la tabla TRGD (Tabla de Responsabilidades de Gestión de Documentos del SGC), mediante el formato de Propuesta de Elaboración, Modificación o Eliminación de Documentos.

Cuando la propuesta ha sido entregada al responsable definido en la tabla TRGD, éste se encargará de analizarla, en caso que sea viable la presentará al Jefe de Aseguramiento de Calidad.

La necesidad de elaboración de los distintos documentos podrá surgir como consecuencia de las Revisiones anuales del Sistema de Gestión de Calidad, con el objeto de subsanar deficiencias, para cubrir nuevas actividades, o por No Conformidades resultantes de auditorías.

- Requerido por el SGC.
- Necesario para cumplir requisitos legales y reglamentarios.
- Determinar en qué eslabón de la cadena de valor se ubica el nuevo documento y las interacciones con otros procesos.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 4 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Decisión de Elaboración

Según se indica en la tabla TRGD, el responsable de decidir la elaboración de los documentos del Sistema de Gestión la Calidad es el Jefe de Aseguramiento de Calidad.

Si la elaboración del documento no es viable para el SGC, se suscitará en el formato las razones por las cuales se rechaza la propuesta, y se dará una copia al Jefe de Departamento o funcionario.

Si la elaboración del documento es viable para el SGC, se suscitará en el formato las razones por las cuales se acepta la propuesta, y se dará una copia al Jefe de Departamento o funcionario.

Identificación

Consiste en la preparación del borrador del documento de acuerdo a la estructura definida para el mismo (Procedimiento General de Elaboración de Documentos).

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 5 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Si el documento es nuevo el responsable de la elaboración del documento solicitará al Jefe de aseguramiento de Calidad la clave de identificación (código), la cual se realizará según lo descrito en el en la tabla TRGD.

Al nuevo documento elaborado se le asignará un número de revisión 00. Al nuevo documento modificado se le asignará un nuevo número de edición, correlativo con el que tuviese antes de su modificación. El documento en borrador irá identificado con el número de la revisión que le corresponda y la palabra “Borrador” en la portada, además de llevar en todas las hojas del documento (excepto la portada) la palabra borrador como marca de agua con texto diagonal gris.

Para identificar en la nueva edición los cambios realizados:

Si se modifica un párrafo, éste se marcará sombreándolo de color amarillo.

Si se ha eliminado un párrafo completo se enmarcará el espacio entre corchetes.

Si se incluye un párrafo nuevo este se marcará sombreándolo de color azul Celeste.

Si la modificación es total esto se reflejará en el histórico del documento.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 6 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Las modificaciones de MC, PGs, PEs, Instrucciones y Formatos pueden afectar a una o varias páginas del documento, debiendo actualizarse en cada caso el documento completo.

El responsable de la elaboración o modificación del documento es la persona que ocupe el puesto definido en la tabla TRGD. El Responsable de Calidad participará siempre con su asesoramiento en la elaboración o modificación de documentos para que se realicen bajo parámetros del SGC, a excepción del Manual de Calidad, Procedimientos Generales y sus correspondientes formatos ya que serán elaborados y modificados por el mismo.

Una vez que el documento esté elaborado o modificado, el responsable de esta actividad lo firmará indicando nombre y fecha en la portada; y después lo entregará al Jefe de Aseguramiento de Calidad mediante oficio.

Eliminación

El Jefe de Aseguramiento de Calidad comunicará dicha circunstancia a todos los destinatarios de copias controladas del documento y procederá a eliminarlo de la Lista Maestra de Documentos. Los destinatarios de copias controladas son los responsables de eliminar físicamente los documentos obsoletos.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 7 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

De todas las revisiones de los documentos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad que estuvieran en vigor en los últimos cinco años el Jefe de Aseguramiento de Calidad mantendrá el original, archivándolo en localización diferente a la de los documentos en vigor e identificándolo con la anotación obsoleta.

Revisión

Consiste en la comprobación, de que el documento es completo, adecuado y está de acuerdo con los requisitos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad. El Jefe de aseguramiento de Calidad es el responsable de revisar todos los documentos, el cual los firmará, indicando nombre y fecha, en la portada del documento.

En el caso que el documento no cumpla con los parámetros del SGC, el Jefe de aseguramiento de Calidad devolverá el documento a la persona que lo elaboró o modificó y mediante oficio especificará que se realice los ajustes necesarios. Una vez hechos los ajustes se reenviará el documento al Jefe de Control de Calidad para su revisión, proceso que se realizará hasta que el documento cumpla con los parámetros del SGC.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 8 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Aprobación

Consiste en la ratificación del documento, para su inclusión e implantación, por la persona que se indique en la tabla TRGD, que firmará en la casilla de aprobado, indicando nombre y fecha.

La fecha de entrada en vigor (fecha de emisión) de un documento será la correspondiente a la fecha de aprobación del mismo. Las modificaciones definitivas de los documentos (excepto los formatos) se indicarán en el lugar de cambios y su naturaleza en el Histórico de Revisiones.

Control

Una vez aprobado el documento se enviará el original al Jefe de Control de Calidad, el cual procederá a incluirlo en la Lista Maestra de Documentos. Dicho registro será actualizado cada vez que exista una nueva edición de un documento. Además se incorporaran a la Lista Maestra de Documentos los Documentos Externos y los Documentos en Soporte Informáticos.

