

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y FORMALES
PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA
INDUSTRIAL



**PROPUESTA DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN
DE CALIDAD PARA CLÍNICA AREQUIPA S.A., CON EL FIN DE OBTENER LA
CERTIFICACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008**

Tesis para optar el Título de Ingeniero Industrial
Presentado por el Bachiller:
Michael Paul Collado Morales

Arequipa-Perú
2015

RESUMEN

La presente tesis pretende basarse en los estándares de la Norma de ISO 9001:2008 para el cumplimiento de las expectativas del cliente así como de la organización, bajo la óptica de la mejora continua en los procesos y el desempeño global de la eficiencia.

La finalidad es recolectar y analizar información básica de Clínica Arequipa S.A. para elaborar el diseño adecuado del Sistema de Gestión de Calidad, para su planificación, implementación, verificación, control y mantenimiento, con el objeto de optimizar los procesos y así alcanzar altos estándares de satisfacción del cliente.

Las herramientas utilizadas para alcanzar la certificación de la Norma ISO 9001:2008 son los propios requisitos distribuidos en los ocho capítulos que conforman dicha norma, y utilizados para establecer las bases necesarias del Sistema de Gestión de Calidad de Clínica Arequipa S.A.

Para dar inicio se identifican todos los procesos involucrados de manera directa e indirecta con el rubro principal del negocio, a partir de ello se elabora el Mapa de Procesos y seguidamente realizar el análisis actual de la empresa con el propósito de detectar falencias existentes en los distintos procesos involucrados, creándose así la línea base del sistema.

Seguidamente se confecciona el Manual de Calidad cuya finalidad es describir el Sistema de Gestión de Calidad donde se incluye el Alcance, Política y Estructura Organizacional.

Posterior a la creación del Manual de Calidad se crean las actividades a realizar, los responsables, el programa de implementación y el programa de auditorías para el mantenimiento del sistema.

Para finalizar se da a conocer las conclusiones y recomendaciones del trabajo realizado referente a la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, conforme a los requisitos establecidos por la norma antes mencionada.

ABSTRACT

This thesis aim to be based on the standards ISO 9001:2008 for meeting customer expectations and the organization, from the perspective of continuous process improvement and overall performance efficiency.

The purpose is to collect and analyze basic information from Clinic Arequipa S. A. to develop the right design Quality Management System, for planning, implementation, verification, inspection and maintenance, in order to optimize processes and thus achieve high standards of customer satisfaction.

The tools used to obtain the certification of ISO 9001:2008 are the requirements themselves divided into eight chapters of this standard, and used to establish the necessary bases Quality Management System for Clinical Arequipa S.A.

To start, all processes involved directly and indirectly with the main entry are identified, from this the Process Map is developed and then perform the actual analysis of the company in order to detect the weaknesses of the various processes involved, creating the system base line.

Then the Quality Manual is constructed whose purpose is to describe the Quality Management System which includes Scope, Policy and Organizational Structure.

After the creation of the Quality Manual, the activities to be performed, managers, program implementation and audit program for maintenance of the system are created.

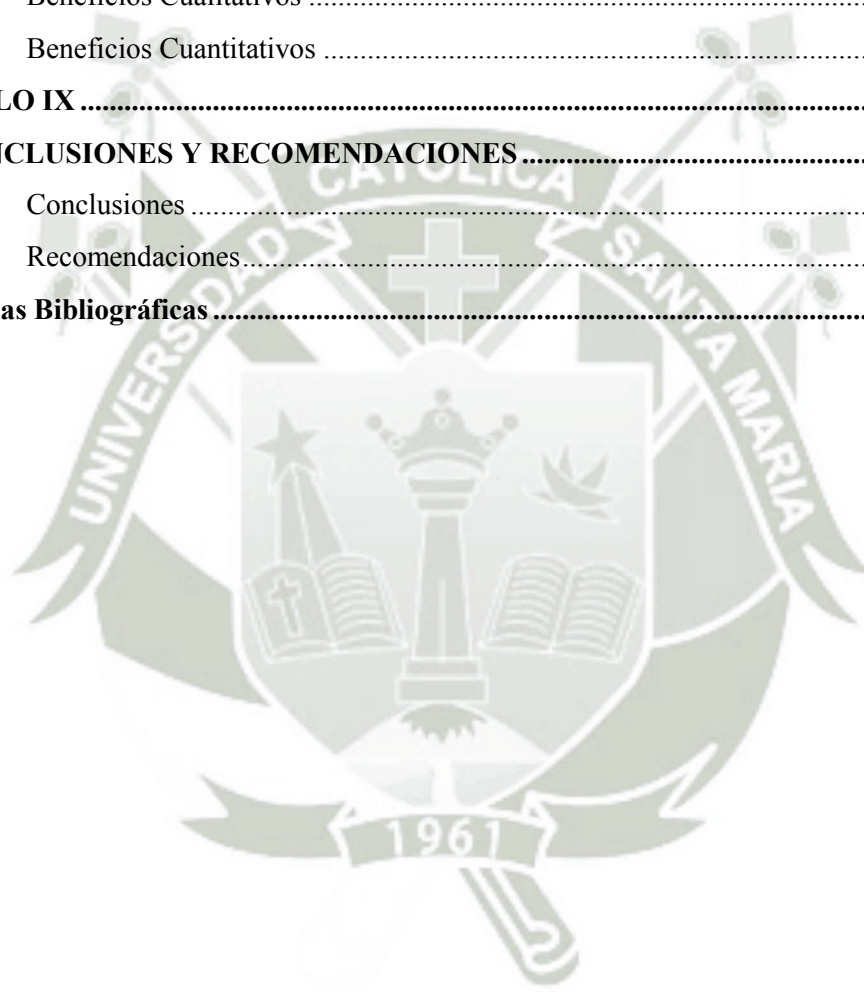
To end, it disclosed the findings and recommendations of work relating to the implementation and maintenance of Quality Management System in accordance with the requirements of the aforementioned standard.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I.....	9
1. GENERALIDADES	9
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.2. PLANTEAMIENTO Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2.2. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	9
1.3. OBJETIVOS.....	10
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	10
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
1.4. HIPOTESIS	11
1.5. METODO DE TRABAJO	11
CAPITULO II.....	12
2. MARCO TEORICO	12
2.1. Calidad: Definiciones Previas, Evolución y Sistema	12
2.1.1. Conceptos Generales	12
2.1.2. Evolución del Enfoque de Calidad.....	13
2.1.3. Sistema de Calidad.....	16
2.2. Sistema de Gestión ISO 9001.....	17
2.2.1. Definición y Alcance de la Norma ISO 9001:2008.....	17
2.2.2. Campo de Aplicación de la Norma ISO 9001:2008.....	18
2.2.3. Principios de Gestión de la Calidad	18
2.2.4. Procedimiento para Implementar un Sistema de Gestión de Calidad	22
2.3. Normalización, Certificación y sus Beneficios	24
2.3.1. Normalización	24
2.3.2. Certificación.....	24
2.3.3. Beneficios Relacionados con la Normalización y Certificación	24
CAPITULO III.....	26
3. DESCRIPCION DE LA EMPRESA	26
3.1. Antecedentes y Condiciones Actuales	26
3.2. Sector y Actividad Económica.....	26
3.3. Misión y Visión.....	26
3.4. Política de la Empresa	27
3.5. Organización de la Empresa.....	27

3.6.	Principales Servicios	31
3.7.	Instalaciones y equipos.....	32
CAPITULO IV		34
4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL		34
4.1.	Preparación del Diagnostico.....	34
4.2.	Metodología para el Diagnostico	34
4.3.	Análisis de Resultados	35
4.4.	Propuesta de Implementación	35
4.5.	Conclusiones del Diagnostico	37
4.6.	Recomendaciones.....	37
CAPITULO V.....		38
5. DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD.....		38
5.1.	Definición de la Política de Calidad.....	38
5.2.	Alcance.....	39
5.3.	Objetivos de Calidad	39
5.4.	Elaboración de la Documentación.....	45
5.5.	Implementación del Sistema de Documentación	45
5.6.	Compromiso de la Dirección.....	47
5.7.	Asignación de Responsabilidades	47
5.8.	Comunicación Interna	50
5.9.	Gestión de los Recursos	51
5.10.	Realización del Producto.....	53
5.11.	Compras	54
5.12.	Prestación del Servicio	55
5.13.	Seguimiento y Medición	55
5.14.	Control de Servicio No Conforme.....	57
5.15.	Auditorías Internas	57
5.16.	Análisis de Datos.....	58
5.17.	Mejora Continua y Actualización.....	58
5.18.	Acciones Correctivas y Preventivas	59
5.19.	Revisión por la Dirección.....	59
CAPITULO VI		61
6. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		61
6.1.	Plan de Implementación	61
6.2.	Cronograma de Actividades	69
6.3.	Programa de Auditorias.....	69