El Jefe de Aseguramiento de Calidad es el responsable del control de los documentos.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 9 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

La Lista Maestra de Documentos se encontrará a disposición de todos los funcionarios de la unidad académica para consultar aquellos documentos que se encuentran en vigor. El impreso y el archivo electrónico de los documentos originales, al igual que la Lista Maestra de Documentos estarán convenientemente archivados bajo la responsabilidad única del Jefe de Control de Calidad.

Distribución

Consiste en la transmisión de los documentos aprobados a aquellas personas, departamentos o áreas que deben tener copia para su utilización o información. Esta actividad será realizada por el Jefe de Control de Calidad.

La distribución de documentos se realizará a través de Copias Controladas (son copias de los documentos originales las cuales deben mantenerse actualizadas cuando se modifiquen los documentos) y se distribuyen nominativamente.

Para la distribución de los documentos dentro de la unidad académica, se utilizará la Recepción de Documentos Controlados en el que se dejará constancia del documento enviado, destinatario y evidencia de haber recibido dicho documento mediante la firma de la persona que lo ha recibido, y la persona que ha distribuido el documento.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 10 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Para la distribución de los formatos se aplicará la sistemática descrita en el párrafo anterior.

Las copias controladas se identifican en su portada con la siguiente información:

Copia controlada N°

Asignada a

Fecha:

El número de copia controlada que se indica en la portada de la copia del documento debe coincidir con el número de copia controlada del formato de Recepción de documentos controlados.

Para documentos a distribuir fuera del Centro de Salud manta #2 (Copias No Controladas), el Jefe de Aseguramiento de Calidad solicitará al destinatario que envíe un acuse de recibo el cual se archivará como registro de distribución.

Para cada documento y sus respectivos formatos, el Jefe de Aseguramiento de Calidad mantendrá la Lista de Control de Distribución Externa que indique las personas a las que se les han enviado Copias No Controladas y los números de éstas.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 11 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Difusión Interna

Consiste en dar a conocer expresamente el documento que va a ser utilizado por los funcionarios del Centro de Salud manta #2.

Archivo

La sistemática descrita es de aplicación a todos los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, contemplando los soportes de papel, informáticos y cualquier otro que garantice una seguridad y reproducibilidad equivalente.

Los siguientes documentos se encuentran sujetos a archivo:

Manual de Calidad

Procedimientos Generales

Procedimientos Específicos

Formatos derivados de los documentos anteriores

Documentos externos

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 12 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Codificación de los archivadores o carpetas

Tantos los documentos en soporte papel, se archivarán en carpetas según los siguientes criterios:

Cada carpeta, llevará en el lomo en forma secuencial de arriba hacia abajo la siguiente información:

Logotipo del Centro de Salud Manta #2

El Nombre del Centro de Salud Manta #2

Nombre del Documento y Código

Número, YY, que indicará el número de carpeta dentro del mismo concepto empezando por 01.

Fecha de entrada de vigor del documento

SGC ISO 9001:2008

Para el archivo de las copias controladas se utilizará el mismo criterio, anotando además, en el lomo del archivador “Copia controlada N°....”.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 13 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Control de registros

La sistemática descrita es de aplicación a todos los registros relacionados con el SGC establecido en el Centro de Salud Manta #2, para asegurar el control de los registros de la calidad.

Los registros serán emitidos y cumplimentados en los formatos correspondientes, cuando existan, por las personas designadas en la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.

A los registros en soporte informático, sólo podrán acceder las personas autorizadas para ello, requiriendo el programa una clave de acceso, de este modo se evitará la emisión o modificación de registros por personal no autorizado.

Salvo indicación en contra, la identificación, el control y el archivo de los distintos registros será responsabilidad de la persona que los ha cumplimentado.

Las anotaciones en los registros deben realizarse de forma indeleble. La corrección de datos erróneos se hará tachando el dato original sin resultar éste ilegible ni eliminado y firmado por el responsable. Este tipo de

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 14 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

correcciones (por error) o cualquier otra, se indicará anotando la fecha, motivo y persona que hace la modificación.

En los registros informáticos, la corrección se hará igualmente mediante tachado, lo cual implica la generación de un nuevo registro frente al que se ha corregido que se identificará como obsoleto o no vigente; el propio sistema informático, en la medida de lo posible, dispondrá de un control de modificaciones que permitirá conocer la fecha en la que se realizaron los cambios así como el motivo y la persona que los realizó; si no fuera posible, se abrirá un campo denominado histórico para indicar los datos de la modificación.

La información se conservará en los archivos correspondientes (documentales o informáticos), teniendo en cuenta, además de lo expuesto en este capítulo, los requisitos derivados de disposiciones legales, de acreditación y de capacidad de reproducción.

Algunos de los registros más característicos son:

- Oficios
- Registros de equipos, mantenimiento interno.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 15 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

- Registros de control del Sistema de Gestión de la Calidad (informes de auditorías internas o externas, Acta de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad, etc.).
- Registros de personal.
- No conformidades, Acciones Correctivas y Acciones Preventivas.
- Reclamaciones.
- Registros de compras (listado de suministradores aprobados, registro de evaluación de suministradores, documento/ orden de compra, registro de cumplimiento de especificaciones a la recepción).

Mantenimiento

Registros en soporte papel

El archivo para los registros en papel se emplazará y dispondrá de manera que se minimicen los riesgos debidos a condiciones ambientales adversas o accidentes.

Estarán en locales con acceso controlado y de uso restringido al personal autorizado; así mismo, tendrán un control de utilización para evitar pérdidas, cambios, etc.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 16 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Registros en soporte informático

El Centro de Salud Manta #2, tomará medidas apropiadas para:

Realizar, cada mes copias de seguridad de todos los registros informáticos. Las copias de seguridad se pueden archivar en soporte informático, o en soporte de papel. Éstas se archivarán en lugares distintos al de los originales.

Establecer niveles adecuados de seguridad y riesgos de acceso accidentales o deliberados, acordes con la importancia y vulnerabilidad de los datos.

Modificar las claves de acceso cuando lo requieran las circunstancias. La clave deberá ser personalizada y asegurar que el usuario sólo pueda acceder y trabajar con las partes del programa para las que está debidamente autorizado.

Se documentarán los cambios realizados en las diferentes versiones de los programas cuando éstos afecten a los registros. El emplazamiento para los registros en soporte informático tendrá condiciones adecuadas para evitar la pérdida de información.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 17 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Se realizará un mantenimiento periódico de las computadoras con el fin de asegurar que funcionan adecuadamente y que se encuentran en las condiciones ambientales y de operación necesaria para preservar la integridad de los datos.

Todas las actividades de respaldo, mantenimiento periódico de computadoras deben ser registrados.

Disponibilidad y uso

Los registros deben estar disponibles para una rápida utilización por parte del personal autorizado, siendo por tanto su acceso fácil y garantizado.

Conservación

Los datos, observaciones y demás información contenida en los registros deberán poder establecer una ruta de auditoría para lo cual el período de conservación será de 2 años, como mínimo, salvo especificación distinta establecida en normas o reglamentos o bien por imposición contractual, siendo de aplicación siempre el período mayor.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 18 de 19
	SGC ISO 9001:2008	

Una vez vencido el periodo de conservación, los registros serán destruidos salvo que los datos en él contenidos se mantengan vigentes y se puedan ser utilizados.

Eliminación

Se deberá hacer una revisión anual de los registros para proceder a eliminar aquellos que han cumplido su tiempo de permanencia por lo que la indexación de los registros es la clave para facilitar dichos registros. El control de los registros que serán eliminados se realizara mediante la lista de eliminación de registro, archivada por el Jefe de Aseguramiento de Calidad. La eliminación de los registros se llevara a cabo incinerándolos.

Archivo e Indexación de Registros

Cabe mencionar que los registros se archivarán en la secuencia del año, y mes en el que se han generado, separadas mediante la utilización de separadores de hojas por cada mes, las mismas que en su ceja llevan las dos últimas cifras del año y el mes en curso.

CENTRO DE SALUD MANTA – AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO GENERAL CSM/PG/02 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS	REVISIÓN: 02 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 19 DE 19
	SGC ISO 9001:2008	

TRGD. Tabla de Responsabilidades de Gestión de Documentos del SGC

DOCUMENTO	MC	PGs	PEs	Is	Fs	Soporte Informático	Externos.
ACTIVIDAD							
PROPUESTA DE ELABORACIÓN/ MODIFICACIÓN/ ELIMINACIÓN	F al JAC	F al JACC	F al JD	F al JD	F al JD	F al JD	----
ANALISIS DE ELABORACIÓN/ ACTUALIZACION/ELIMINACION.	F /JAC	F /JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	
DECISIÓN DE ELABORACIÓN/ MODIFICACIÓN/ ELIMINACION	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	----
ELABORACIÓN/ MODIFICACIÓN	JAC	JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	JD/ JAC	----
REVISIÓN	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	----
APROBACIÓN	D	D	D	D	RC	D	JAC
CONTROL	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC
DISTRIBUCIÓN	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC
DIFUSIÓN	JAC	JAC	JD	JD/ JAC	JD/ JAC	JD	JD
ARCHIVO	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC
ANULACIÓN	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC	JAC

F: Funcionario - **JAC:** Jefe de Aseguramiento de Calidad - **JD:** Jefe de Departamento

D: Director - **AC:** Asistente de Calidad

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 2
	SGC ISO 9001:2008	

CAPITULO VI

PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO

6.1 PROCEDIMIENTO ESPECIFICO: PROCESO DE ADMISION Y ESTADISTICA

6.1.1 OBJETO

El presente procedimiento tiene por objeto describir el proceso, llevado a cabo para la admisión y estadística de los clientes (pacientes) que son atendidos en Centro de Salud Manta #2.

6.1.2 ALCANCE

Este procedimiento se aplica e involucra a todas las actividades y personal involucrado en la admisión y estadística de los clientes (pacientes) que son atendidos en Centro de Salud Manta #2.

6.1.3 REFERENCIA

PG/01 procedimiento para la elaboración de documentos

6.1.4 DEFINICIONES

N.A.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 2
	SGC ISO 9001:2008	

6.1.5 RESPONSABILIDAD

Líder del Departamento de Estadística: Es el responsable de la elaboración e implantación del presente procedimiento y de verificar su cumplimiento por los demás miembros de la organización.

Responsable de calidad: Es el responsable de la revisión del presente documento a fin de cumpla con los criterios del Sistema de Gestión de la Calidad, y los requisitos pertinentes de la institución.

Usuarios: Son todos aquellos funcionarios que tengan actividades descritas en el presente documento.

6.1.6 DESCRIPCION

En el departamento de estadísticas funcionan 2 áreas que son Admisión y Procesamiento de datos.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA ADMISION SGC ISO 9001:2008	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 3

DESCRIPCION DE ADMISION

Dentro de las funciones que se llevan a cabo en el área de Admisión están la atención al usuario que se lo realiza en 2 ventanillas.