6.4.	Certificación	69
6.5.	Resultados Esperados de la Implementación	71
CAPITULO VII.....		77
7. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN		77
7.1.	COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN	77
7.2.	COSTOS DE CERTIFICACIÓN.....	80
CAPITULO VIII.....		83
8. BENEFICIOS ECONOMICOS DE LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA CLÍNICA AREQUIPA S.A		83
8.1.	Beneficios Cualitativos	84
8.2.	Beneficios Cuantitativos	85
CAPITULO IX.....		86
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		86
9.1.	Conclusiones	86
9.2.	Recomendaciones.....	88
Referencias Bibliográficas.....		89



INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación entre los Enfoques de Gestión de la Calidad.....	16
Tabla 2: Los Principios de Gestión de Calidad y su Aplicación Real.....	21
Tabla 3: Descripción de las Instalaciones en cada una de las Edificaciones.....	33
Tabla 4: Criterios Utilizados en la Lista de Verificación.....	34
Tabla 5: Requisitos a Implementar.....	36
Tabla 6: Plan del Sistema de Gestión de Calidad.....	41
Tabla 7: Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.....	66
Tabla 8: Cuadro Comparativo entre el Antes y el Después de Desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad.....	73

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama Administrativo de la Empresa.....	29
Figura 2: Organigrama Asistencial de la Empresa.....	30
Figura 3: Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008.....	35
Figura 4: Organigrama del Comité de Calidad.....	48
Figura 5: Beneficios de las implementaciones y certificaciones ISO 9001.....	83

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha demostrado que toda empresa debe contar con un sistema que ofrezca obtener una ventaja competitiva que la diferencie frente a sus competidores y que garantice la calidad en los diferentes productos y/o servicios que ofrece.

Es por ello que hoy en día cada vez más empresa implementa el Sistema de Gestión de Calidad en sus procesos con el fin de ser más competitivos, no solo con entregar productos y servicios de calidad sino demostrar el grado de control que se puede llegar a tener en los diferentes procesos involucrados para la creación de estos.

Es así como la Norma ISO 9001:2008 brinda pautas necesarias tomadas como requisitos para planear, implementar, controlar y mantener un Sistema de Gestión orientado a la Calidad, que pueda aplicarse de manera interna para la obtención de la Certificación, o como propósito netamente contractual.

Una vez esclarecido la importancia de obtener un Sistema de Gestión de Calidad se procede a describir los cinco pasos separados en cinco capítulos para diseñar e implementar dicho sistema.

El Primer Capítulo da a conocer conceptos referentes a temas de Calidad, evolución de la Calidad, Sistema de Calidad y principios del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 y los beneficios de la Certificación y Normalización.

El Segundo Capítulo se enfoca a presentar a la empresa y el tipo de organización, la visión, la misión, la política empresarial y la descripción de los principales procesos e instalaciones de estos.

El Tercer Capítulo brinda información de la situación actual mediante el Diagnóstico a través del análisis y evaluación obtenidos de los principales procesos teniendo como referencia la Norma ISO 9001:2008 cuyo fin es presentar la propuesta y justificar el porqué de la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de Calidad.

El Cuarto Capítulo se basa en desarrollar bajo la óptica de la Norma ISO 9001:2008 el Sistema de Gestión de Calidad teniendo en cuenta la documentación, recursos, planificación, mecanismos de control y sistemas de evaluación.

El Quinto Capítulo estipula el plan de implementación programa de actividades para la ejecución, supervisión programa de auditorías y el resultado esperado de la implementación.

Para terminar se da conocer las conclusiones, recomendaciones, ventajas y beneficios de implementar el Sistema de Gestión de Calidad.



CAPITULO I

1. GENERALIDADES

1.1. JUSTIFICACIÓN

En la coyuntura actual de un mercado cada vez más competitivo, las empresas necesitan instrumentos que garanticen no solo un sello de competitividad sino más bien herramientas que ayuden a ser de la empresa un ente con el poder de mejorar continuamente y minimizar errores en los procesos, maximizar la utilización de recursos y crear en la mente de los clientes y usuarios un plus en los requerimientos especificados.

Es allí donde interviene el Sistema de Gestión de Calidad para estandarizar procedimientos, organizar el sistema en el que se trabaja, dar pautas referidas a la calidad estableciendo objetivos y metas, desarrollando métodos que involucran mejoras el sistema, y la recopilación de información para la toma de decisiones en la gestión.

Así es como Clínica Arequipa S.A. pretende ser una empresa altamente competitiva orientando sus objetivos a la calidad y hacia la mejora continua de sus procesos.

1.2. PLANTEAMIENTO Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática surge con el auge económico y la instalación de nuevos centros de salud en el departamento de Arequipa, ya que los clientes en la actualidad buscan mejores formas de atención en la salud midiendo el coste beneficio y la calidad de la atención de diferentes establecimientos, es por ello que se da la necesidad de optimizar los procesos y brindar servicios de calidad, con la finalidad de mantenerse como uno de los principales centro de salud a nivel sur del Perú.

1.2.2. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La propuesta de solución a esta problemática, es diseñar un Sistema de Gestión de Calidad para el control y optimización de los procesos, brindando así servicios de calidad en donde se logre:

Asegurar que la organización funcione bien y de esta forma poder cumplir los objetivos propios de la institución. Para eso es necesario que los objetivos de calidad del sistema, estén alineados con los objetivos del negocio. Si los objetivos de calidad son distintos, o no están alineados, a lo mejor se cumplen pero el Sistema no coadyuvará para que la organización logre cumplir sus Metas y Objetivos.

Contar con un sistema que permita gestionar, con calidad, el desarrollo de sus actividades. El Sistema permite analizar el desempeño de forma integral y, además, poder detectar las oportunidades de mejora, las cuales implementadas exitosamente, se reflejarán en un cambio sustancial de los indicadores de desempeño de la organización.

Optimizar y hacer eficiente los diferentes trabajos realizados dentro de la empresa, haciendo uso de herramientas que permiten producir resultados superiores debido a la sinergia generada por la integración de las diversas habilidades y experiencias de sus miembros.

Mejorar las estrategias del sistema y sus procesos para rebasar la estructura departamental de la empresa estableciendo una verdadera cadena de valor con los proveedores y clientes.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en Clínica Arequipa S.A. para desarrollar la mejora continua en los procesos, y obtener la certificación ISO 9001:2008 y poder ser reconocida por el uso de altos estándares de calidad en su gestión.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear el comité de calidad para la implementación seguimiento y mejora del sistema.

- Identificar los requisitos de los clientes y otros aplicables a la empresa.
- Identificar los procesos involucrados en la producción del servicio.
- Generar un sistema documentario que permita estandarizar procesos y medir desempeño.
- Crear métodos de mejora continua y levantamiento de hallazgos de auditorías.

1.4. HIPOTESIS

Utilizar un Sistema de Gestión de Calidad, tiene como consecuencia la estandarización, optimización y mejora continua de los procesos para la prestación de servicios.

1.5. METODO DE TRABAJO

El método de trabajo será a través del análisis de la situación actual de Clínica Arequipa S.A. Por tanto, después de definir el objetivo y revisar el marco teórico, se hará un diagnóstico y una propuesta de Mejora Continua mediante los siguientes puntos:

- Descripción de la empresa.
- Diagnóstico de la situación actual.
- Desarrollo del sistema de calidad.
- Plan de implementación.
- Conclusiones y recomendaciones.

Los puntos antes mencionados que aparecen para el análisis, están reglamentados por una diversidad de objetivos y especificaciones para una mejora continua.

Es importante resaltar que dicho análisis es sólo una propuesta de mejora continua basada en el Sistema de Gestión de Calidad, donde la empresa tomará la decisión de llevarla a cabo o no, según sean sus intereses.

La fuente de datos son tomados a partir de la investigación bibliográfica o revisión de literatura los cuales proporcionan datos de primera mano.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Calidad: Definiciones Previas, Evolución y Sistema

2.1.1. Conceptos Generales

- a) Real Academia de la Lengua Española en la 22^a edición:
Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.
- b) Miranda *y otros* (2007) en su libro *Introducción a la Gestión de la Calidad* hace referencia a:
 - Deming 1989: Calidad es satisfacción del cliente y no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua.
 - Crosby 1991: Calidad es simplemente el cumplimiento de requisitos.
 - Taguchi 2004: Calidad es la menor pérdida para la sociedad.
- c) Catún (2006) en su libro *Gestión Integral de la Calidad* hace referencia a:
 - Juran 1990: Calidad adecuación al uso.
 - Shewhart 1939: Calidad es el Resultado de la interacción de dos dimensiones, una subjetiva (lo que quiere el cliente) y la otra objetiva (lo que ofrece).
 - Feigenbaum 2000: Satisfacción de las expectativas del cliente.