En la primer ventanilla se apertura la carpeta a las personas que llegan por primera vez a la atención, se les toma datos personales y dirección exacta donde viven, esto se lo hace en el formato de primera admisión (PE0301 01).

Se llenan dos pequeñas tarjetas con datos personales y numero de historia clínica, la primera tarjeta índice para el archivo (PE0302 01) y segunda tarjeta de identificación para el usuario (PE0302 01), la misma que deberán presentar cada vez que se deseen atender en esta unidad de salud.

Si el usuario llega por segunda ocasión y no portara el número de su historia clínica, el funcionario deberá de buscarle por apellidos y nombres en un archivador llamado tarjetero índice, esto con la finalidad de no repetir una historia clínica y que el usuario se mantenga con un solo número.

En la segunda ventanilla se procede a sacar la carpeta de cada uno de los usuarios que llegan por más de una segunda ocasión al centro de salud para ser atendidos, luego el funcionario tendrá que dejar las carpetas a preparación de niños y adultos respectivamente.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA ADMISION	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 3
	SGC ISO 9001:2008	

Después de terminar de atender las ventanillas, las funciones internas que debemos hacer son:

Hechos vitales: Inscripciones y Defunciones.

Elaboración de historias clínicas.

Enumerar las tarjetas índices (PE0301 02).

Enumerar las historias clínicas (PE0301 01).

Depuración de carpetas.

Ingresar toda la información de la tarjeta índice al computador.

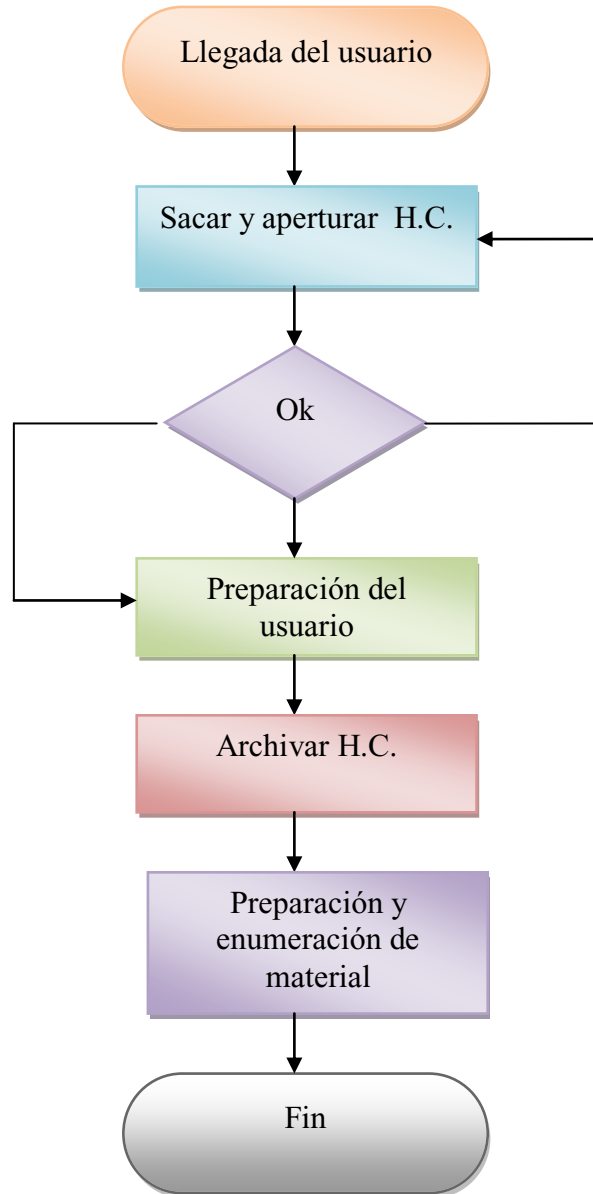
Archivar las carpetas de los usuarios que han sido atendidos.

Archivar las tarjetas índices de los usuarios a quienes se les ha abierto la carpeta.

Para poderle brindar una mejor atención al usuario se está procediendo a dejar sacadas las carpetas con un día de anticipación, esto gracias al sistema de agendamiento que se está llevando a cabo con la finalidad de que el usuario ya no esté esperando tanto tiempo para ser atendido, sino que se le deriva una hora indicada en la que tiene que presentarse.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA ADMISION	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 3 de 3
	SGC ISO 9001:2008	

Flujo grama de atención



CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAMIENTO DE DATOS	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 1 de 4
	SGC ISO 9001:2008	

PROCESAMIENTO DE DATOS

En este departamento se realiza la recolección, el procesamiento y análisis de la información de los servicios de salud brindados al paciente.

Las fuentes principales del sistema de información son los registros en varios formularios que deben llevar las unidades operativas o centros de salud que pertenecen al Distrito. También se utiliza como fuente de información los Censos de Población emitidos por el INEC.

La información es presentada en forma consolidada mensualmente por las 32 unidades operativas según un cronograma establecido para la recepción.

Las 32 unidades operativas entregan lo siguiente:

Formulario Consolidado mensual de atenciones y consultas por unidad operativa (PE0305-01) y junto con el formulario donde se desglosa las actividades realizadas en el establecimiento, comunidad, escuela y domicilio por el médico, obstetriz, enfermera y auxiliar de enfermería (PE0304-01).