Norma ISO 9000: 2005: Calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (entendiéndose por requisito a la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria).

A continuación nos basaremos en Miranda *y otros* (2007) y en las cinco categorías básicas propuestas.

a. **Enfoque Trascendental**

Utiliza el concepto más genérico antiguo respecto a calidad como la excelencia es decir a lo mejor.

La calidad como excelencia implica el compromiso de por parte de cada miembro que integra a la organización, con el objeto de utilizar de manera adecuada los componentes, la gestión y los distintos procesos que se desarrollan dentro de la organización para obtener los mejores productos y/o servicios.

b. **Enfoque basado en el Producto**

Calidad es la variable específica medible, de forma que las diferencias en calidad reflejan diferencia en la cantidad de algún ingrediente o atributo del producto.

c. **Enfoque basado en el Cliente**

Un producto de calidad se basa en satisfacer o exceder las expectativas del cliente y refiriéndose a este como un producto libre de deficiencias para su uso.

d. **Enfoque basado en Producción**

La conformidad en los requerimientos y especificaciones de fabricación se entiende como calidad.

e. **Enfoque basado en el valor**

Un producto es de calidad si es tan útil como los productos de la competencia y tiene un precio inferior, o bien, si tiene un precio comparable y ofrece mayores ventajas.

2.1.2. Evolución del Enfoque de Calidad

La evolución de la Calidad ha ido evolucionando en cuatro etapas, siendo la primera etapa darse durante el siglo XIX y caracterizada por la falta de uniformidad e inspección, la

segunda etapa se da durante la década de los treinta y enfocada al control de los procesos, la tercera etapa es concebida en la época de los cincuenta donde se involucran a todos los procesos de la organización para la calidad y finalmente la cuarta etapa aparece en la década de los noventa donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor, reconociendo a la calidad como oportunidad de competitividad. El enfoque de la calidad es dada por:

a. **Inspección**

Miranda y otros (2007) se basa en concepto de W. Taylor “El control de la calidad por inspección tiene su origen en los talleres a fines del siglo XIX y principio del siglo XX, las labores de producción e inspección están separadas y son desarrolladas por personas distintas siendo el inspector el responsable de la calidad”

La inspección de la calidad abarca una serie de actividades muy limitadas, como era recontar, medir y separar las piezas defectuosas. Además las actividades de inspección se realizaban sobre el producto final, y todos aquellos que no tenían conformidad con la especificación eran desechados, o separados, era un sistema que no incorporaba ninguna actividad de prevención ni de mejora. Lo cual le trajo como consecuencia un elevado costo y la no contribución a la mejora de la eficiencia y eficacia.

b. **Control de Calidad**

Se puede aplicar mediante dos métodos, el método de muestreo y el método de control del proceso. Estos métodos se popularizaron durante la Segunda Guerra Mundial en “Estados Unidos”, donde fueron aplicados de modo masivo permitiendo inspeccionar con un número limitado de personas grandes cantidades de producto.

El proceso de la calidad, basado en métodos estadísticos, es responsable del departamento de producción que debe conseguir que los productos se ajusten a las especificaciones, atribuciones y características establecidas.

El control de calidad representa un avance significativo respecto a la inspección, ya que es económicamente más eficiente, de acuerdo a Miranda *y otros* (2007) la responsabilidad sigue recayendo exclusivamente sobre el departamento de producción y de naturaleza reactiva.

c. **Aseguramiento de la Calidad**

Es un salto del enfoque de la calidad puesto ya que se basa la prevención y no en el hallar errores en la producción, fundamentándose en ubicar la causa las raíces del problema y corregirlos, buscar soluciones y estandarizarlos para volver a caer en errores.

Miranda *y otros* (2007) plantean que la calidad implica no solo al departamento de producción sino también a otros departamentos, afectando a la totalidad de la organización.

d. **Gestión de la Calidad Total**

El concepto de Calidad Total surgió con un grupo de expertos durante los años cincuenta, siendo encabezado por W. Edwards Deming quien hizo notar que la calidad no se puede concretar si el proceso de manufactura se controla de forma aislada.

Según Miranda *y otros*, el concepto de calidad total engloba todo los procesos de la organización y a todas las personas que la componen tratando de obtener una mejora continua en los procesos que lleve a una satisfacción del cliente.

En resumen y haciendo la comparación de los distintos enfoques de gestión de calidad se presenta la tabla 1:

Tabla 1: Comparación entre los Enfoques de Gestión de la Calidad

Características	Enfoques de la Gestión de la Calidad			
	Inspección	Control	Aseguramiento	Gestión de la Calidad Total
Objetivo	Detección de defectos	Control de productos y procesos	Organización y coordinación	Impacto estratégico de la calidad
Visión de la Calidad	Problema a resolver	Problema a resolver	Problema a resolver de forma activa	Oportunidad para alcanza una ventaja competitiva
Énfasis	En el suministro uniforme de componentes	En el suministro uniforme de componentes	En la totalidad de la cadena de valor añadido	Planificación estratégica
Métodos	Fijación de estándares y medición	Muestreo y técnicas estadísticas	Programas y sistemas. Planificación estratégica	Planificación estratégica
Responsabilidades	Departamento de inspección	Departamento de producción	Todos los departamentos	La dirección de forma activa y con ella, el resto de la organización
Orientación	Producto	Proceso	Sistema	Persona
Enfoque	La calidad se comprueba	La calidad se comprueba	La calidad se produce	La calidad se gestiona

Fuente: Miranda y otros (2007)

2.1.3. Sistema de Calidad

El sistema de calidad es la integración de la organización, de sus responsabilidades, de los procedimientos establecidos, de los procesos globales y de todos aquellos recursos establecidos para dirigir la gestión de la calidad (Cuarentacasas 2001: Gestión de Calidad).

Un sistema de calidad es el conjunto de pasos planificados y sistemáticos para el uso de medios y acciones para introducir una serie de innovaciones para asegurar la conformidad de los productos o servicios con los requisitos específicos.

El sistema de calidad depende de las siguientes variables:

- El tipo de organización en la que se implementa.
- Naturaleza del producto o servicio.

- Recursos económicos, equipos y de capital humano.
- Requisitos del mercado y/o cliente.

Todo lo anteriormente descrito con el propósito de cumplir con los objetivos que la organización se plantea, para la mejora continua de los productos y/o servicios.

2.2. Sistema de Gestión ISO 9001

La ISO 9001 forma parte de la gran familia de normas ISO 9000 la cual se define como un conjunto de estándares internacionales que brindan especificaciones, pautas, recomendaciones y requerimientos para el diseño y valoración de un sistema de gestión que logre asegurar que los productos ofrecidos satisfagan los requerimientos específicos (Miranda y otros 2007).

La norma ISO 9001, ha sido creada por el Comité Técnico ISO/TC176 de la Organización Internacional para la Estandarización y establece los requisitos para un buen Sistema de Gestión de Calidad que puede utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. La versión actual de ISO 9001 corresponde a noviembre de 2008.

El sistema de Gestión de Calidad comprende los siguientes aspectos:

- Procedimientos:** Pautas descritas y estandarizadas para verificar el adecuado control de las tareas realizadas en la organización.
- Procesos:** Conjunto de operaciones enfocadas a un mismo fin, el cual logre satisfacer los requisitos del cliente.
- Recursos:** Conjunto de elementos disponibles definidos de forma estable y circunstancial para resolver una necesidad dentro de la empresa.

2.2.1. Definición y Alcance de la Norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 establece requisitos genéricos obligatorios de cumplimiento aplicables a todo tipo de organización y basados en el enfoque de procesos, con la finalidad de poder demostrar el grado en que los productos y/o servicios cumplen con las

expectativas de los requisitos de los clientes y normativas, ya sea sobre la totalidad de sus procesos o sobre un área o producto en particular.

2.2.2. Campo de Aplicación de la Norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 refiere que todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.

Cuando se realicen exclusiones, no se podrá alegar conformidad con esta Norma Internacional a menos que dichas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el Capítulo 7 y que tales exclusiones no afecten a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Todos los requisitos de esta norma son genéricos y pretenden ser aplicable a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

2.2.3. Principios de Gestión de la Cálida

Son las herramientas fundamentales de la gestión de la calidad, para guiar de forma exitosa la mejora del desempeño.

A continuación se presentan los ocho principios de gestión de la calidad, acorde con la norma ISO 9000:2005, y que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

➤ Principio 1: Enfoque al Cliente

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

➤ **Principio 2: Liderazgo**

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización.

Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización. El rol del líder en este caso implica el mantener a las personas comprometidas en la labor desarrollada.

➤ **Principio 3: Participación del personal**

El personal en todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de ésta.

Es por ello que la organización debe preocuparse por mantener a su personal satisfecho y enfocado en la obtención de resultados.

➤ **Principio 4: Enfoque basado en procesos**

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Es indispensable identificar tales procesos y la interacción que existe entre ellos.

Un proceso es considerado como tal cuando una actividad o conjunto de actividades utilizan una serie de recursos para poder transformar las entradas en salidas, las cuales con frecuencia representan la entrada del siguiente proceso.

➤ **Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión**

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema que contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

➤ **Principio 6: Mejora Continua**

La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta. Esto se refiere a que dentro de la organización siempre se debe buscar alguna oportunidad para seguir mejorando.

➤ **Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisión**

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

➤ **Principio 8: Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor**

Una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de una organización y sus proveedores para crear valor, dado que estos son interdependientes.

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

En la siguiente tabla se da a conocer como estos principios son aplicados de manera real.



Tabla 2: Los Principios de Gestión de Calidad y su Aplicación Real

Principios	Aplicación Real	Beneficio
1.- Enfoque al Cliente	<ul style="list-style-type: none"> Existen mecanismos dedicados a comprender las necesidades y expectativas de los clientes. Al establecer un compromiso con el cliente se tienen en cuenta el resto de objetivos de la organización. Las necesidades y expectativas de los clientes son conocidas por todos los miembros de la organización. Se hace una medición de la satisfacción de los clientes y se actúa en consonancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de los ingresos, respuesta rápida a las oportunidades. Alineación de los objetivos y metas de la entidad con las expectativas de los clientes. El personal cuenta con el conocimiento y la habilidad de satisfacer los requisitos de clientes. Conseguir una buena cartera de clientes fieles y acuerdos de alianzas estratégicas.
2.- Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> Se consideran las necesidades de todas las partes interesadas. El personal no tiene ninguna duda sobre el rol que desempeñan en el logro de los objetivos. Existen estrategias que incluyen los objetivos y metas de la organización. El personal de la entidad en cuestión tiene a su disposición los recursos necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de la visión y misión. El personal está motivado en la consecución de los objetivos. Las actividades se evalúan de un modo integral.
3.- Participación del personal	<ul style="list-style-type: none"> El personal es conocedor de sus competencias y responsabilidades en la resolución de problemas. Los miembros de una organización comparten sus conocimientos y experiencias. Los trabajadores son conscientes de lo que implica su contribución a la organización y son evaluados de acuerdo a los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> La motivación, involucración y compromiso de los trabajadores. El alto nivel de participación y contribución de los empleados a la mejora del desempeño.
4.- Enfoque basado en procesos	<ul style="list-style-type: none"> Los procesos y responsabilidades están definidos correctamente. Las interfaces entre procesos y funciones están definidas. Tanto los riesgos como las consecuencias e impactos en cualquier parte interesada son evaluados. 	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de dinero y tiempo. Mejora de resultados. Definición de nuevos y mejores objetivos y metas.
5.- Enfoque de sistema para la gestión	<ul style="list-style-type: none"> Existe un sistema para llegar a esa eficacia mediante actividades clave y objetivos medibles. Las interdependencias entre procesos son comprendidas y gestionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se cumple con los objetivos y metas de la entidad. Los esfuerzos son enfocados en los procesos principales. Aumenta la confianza en la eficacia y eficiencia de la empresa.
6.- Mejora Continua	<ul style="list-style-type: none"> Se da un enfoque fortalecido a la mejora. El personal deberá contar con la competencia y formación para la aplicación de la mejora. Para cada miembro de la organización será un objetivo la mejora de productos, procesos y sistemas. Se hacen evaluaciones para detectar nuevas áreas de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la ventaja competitiva. Reacción rápida ante nuevas oportunidades.
7.- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión	<ul style="list-style-type: none"> Se dispone de información y datos precisos y fiables. Tanto la información como los datos son accesibles. Se analizan los datos, experiencia e intuición y se toman decisiones y emprenden acciones respecto a ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> Decisiones asertivas fundamentadas en los datos. Poder demostrar la efectividad de decisiones mediante la referencia de hechos reales. Capacidad de cuestionar opiniones, decisiones y hacer revisiones.
8.- Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor	<ul style="list-style-type: none"> Se identifican y seleccionan proveedores clave para la organización y se crean relaciones entre ambos. Se instaura un fondo común de competencias, recursos y actividades conjuntas para la mejora. Se dispone de una comunicación clara y abierta. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la capacidad de crear valor en ambas partes. Capacidad de aportar flexibilidad y rapidez a las respuestas en un mercado cambiante. Optimización de costos y recursos.

Fuente: Elaboración Propia

2.2.4. Procedimiento para Implementar un Sistema de Gestión de Calidad

A continuación se describen cada uno de los pasos a seguir para implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008 dentro de una organización.

1. Información sobre la familia de normas ISO 9000

Capacitaciones a través de talleres seminarios y/o cursos, antes, durante y después de la implementación, para aumentar la conciencia y el conocimiento temas de ISO 9001:2008, así como de la importancia de este.

2. Creación de un equipo y acuerdo de una estrategia

La creación debe partir como principal responsable de la alta Dirección, con el fin de participar en la creación de la estrategia de implementación, asignación de un responsable para el SGC.

3. Diagnóstico del Sistema de Calidad

Se establece la línea base a partir de los criterios de la norma ISO 9001:2008 para establecer el grado de cumplimiento que posee la empresa.

4. Planificación de la implementación

Creación de la política y objetivos referentes al Sistema de Gestión de Calidad; asimismo asignar los recursos necesarios para la implementación de esta.

5. Documentación del Sistema

Creación de información documentada relevante, necesaria y exigida por la norma ISO 9001:2008 como es Manual de Calidad, Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos, entre otra documentación importante.

6. Implementación e información de los avances

Consiste dar a conocer los documentos existentes para su adecuada utilización, así como exigir la aplicación de estos en los distintos procesos generados, los cuales serán demostrables mediante registros.

7. Definición de objetivos

Mediante el historial de los registros se determinan y definen los objetivos y las estrategias para alcanzarlos con el fin de alcanzar la mejora continua de los procesos.

8. Auditoría interna

Realizadas de manera programada, ya sea por personal interno o externo de la organización con el propósito de evaluar el grado de cumplimiento de la norma ISO 9001:2008.

9. Elección de la entidad de certificación

El directorio realiza la elección de una empresa externa para verificar el grado de cumplimiento de la norma ISO 9001:008 y poder así solicitar la acreditación, esto con la finalidad de evaluar si la organización se encuentra apta. Dicha empresa emitirá un certificado si la organización cumple con los requisitos de la norma.

10. Pre-auditoría externa

Con la finalidad de apoyar a la organización la empresa externa realiza la pre-auditoría, unas semanas antes de la auditoría de certificación, en la cual se busca identificar requisitos de la norma incumplidos, con el fin de brindar información a la organización para su corrección.

11. Auditoría de certificación

Auditoría en donde se determina si la empresa certificadora determina por conveniente otorgar la certificación de acuerdo a la norma ISO9001:2208.

12. Auditorías de mantenimiento

La conservación de la certificación en la norma ISO 9001:2008, se basa en el permanente uso del SGC, para lo cual la empresa certificadora verificara el cumplimiento de la norma de manera periódica.

El Anexo 1 se muestra el flujograma para la implementación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad.

2.3. Normalización, Certificación y sus Beneficios

2.3.1. Normalización

Es el método de trabajo estandarizado y considerado el mejor para alcanzar los estándares en la calidad y en la satisfacción del consumidor, utilizados hoy en día por toda empresa con el fin de ser competitiva, sobrevivir al mercado y sobresalir entre otras empresas que se desempeñan en el mismo mercado.

2.3.2. Certificación

Proceso por el cual una entidad externa a la organización avala mediante garantía escrita que el proceso, actividad para desarrollar un producto y/o servicio cumple con los requisitos al cual es enfrentada.