Concentrado mensual de prestaciones de Maternidad Gratuita (PE0306-01), aquí reportan la información consolidada del mes de las prestaciones brindadas por los centros de salud a los niños menores de 5 años y a las mujeres en edad fértil, y de igual que el anterior formulario ingresarlas por las unidades operativas mensualmente.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAMIENTO DE DATOS	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 2 de 4
	SGC ISO 9001:2008	

Formulario de Trabajo Social, Laboratorio clínico y recetas despachadas (PE0307-01), aquí reportaran las actividades de trabajo social que se realizaron en la unidad, siempre y cuando las haya realizado la trabajadora social del área, ya que los centros de salud no cuentan con ese recurso humano.

Formulario de Registro de Morbilidad (PE0308-01), diariamente las unidades operativas tendrán que registrar las enfermedades por las que fueron atendidos los usuarios y una vez que llegue el mes sacar las 20 principales enfermedades, es decir ir ubicando los casos de mayor a menor. En procesamiento de datos así mismo tenemos que procesarlas por unidades operativas y luego contabilizar las 20 más importantes del Distrito.

Consolidado general de morbilidad (PE-0309-01), este formulario se lo utiliza para codificar las 20 principales causas de morbilidad, y se lo hace utilizando el Manual de Codificación para Vigilancia Epidemiológica que cada centro de salud lo tiene ya que le sirve de guía para la codificación. En procesamiento de datos se consolidan por unidades operativas, todos los valores que resulten en la tabulación de los códigos tienen que ser igual a las 20 principales causas.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAMIENTO DE DATOS	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 3 de 4
	SGC ISO 9001:2008	

Formulario EPI 2 (PE-0310-01), aquí se notificaran las enfermedades de vigilancia epidemiológica de cada unidad operativa y se lo hará por los diferentes grupos de edad, y luego a consolidar la información de las diferentes unidades operativas.

Informe de IRA (PE-0312-01), es el control de las infecciones respiratorias agudas y se lo hace en los grupos de edad desde 2 meses hasta 4 años.

Informe EDA (PE0311-01), es el programa de control de enfermedades diarreicas e igual que la IRA se lo reporta en los mismo grupos de edad.

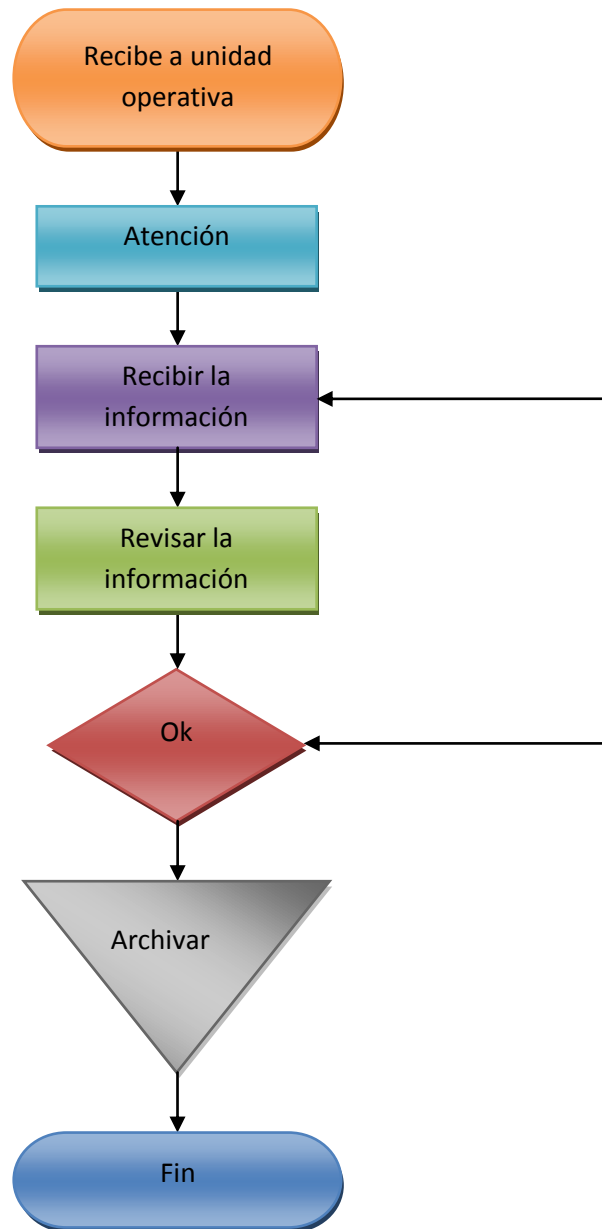
Concentrado diario de actividades de vacunación (PE-0313-01), en este formulario se registraran las vacunas aplicadas por días en la unidad operativa. En procesamiento de datos se ingresaran por centros de salud y de igual manera día por día.

Informe de rabia (PE-0314-01), es emitido por departamento de Saneamiento Ambiental del Área de Salud # 2 en donde indican los perros y gatos vacunados, personas mordidas.

Una vez que se ha procesado, revisado y cruzado la información se la envía a la Dirección de Salud de Manabí al departamento de Estadística hasta el 10 de cada mes, y el recibido se lo archiva.

CENTRO DE SALUD MANTA- AREA N° 2		
	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO CSM/PE/03 PROCEDIMIENTO PARA PROCESAMIENTO DE DATOS	REVISIÓN: 03 FECHA: 01-01-2012 PÁGINA: 4 de 4
	SGC ISO 9001:2008	

Flujo grama de atención



CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Con la implementación de este sistema de calidad la institución mejorara la atención a los pacientes que hacen uso de esta entidad mejorando su servicio y satisfaciendo sus necesidades.
- El tema de gestión de calidad de las normas ISO 9001 permitirá la mejora continua de los procesos beneficiando a la institución y a los clientes mediante la actuación de su personal.
- Con la aplicación de este trabajo técnico investigativo se ha podido consolidar los conocimientos que fueron impartidos en la aulas de clases a lo largo de nuestra carrera

7.2 RECOMENDACIONES

- Es necesario implementar un sistema de normas para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos para satisfacer de forma oportuna las necesidades de los clientes.
- Tomar acciones efectivas para mejorar la eficacia y rapidez de los servicios que ofrecemos a los clientes, para lo cual es necesario conocer si el personal es el adecuado, de no serlo, se recomienda que en el área de recursos humanos se trabaje con mayor precaución en el reclutamiento y selección del personal para que sea compatible con el perfil que necesita la institución.
- Es necesario capacitar al personal para que tenga una mejor atención al cliente, es decir, enfocar la capacitación con la que cuenten con amabilidad, toma de decisiones, cultura de servicio, etc.

BIBLIOGRAFIA

- ISO 9001:2008
- Juran, Joseph y Blanton Godfrey (2005) manual de la calidad, 5ta edición, Madrid: McGrawhill
- *biblioteca.ucv.cl/site/servicios/documentos/iso690.pdf*
- www.miliarium.com/paginas/.../Procedimientos_Prevencion.pdf
- Diagnostico del Centro de Salud Manta
- www.Portaldecalidad.com

ANEXOS

REGISTRO DE PRIMERA ADMISION													
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			NUMERO DE CEDULA	
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL				BARRIO		PARROQUI		CANTON		PROVINCIA		TELEFONO	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (PASI)		GRUPO CULTURAL		EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO BASICO
									M F		SOL CAS DIV VIU UL		
FECHA DE ADMISION		OCUPACION				EMPRESA DONDE TRABAJA				TIPO DE SEGURO DE SALUD			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:				PARENTESCO - AFINIDAD				DIRECCION			TELEFONO		
REGISTRO DE CAMBIOS													
FECHA		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN			OCUPACION		EMPRESA		TIPO DE SEGURO DE SALUD	
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL				BARRIO		PARROQUI		CANTON		PROVINCIA		TELEFONO	
FECHA		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN			OCUPACION		EMPRESA		TIPO DE SEGURO DE SALUD	
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL				BARRIO		PARROQUI		CANTON		PROVINCIA		TELEFONO	
FECHA		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN			OCUPACION		EMPRESA		TIPO DE SEGURO DE SALUD	
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL				BARRIO		PARROQUI		CANTON		PROVINCIA		TELEFONO	
PE0301 - 01													
											FECHA: ENERO 2012		

TARJETA INDICE	
	N° H.C. <input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	<input type="text"/>
APELLIDO MATERNO	<input type="text"/>
NOMBRES	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE PAPA	NOMBRE MAMA
PE0302 - 01	FECHA: ENERO 2012

TARJETA DE IDENTIFICACION	
N° H.C.	<input type="text"/>
APELLIDOS	<input type="text"/>
NOMBRES	<input type="text"/>
PE0303 - 01	FECHA: ENERO 2012

CONSOLIDADO MENSUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS POR UNIDAD OPERATIVA

ESTABLECIMIENTO	LUGAR DE ATENCIÓN	COMUNIDAD	ESCUELA	DOMICILIO	FICHAS FAMILIARES LEVANTADAS	FAMILIAS CON RIESGO BIOMEDICO CAPTADAS	FAMILIAS CON RIESGO BIOMEDICO CAPTADAS Y EN SEGUIMIENTO	NO DE ACCIONES	NO DE ASISTENTES	ATENCIÓN PREVENTIVA																			
										PERSONAS CON DISCAPACIDAD					PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO					MULIERES									
										PERSONAS CON DISCAPACIDAD		TOTAL DE ATENCIONES		SEXO		PERTENENCIA ÉTNICA					AFILIADO A:								
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
										MEDICO																			
										A																			
										ESTABLECIMIENTO																			
										COMUNIDAD																			
										ESCUELA																			
										DOMICILIO																			
										TOTAL																			
										OBSTETRIZ																			
										ESTABLECIMIENTO																			
										COMUNIDAD																			
										ESCUELA																			
										DOMICILIO																			
										TOTAL																			
										ENFERMERA																			
										ESTABLECIMIENTO																			
										COMUNIDAD																			
										ESCUELA																			
										DOMICILIO																			
										TOTAL																			
										AUX. DE ENFERMERIA																			
										ESTABLECIMIENTO																			
										COMUNIDAD																			
										ESCUELA																			
										DOMICILIO																			
										TOTAL																			

CONSOLIDADO MENSUAL DE ATENCIONES Y CONSULTAS POR UNIDAD OPERATIVA

LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN PREVENTIVA																																	
		PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO		PERSONAS CON DISCAPACIDAD		SEXO		PERTENENCIA ÉTNICA		EXTRANJERO		AFILIADO A:																							
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									
ESTABLECIMIENTO	COMUNIDAD	ESCUELA	DOMICILIO	FICHAS FAMILIARES LEVANTADAS	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				
				PROFESIONAL	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				
				MÉDICO																															
				PSICOLOGO																															
				OBSTETRIZ																															
				ENFERMERA																															
				AUXILIARES																															
				TOTAL																															