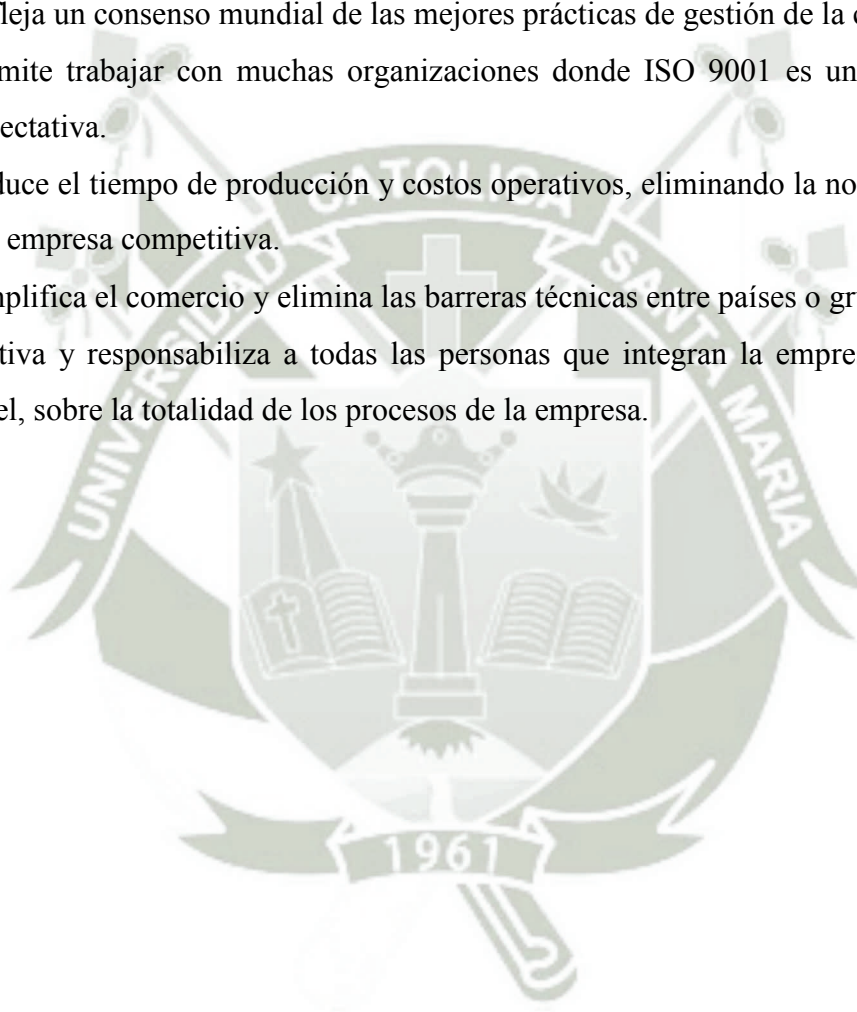
El proceso de certificación la norma ISO 9001:2008 es adoptada de manera voluntaria; sin embargo actualmente se ve la presión de otras empresas y del mercado para adquirir la certificación, la cual dura un periodo de 3 años en donde se da con control anual con el fin de verificar que el SIC se mantiene.

2.3.3. Beneficios Relacionados con la Normalización y Certificación

La normalización y posterior certificación de los sistemas de calidad otorga los siguientes beneficios a la organización (Centro de Desarrollo Industrial, s.f.; loyd's Register Quality Assurance Limited, s.f.; Miranda *y otros* (2007):

- Aumenta el prestigio frente a los clientes y la fidelidad de los mismos.
- Mejora el control sobre los suministradores, concertando calidades y evitando pérdidas de tiempo y energía en revisar cosas mal hechas por otros.
- Mejora al máximo la calidad del conjunto de la actividad empresarial.
- Mejora la eficacia de la gestión comercial.
- Promueve la mejora e innovación de los procesos a través de la mejora continua del sistema.

- Permite el crecimiento como organización y mejora de ésta, así como la planificación y coordinación interna.
- Reduce el número de devoluciones y reclamos con sus beneficios y mejora la imagen.
- Ofrece oportunidades de capacitación y desarrollo a todo el personal.
- Otorga ventaja en cuanto la certificación de la calidad de la empresa que puede ser exigida a nivel nacional y mundial.
- Ayuda a cumplir con la normativa y requisitos de su respectiva industria.
- Refleja un consenso mundial de las mejores prácticas de gestión de la calidad.
- Permite trabajar con muchas organizaciones donde ISO 9001 es una obligación o expectativa.
- Reduce el tiempo de producción y costos operativos, eliminando la no calidad y hace a la empresa competitiva.
- Simplifica el comercio y elimina las barreras técnicas entre países o grupos.
- Motiva y responsabiliza a todas las personas que integran la empresa, a cualquier nivel, sobre la totalidad de los procesos de la empresa.



CAPITULO III

3. DESCRIPCION DE LA EMPRESA

3.1. Antecedentes y Condiciones Actuales

La organización motivo de estudio es una empresa local de la Ciudad de Arequipa y que inicia sus operaciones el 24 de junio de 1972, la misma que ha venido funcionando de forma ininterrumpida por más de 41 años.

Es una institución privada, dedicada a la Prestación de servicios de salud. Contamos con un Staff de Médicos reconocidos, en diferentes especialidades así como personal capacitado y calificado para atender y garantizar el cuidado de la salud de los pacientes que nos visitan.

3.2. Sector y Actividad Económica

El sector en el cual la empresa se desenvuelve es en el del sector Salud.

Verificando la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) indica que la empresa corresponde al sector económico denominado “Actividades de Hospitales”, esto determinado por la cámara de comercio.

3.3. Misión y Visión

- **Misión:** Brindar servicios de salud de calidad, haciendo sentir a nuestros pacientes que su salud está en las mejores manos, con personal altamente capacitado y comprometido, con tecnología médica avanzada, orientada permanentemente hacia la excelencia.
- **Visión:** Ser la clínica líder en la región sur, diferenciada y reconocida por mantener atención de calidad con responsabilidad social y económica con sus colaboradores, proveedores y accionistas.

La Visión y Misión de la empresa es aprobada por el Presidente del Directorio.

3.4. Política de la Empresa

La política de la empresa está orientada a cumplir con los siguientes valores esenciales:

- Excelencia enfocada al Servicio: Garantizar siempre calidad de atención a nuestros pacientes, asegurando la confianza puesta en nuestras manos.
- Actitud positiva: Afrontar con buen ánimo y optimismo los desafíos diarios.
- Compromiso: Asumir como propios los objetivos de la clínica, colaboradores y pacientes, pues el éxito de uno es el éxito de todos.
- Integridad: Actuar con honestidad, honradez, transparencia y lealtad en todo momento.
- Liderazgo: Predicar con el ejemplo y cumplir los estándares más elevados de comportamiento y rendimiento.

La Política de la empresa es aprobada por el Presidente del Directorio.

3.5. Organización de la Empresa

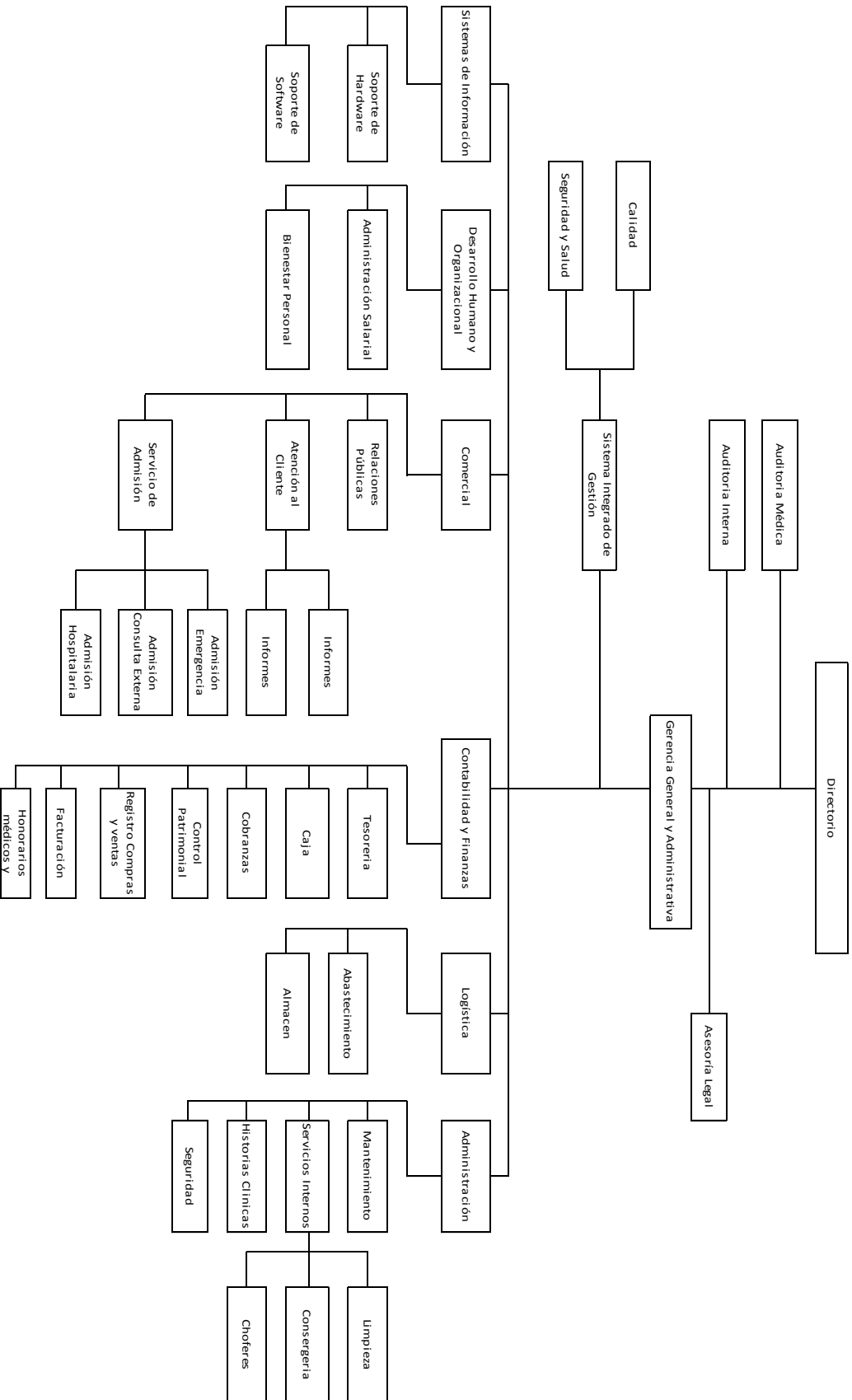
- Directorio: Es la gobierno de la institución encargado de evaluar, aprobar y dirigir la estrategia corporativa; establece los objetivos y metas así como planes de acción principales.
- Gerencia General y Administrativa: Tiene por objeto ejecutar la política planes encomendados a nivel estratégico; así como planear, organizar, administrar y controlar la ejecución de las actividades destinadas a al cumplimiento de objetivos y metas.

- Gerencia Médica: Gerencia cuya función es dirigir el aspecto asistencial de la empresa, bajo el mando de la Gerencia General y Administrativa para el logro de los objetivos de la empresa.

En la Figura 1 y Figura 2 se presenta la estructura organizacional de la parte asistencial y administrativa respectivamente.

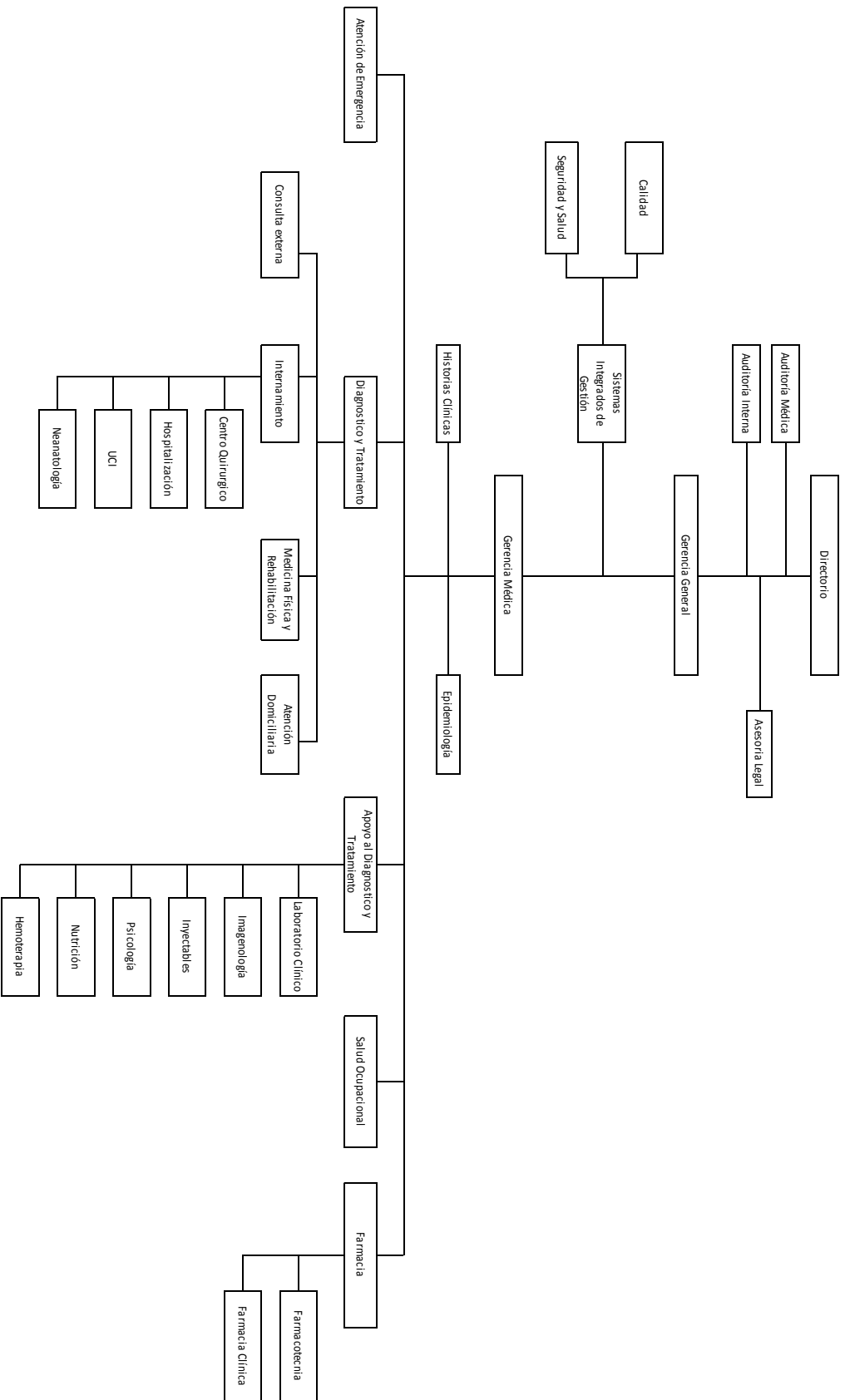


Figura 1: Organigrama Administrativo de la Empresa



Fuente: Clínica Arequipa S.A.

Figura 2: Organigrama Asistencial de la Empresa



Fuente: Clínica Arequipa S.A.

3.6. Principales Servicios

Los principales servicios y/o procesos son:

- Emergencia.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Hospitalización.
- Centro Quirúrgico.
- Neonatología.
- Consultorios Externos.

1. Emergencia.

Es la Unidad donde se concentran las facilidades físicas para la atención de pacientes niños y adultos que presentan urgencias médico quirúrgicas en forma individual, colectivas y atención masiva de pacientes en caso de desastres.

2. Unidad de Cuidados Intensivos.

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

3. Hospitalización.

Unidad de servicio está orientada a proporcionar cuidados básicos y especializados seguros, desarrollando actividades médicas y de enfermería encaminadas al tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado, ofreciendo la prestación de los servicios con recurso humano calificado, comprometido y humanitario.

4. Centro Quirúrgico.

El quirófano es un espacio cerrado que debe ser completamente independiente del resto del hospital, a través de una serie de separaciones con las estructuras exteriores. El quirófano permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario (anestesiistas, cirujanos y también radiólogos, gastroenterólogos, neumólogos, cardiólogos enfermeras de quirófano, auxiliares de enfermería, instrumentadores quirúrgicos, camilleros especialistas aptos, etcétera) para todos los actos que se hacen bajo anestesia (general o local, según el acto que deba efectuarse y el estado de salud del paciente)

5. Neonatología.

Unidad al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida, desde la atención médica del recién nacido en la sala de partos, el período hebdomadario (los primeros 7 días) hasta los 28 días de vida del niño, posterior a los cuales se le considera como "lactante" entrando ya al campo de la pediatría propiamente dicha. Los principales pacientes de los neonatólogos son los recién nacidos que están enfermos o requieren un cuidado especial debido a que son prematuros, tienen bajo peso o sufren malformaciones.

6. Consultorios Externos

Área o unidad de servicio de atención a la salud del paciente ambulatorio donde se ofrece orientación, diagnóstico y tratamientos médicos. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

3.7. Instalaciones y equipos

La empresa cuenta con tres edificaciones principales en una área ocupada de 3 032.61 y un área construida de 7035.94, en donde se desarrolla todas las actividades de la empresa. En la Tabla 3 se indica la distribución de los diversos servicios que posee la compañía.

Tabla 3: Descripción de las Instalaciones en cada una de las Edificaciones

Nivel	Edificio I	Edificio II	Edificio III
Sótano	<ul style="list-style-type: none"> Almacén 	<ul style="list-style-type: none"> Almacén de Farmacia, Historias Clínicas Mantenimiento 	---
Piso 1	<ul style="list-style-type: none"> Emergencia Farmacia de Emergencia UCI Imagenología Centro de Apoyo Especializado Residencia Medica Cafetería 	<ul style="list-style-type: none"> Admisión de Hospitalización Salud Ocupacional Consultorios Externos Sistemas 	<ul style="list-style-type: none"> Medicina Física y Rehabilitación Asistencia Social Psicología Auditoria Medica Control Previo
Piso 2	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Cetro Quirúrgico Neonatología Relaciones Publicas Central Telefónica Módulo de Informes 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de Directorio Gerencia General y Administrativa Gerencia Medica Administración Tesorería Control Patrimonial
Piso 3	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Farmacia Laboratorio Consultorios Externos Lavandería 	Libre	<ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos SIG Auditoria Interna Comercial Contabilidad
Piso 4	<ul style="list-style-type: none"> Módulo de Consultorios Externos Consultorio Externos 	<ul style="list-style-type: none"> Consultorios Externos 	---
Piso 5	---	<ul style="list-style-type: none"> Consultorios Externos 	---
Piso 6	---	<ul style="list-style-type: none"> Auditorio 	---

Fuente: Elaboración Propia

Así mismo en el Anexo 2 se indica el equipo y maquinaria utilizada por la empresa para el desarrollo de sus actividades.