Procedimientos

	1. INYECCIÓN	2. CURACIÓN	3. NEBULIZACIÓN	4. LIBERACIÓN PARENTERAL	5. TOMA MUESTRA LABORATORIO	6. D.O.T.S.	7. ENTREGA SUPLENIMIENTO	8. TOMA PARA CITOLOGIA	9. TOMA CITOLOGIA POR	10. BIOPSIA	11. CIRUGIA MENOR	12. COLOCACIÓN
MÉDICOS												
PSICOLOGOS												
OBSTETRICES												
ENFERMERAS												
AUXILIARES												

LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN PREVENTIVA																																						
		PRIMERAS CONSULTAS EN EL AÑO		PERSONAS CON DISCAPACIDAD		SEXO		PERTENENCIA ÉTNICA		EXTRANJERO		AFILIADO A:																												
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	29	30	31	32	33	34	35						
ESTABLECIMIENTO	COMUNIDAD	ESCUELA	DOMICILIO	TOTAL DE ATENCIONES	HOMBRE	MUJER	BLANCO	MESTIZO	INDIGENAS	MONTUBIO	COLOMBIA	PERU	OTROS	ISSFA	ISSFA	ISSPOL	OTROS	10 - 19 AÑOS	20 A 64 AÑOS	PRENATAL PRIMERA	PRENATAL SUBSECUENTE	POST PARTO	DIU	G.O.	OTROS	DIU	G.O.	OTROS	OTROS	SERVICIO UTERINO	MAMARIO	PRIMERA	SUBSECUENTE	PRIMERA	SUBSECUENTE	NIÑOS < 1 AÑO	1-4			
				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	29 <td>30 <td>31 <td>32 <td>33 <td>34 <td>35 </td></td></td></td></td></td>	30 <td>31 <td>32 <td>33 <td>34 <td>35 </td></td></td></td></td>	31 <td>32 <td>33 <td>34 <td>35 </td></td></td></td>	32 <td>33 <td>34 <td>35 </td></td></td>	33 <td>34 <td>35 </td></td>	34 <td>35 </td>	35		
				ESTABLECIMIENTO																																				
				COMUNIDAD																																				
				ESCUELA																																				
				DOMICILIO																																				
				TOTAL																																				

**REGISTRO DE MORBILIDAD DE LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS
SEGÚN EDAD Y SEXO**

N°	CAUSAS	MES:												AÑO:											
		< DE 1 MES		1 A 11 MESES		1 A 4 AÑOS		5 A 9 AÑOS		10 A 14 AÑOS		15 A 19 AÑOS		20 A 49 AÑOS		50 A 64 AÑOS		65 Y MAS AÑOS		TOTAL TODAS EDADES					
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M				
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
	TOTAL																								

CONSOLIDADO GENERAL DE MORBILIDAD AMBULATORIA

1												
VIGILANCIA AMBULATORIA												
CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO
A00		A38	B37		F45		J03		O14,0			
A01		A39,0	B50		F53		J12		O14,1			
A03		A46	B50,0		F79		J13		O14,9			
A04		A49	B50,8		F80		J14		O23			
A05		A50	B51		F81,3		J18		O24			
A06,0		A51,0	B51,0		G00,0		J20		O25			
A08		A51,1	B51,8		G00,1		J30		P35			
A09		A54,0	B54		G37,3		J42		P35,0			
A15,0		A55	B55		G40		J44		P37,1			
A16,9		A57	B57		G43		J45		Q12,0			
A17,0		A59,0	B58		G61,0		K25		Q17			
A20		A60	B68		G81		K26		Q37			
A22		A63,0	B69		H10		K29		Q90			
A26,0		A64	B73		H60		L23,5		T56			
A27		A66	B85		H66		M10		T60			
A30		A75	B86		H83,3		M32		T63,0			
A33		A80	C16		I00		M54		T74			
A34		A82,0	C18		I01		N87,0		Y05			
A36		A82,1	C34		I10		N87,1		Y58			
A37		A90	C43		I11		N87,2		Y59,0			

2												
ALERTA ACCION												
3												
EPI - 1 LOCAL												
4												
AIEPI												
PATOLOGIAS SIN CODIFICACION CIE												
S. DIARREICO AGUDO CON DESHIDRATACION GRAVE	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	CÓDIGO	NUMERO	DIAGNOSTICO	NUMERO	
		A00	B16	B26,9	A33					DIARREA	410	
		A02	B17,1	J12-J18	A05					INFECCION		
		A01	B50	A39,0	A20	3				RESPIRATORIA	2472	
SINDROME FEBRIL ICTERICO AGUDO		A03	A27		A92,2					PATOLOGIA OIDO	22	
SINDROME FEBRIL ICTERICO HEMORRAGICO AGUDO		A90	B05	G00,1						FIEBRE	48	
SINDROME FEBRIL ERUPTIVO NO VESICULAR		A91	B06	000,1						DESNUTRICION Y		
		A95	B35,0	0	A82					ANEMIA	151	
PARALISIS FLACCIDA AGUDA		B15	B01,9	A36	O00-							
SINDROME MENINGO ENCEFALICO				A37	Y58-							
SINDROME BUBONICO				A80								
RABIA CANINA												

NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Provincia : _____ Cantón: _____
 Parroquia : _____ Area de Salud: _____
 Nombre del Establecimiento : _____ Mes de: _____
 Tipo de Establecimiento : _____ Año: _____
 Institución : _____