CAPITULO IV

4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.1. Preparación del Diagnostico

El diagnostico se utiliza como punto de partida, y en donde la información levantada es utilizada para verificar el grado de cumplimiento que tiene la organización con respecto a la norma ISO 9001:2008 (ver Anexo 3).

Así mismo el diagnostico abarca todas las áreas y miembros de la organización, que estén directamente relacionados con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, desde el ingreso o inicio de atención de pacientes y/o clientes hasta su egreso u alta de estos, así como de todo los recursos utilizados para brindar el servicio

4.2. Metodología para el Diagnostico

Se elabora un Checklist en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008, Tomándose en cuenta los siguientes ítems especificados en la siguiente tabla.

Tabla 4: Criterios Utilizados en la Lista de Verificación

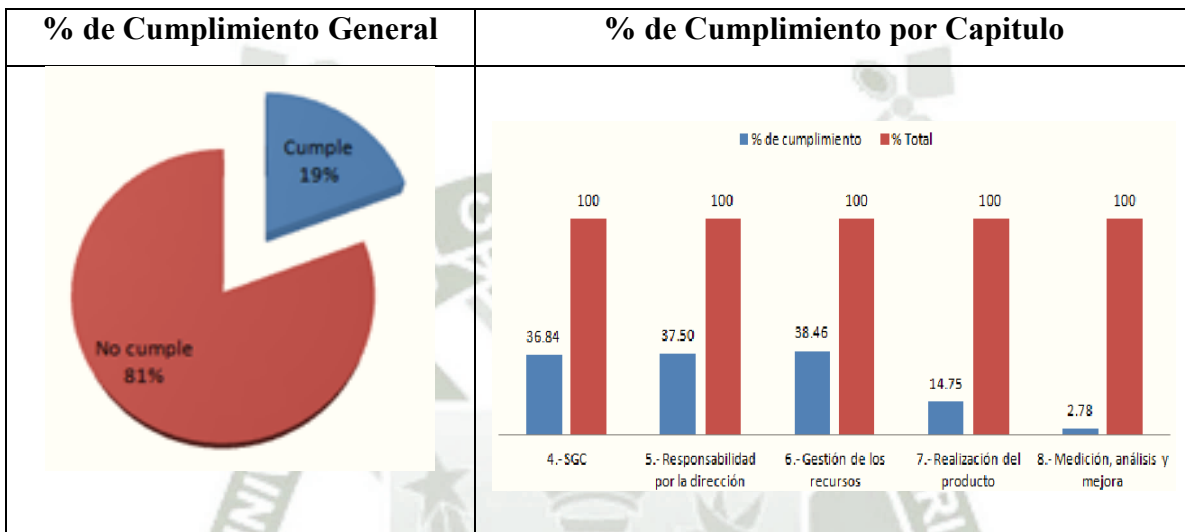
CRITERIOS	
Evaluación	Revisión
Cumple con el Requisito de la Norma	SI
Incumple con el Requisito de la Norma	NO
No Aplica el Requisito de la Norma	NA
ESTATUS	
Evaluación	Revisión
No se Cuenta con Ninguna Documentación	NO INICIADA
Se ha inicia el proceso de documentación	INICIADA
Se ha iniciado el proceso de implementación	EN PROCESO
Se tiene implementada revisada, y aprobada la documentación y acciones relativas al requisito en cuestión	TERMINADA

Fuente: Elaboración Propia

4.3. Análisis de Resultados

La evaluación de diagnóstico del Sistema de Calidad dio como resultado un cumplimiento del 19% de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008. En el Anexo 3 se detalla el checklist de la verificación realizada.

Figura 3: Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008



Fuente: Elaboración Propia

4.4. Propuesta de Implementación

Para el cumplimiento total de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y respecto al porcentaje de implementación, se deberá revisar los aspectos mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 5: Requisitos a Implementar

Requisito de la Norma	Implementación Observada	Requisitos a Implementar
4- Sistema de Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de procesos • Política de calidad documentada • Procedimientos obligatorios elaborados (control de documentos, control de registros y auditoría interna) • Caracterización de procesos en elaboración 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y adecuar las caracterizaciones de procesos • Difusión de la política de la calidad • Adecuación, revisión y aprobación de procedimientos obligatorios del Sistema de Gestión de Calidad • Documentos requeridos por la organización para la planificación y control de su proceso
5- Responsabilidad de la Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Política de la calidad documentada en proceso de difusión (mediante acrílicos en zonas estratégicas, difusión en revistas etc.) • Se mide la satisfacción del cliente • Existe un representante de la dirección 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir los objetivos de la calidad • Actualizar el organigrama para fines de los requisitos de la norma • Definir por escrito las funciones y responsabilidades de los trabajadores que afectan la calidad del servicio/producto y dueños de proceso
6- Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha determinado la competencia de los trabajadores que realizan trabajos que afectan la calidad del producto/servicio (MOF) • Existe un plan de capacitaciones para las distintas áreas • Se realiza el mantenimiento de los edificios, maquinaria, equipos vehículos computadores, impresoras, sistemas, etc) • La organización cuenta con algunos requisitos de prevención de riesgos laborales y de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento al plan de capacitaciones, e identificar las nuevas necesidades de capacitación • Realza la evaluación de la eficacia de las capacitaciones • Implementar un sistema de prevención de riesgos laborales acorde a la normativa legal • Desarrollar un plan de mantenimiento correctivo y preventivo • Implementar espacios suficiente en distintas áreas de la clínica acorde a la normativa legal
7- Planificación de la Realización del Producto	<ul style="list-style-type: none"> • La empresa brinda principalmente el servicio de salud, el área de farmacia realiza preparados magistrales y soluciones para los distintos servicios • Se cuenta con matriz de requisitos legales • Está en proceso de identificación de requisitos del cliente (aseguradoras) • Se tiene definido los criterios para la evaluación de proveedores • Se cuenta con un procedimiento de quejas y reclamos • Se cuenta con identificación y trazabilidad del servicio a través de la historia clínica • Existen procedimientos de procesos que forman parte de la cadena de valor para la realización del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir si el proceso de farmacia se aplica al punto 7.3 de la norma • Especificar los requisitos legales específicos aplicables • Implementar una metodología de re-evaluación a los proveedores que sean considerados críticos • Implementar una metodología que asegure que los productos comprados cumplan con los requisitos de compra especificados • Implementar una metodología documentada de la prestación del servicio elaboración de documentos técnicos, instructivos procedimientos en relación al servicio • Someter a evaluación el requisito 7.5.2 debido a que la prestación del servicio podría verificarse mediante seguimiento o medición posterior • Determinar la metodología para identificar, proteger los bienes que son propiedad del cliente • Documentar la metodología para la preservación de insumos, suministros que son utilizados para la prestación del servicio • Documentar la metodología para el control de los equipos de seguimiento y medición
8- Medición Análisis y Mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza seguimiento de la satisfacción del cliente • No se aplican métodos para la medición de los procesos, con la finalidad que los procesos alcancen los resultados planificados 	<ul style="list-style-type: none"> • Emprender acciones de mejora para la satisfacción del cliente • Elaborar e implementar el procedimiento de auditorías internas • Realizar auditorías internas, para la toma de acciones correctivas y preventivas • Determinar una metodología para realizar el seguimiento y medición de los procesos y servicios • Elaborar e implementar el procedimiento de producto no conforme • Implementar la recopilación y análisis de los datos para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio, indicadores de proceso y proveedores • Aplicar la mejora continua mediante el uso de la política de la calidad, objetivos de la calidad, los resultados de la auditoría interna, análisis de datos, acciones correctivas/preventivas • Implementar registros de acciones correctivas donde, aparte de la descripción del problema de fondo y de las puestas en práctica, se haga un seguimiento de las mismas

Fuente: Elaboración Propia

4.5. Conclusiones del Diagnóstico

- El porcentaje de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad respecto a los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2008 es de 19%.
- El personal que trabaja en las distintas áreas no se encuentra sensibilizado con la importancia del Sistema de Gestión de Calidad, sin embargo tienen disponibilidad para llevar a cabo su implementación.
- Definir el alcance actual del Sistema de Gestión de Calidad y en función del mismo redefinir el mapa de procesos.