A	B	CASOS NUEVOS CONFIRMADOS EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA										SEXO		ACUMULADO			
		Grupos de edad										Total	FALL ECID	FEM.	MAS.	TOTAL	FALL ECID
		< 1	1-11	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	65Y+	10						
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																	
1	Sífilis Congénita																
2	Sífilis Primaria y Secundaria																
3	Sífilis en Embarazadas																
4	Gonorrea confir.con laboratorio																
5	Herpes Genital																
6	SIDA																
7	VIH																
8	Otras ITS																
ENFERMEDADES CRÓNICAS																	
9	Enf. Pulm. Obst. Crón. EPOC																
10	Síndrome Metabólico																
11	Obesidad																
12	Diabetes Mellitus																
13	Hipertensión Arterial																
ENFERMEDADES CRÓNICAS CÁNCER																	
14	Ca. Uterino																
15	Ca. Mamario																
16	Ca. Gástrico																
17	Ca. Prostático																
18	Ca. Pulmonar																
19	Leucemias																
ENFERMEDADES TROPICALES																	
20	Paludismo no Vivax																
21	Complicado Falciparum																
22	Mordedura de serpiente																
23	Lepra																
24	Leishmaniasis																
25	Picadura de Artrópodos																
ENFERMEDADES ZOONÓTICAS																	
26	Equinococosis																
27	Teniasis solium																
28	Cisticercosis Humana																
ENFERMEDADES TUBERCULOSAS																	
29	Tuberculosis BK + (confir.)																
30	Pulmonar BK- (no conf.)																
31	Meningitis Tuberculosa																
32	Otras formas de Tuberculosis																
COMPORTAMIENTO HUMANO																	
33	Ansiedad																
34	Depresión																
35	Psicosis																
36	Tabaquismo																
37	Alcoholismo (bebedor problema)																
38	Fármaco dependencia																
39	Demencia																
40	Retardo mental																
41	Victimas de violencia y Maltrato																
42	Epilepsia																
43	Suicidios Intento																
44	Consumado																
45	Homicidios																
OTROS EVENTOS																	
46	MUERTE MATERNA																
47	E.D.A.																
48	I.R.A.																
49	Fiebre Reumática																
50	Paragonimiasis																
51	Intoxicación por plaguicidas																
ACCIDENTES																	
52	Accidentes	Terrestres															
53		Marítimos															
54		Aéreos															
55		Laborales															
56		Domésticos															

		HOMBRES (15 AÑOS Y MÁS)		ADULTOS MAYORES		GRUPOS DE RIESGO				
dT (Toxoide difterico tetánico)				NEUMOCOCCO 23 (POLISACARID)		HEPATITIS B				
NO EMBARAZADAS	47	Primera Dosis		65 AÑOS	OTRA EDAD (ENFERMO S CRONICOS) ****	TRABAJADORES DE LA SALUD	ESTUDIANTES DE SALUD	TRABAJADORES SEXUALES	CODIGO 8	PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL)
	48	Segunda Dosis		66 AÑOS Y +						
	49	Tercera Dosis		CADA 5 AÑOS						
	50	Cuarta dosis								
	51	Quinta dosis								
	52	Refuerzo (Cada 10 a								
HOMBRES	53	Primera Dosis								
	54	Segunda Dosis								
	55	Tercera Dosis								
	56	Cuarta dosis								
	57	Quinta dosis								
	58	Refuerzo (Cada 10 a								
FIEBRE AMARILLA **	59	De 2 a 4 Años								
	60	De 5 a 14 Años								
	61	De 15 a 59 Años								
	62	Refuerzo								
	63	Primera Dosis								
	64	Primera Dosis								
	65	Refuerzo								
	66	Primera Dosis								
	67	Refuerzo (Cada 5 años)								
	68	Primera Dosis								
	69	Refuerzo (Cada 5 años)								
	70	Primera Dosis								
	71	Segunda Dosis								
	72	Tercera Dosis								
	73	Primera Dosis								
	74	Segunda Dosis								
	75	Tercera Dosis								
	76	Primera Dosis								
	77	Segunda Dosis								
	78	Tercera Dosis								
	79	Primera Dosis								
	80	Segunda Dosis								
	81	Tercera Dosis								
	82	Primera Dosis								
	83	Segunda Dosis								
	84	Tercera Dosis								

INFORME DE ACCION		CORRECTIVA
		PREVENTIVA
TEMA/ASUNTO:		REF:
		FECHA DE INICIO
		REALIZADA POR:
1- Personas que participan en la accion y coordinador:	2 - Descripcion del problema que se quiere eliminar o evitar:	
3 - Acciones precedentes o primera acciones adoptadas:		
4 - Causa o causas que generan el problema o que lo pueden generar:		
5 - Soluciones que atacn la causa del problema, posibles acciones:		
6 - Acciones correctivas/preventivas finalmente realizadas, incluyendo fechas:		
7 - Acciones que efectuaran para verificar la eficacia de las soluciones implantadas, fechas y responsables:		
8 - Resultados obtenidos, conclusion del expediente:		
Firma Responsable de la accion:	Fecha de cierre:	
PG-0301-01	FECHA: ENERO 2012	

AGENDATARIOS



PERSONAS SIENDO ATENDIDAS EN VENTANILLA DE ADMISION



PERSONAS SIENDO ATENDIDAS POR AGENDATARIOS