4.6. Recomendaciones

- Poner en funcionamiento el Comité de Calidad.
- Realizar seguimiento para lograr el mayor cumplimiento de capacitaciones planeadas de acuerdo al programa.
- Establecer formalmente a los dueños de proceso.
- Generar planes de acción para el cumplimiento de los requisitos legales.

CAPITULO V

5. DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD

El fin del Sistema de Gestión de Calidad es mejorar el desempeño de las actividades que se desarrollan dentro de la compañía con el objeto de elaborar productos/servicios que satisfagan las expectativas a través de un enfoque basado en procesos.

A partir de esa premisa es que se identifican las áreas que forman parte de la cadena de valor así como aquellas que dan el soporte necesario para el óptimo funcionamiento de las actividades.

5.1. Definición de la Política de Calidad

El Directorio como ente gubernamental de la empresa y la Gerencia General y Administrativa, son los responsables de aprobar comunicar y mantener la política en toda la organización.

Así mismo, la empresa al estar también comprometida con el cumplimiento legal en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo, es que crea una Política Integrada llamada “Política del Sistema Integrado de Gestión”.

A continuación se establece la política la cual está claramente difundida y entendida en la organización:

“En la Clínica se brinda servicios y productos de calidad, procurando la mayor satisfacción de nuestros clientes, con un equipo profesional altamente calificado y tecnología médica avanzada; haciendo sentir a nuestros pacientes que su salud está en las mejores manos.

Estamos comprometidos con la mejora continua de la eficacia y desempeño de nuestros procesos, la prevención de lesiones, enfermedades e incidentes en el trabajo con todos

los miembros de nuestra organización, garantizando la consulta y participación activa de los mismos.

Cumplimos los requisitos legales, regulaciones vigentes y otros suscritos aplicables en cuanto a calidad, seguridad y salud en el trabajo”.

La Política del Sistema Integrado de Gestión de la empresa es aprobada por el Presidente del Directorio.

5.2. Alcance

El sistema de gestión de calidad tiene como alcance a:

- **Procesos Principales:**

Admisión, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Neonatología, Centro Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación, Imagenología, Farmacia, Inyectables, Vacunación, y Nutrición.

- **Procesos de Apoyo:**

Recursos Humanos, Administración, Almacén, Cobranza y Cajas, Sistemas Informáticos, Historias Clínicas, e Informes y Central Telefónica.

- **Procesos Estratégicos:**

Comercial, Sistemas Integrados de Gestión, Auditoría Médica, Gerencia General y Administrativa, y Gerencia Médica.

5.3. Objetivos de Calidad

- **Objetivo General:** Brindar servicios de calidad dando el soporte necesario a los distintos procesos que intervienen en su creación, bajo el enfoque de la mejora continua y el incremento del valor agregado.

- **Objetivos Específicos:** En la tabla 6 se presenta el Plan del Sistema de Gestión de Calidad donde se dan a conocer los objetivos específicos, estrategias, indicadores y otros, que se desprenden de la Política del Sistema Integrado de Gestión.



Tabla 6: Plan del Sistema de Gestión de Calidad

Política de Calidad	Proceso	Objetivo	Estrategia	Indicador General	Formula	Meta	Seguimiento
Brindar servicios de calidad dando el soporte necesario a los distintos procesos que intervienen en su creación, bajo el enfoque de la mejora continua y el incremento del valor agregado.	Admisión Hospitalaria	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 30min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	95%	Mensual
	Admisión de Emergencia	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	95%	Mensual
	Admisión de Consultorios Externos	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	95%	Mensual
	Emergencia	Asegurar que el tiempo de registrar el altas por los médicos sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera de dar el Alta	Tiempo de Espera en Registrar el Alta < 5min *100 ----- Nro total de Altas	95%	Quincenal
	Neonatología	Evitar el contagio de enfermedades entre neonatos	Cumplir con las normas de bioseguridad	Porcentaje de Neonatos Infectados	Nro de Neonatos Infectado*100 ----- Nro total de Neonatos Ingresados	0%	Trimestral
	Hospitalización	Asegurar que las altas dadas por los médicos tratantes sean entre los horarios correspondientes	Cumplir con los horarios de altas	Porcentaje de cumplimiento de los horarios de Altas	Nro de Altas dadas a Tiempo*100 ----- Nro total de Altas	95%	Quincenal
	Centro Quirúrgico	Asegurar que las operaciones programadas se cumplan dentro de lo establecido	Cumplir con el programa de cirugías	Porcentaje de cumplimiento del programa de Cirugías	Nro de Cirugías Ejecutadas*100 ----- Nro de Cirugías Programadas	95%	Quincenal
	Unidad de Cuidados Intensivos	Evitar el contagio de enfermedades entre pacientes	Cumplir con las normas de bioseguridad	Porcentaje de Pacientes Infectados	Nro de Pacientes Infectados *100 ----- Nro total de Pacientes Ingresados	0%	Trimestral
	Consultorios Externos	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	Tiempo de Espera del Cliente < 30*100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	95%	Mensual

Política de Calidad	Proceso	Objetivo	Estrategia	Indicador General	Formula	Meta	Seguimiento
	Farmacia	Asegurar la calidad de los insumos hospitalarios adquiridos	Tener las evaluaciones y reevaluaciones del proveedor	Porcentaje de Proveedores Calificados	$\frac{\text{Nro de Proveedores Calificados} * 100}{\text{Nro de Proveedores Evaluados}}$	95%	Semestral
	Laboratorio	Entregar a tiempo las facturas de los exámenes de laboratorio	Cumplir con los tiempos de entrega de las Facturas	Tiempo de entrega de las facturas	$\frac{\text{Nro de Facturas entregadas a Tiempo} * 100}{\text{Nro de Facturas entregadas}}$	95%	Mensual
	Imagenología	Entregar a tiempo las facturas de los exámenes de Imagenología	Cumplir con los tiempos de entrega de las Facturas	Tiempo de entrega de las facturas	$\frac{\text{Nro de Facturas entregadas a Tiempo} * 100}{\text{Nro de Facturas entregadas}}$	95%	Mensual
	Medicina Física y Rehabilitación	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 30 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	95%	Mensual
	Inyectables	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 15 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	95%	Mensual
	Vacunación	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 30 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	95%	Mensual
	Nutrición	Asegurar la calidad en las dietas para los pacientes	Realizar mediciones de la satisfacción de nuestros clientes	Satisfacción del Cliente	$\frac{\text{Nro de Pacientes Satisfechos} * 100}{\text{Nro de Clientes Encuestados}}$	95%	Mensual
	Recursos Humanos	Capacitar al Personal según los requerimientos de la empresa	Cumplir con el Plan de Capacitación	Capacitación Programada	$\frac{\text{Nro de Cursos realizados} * 100}{\text{Nro de Cursos planificados}}$	100%	Annual
	Administración	Dar mantenimiento preventivo a todos los equipos de la empresa	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento Preventivo Programado	$\frac{\text{Nro de Equipos con mantenimiento} * 100}{\text{Nro de Equipos programados}}$	100%	Annual
	Almacén	Asegurar la calidad de los equipos y bienes no hospitalarios adquiridos	Tener las evaluaciones y reevaluaciones del proveedor	Porcentaje de Proveedores Calificados	$\frac{\text{Nro de Proveedores Calificados} * 100}{\text{Nro de Proveedores Evaluados}}$	90%	Semestral

Política de Calidad	Proceso	Objetivo	Estrategia	Indicador General	Formula	Meta	Seguimiento
	Cobranzas y Cajas	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Cumplir con la rapidez del servicio	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	95%	Mensual
	Sistemas Informáticos	Dar mantenimiento preventivo a todos los equipos informáticos de la empresa	Cumplir con el Plan de Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento Preventivo Programado	Nro de Equipos con mantenimiento*100 ----- Nro de Equipos programados	100%	Semestral
	Historias Clínicas	Entregar a tiempo las historias clínicas para la atención apropiada del cliente	Cumplir con los tiempos de entrega	Tiempo de entrega de la Historia clínica	Nro de Historias entregadas *100 ----- Nro de Historias solicitadas	90%	Mensual
	Informes y Central Telefónica	Asegurar que se brinda la información oportuna y necesaria a los clientes	Cumplir con la calidad de atención al Cliente	Satisfacción del Cliente	Nro de Encuestas Positivas*100 ----- Nro total de encuestas Realizadas	95%	Mensual
	Comercial	Aumentar la satisfacción del cliente a través de la mejora continua de los procesos	Realizar mediciones de la satisfacción de nuestros clientes	Satisfacción del Cliente	Nro de Pacientes Satisfechos*100 ----- Nro de Clientes Encuestados	95%	Mensual
	Auditoria Médica	Aumentar la satisfacción del cliente a través de la mejora continua de los procesos	Realizar mediciones de la satisfacción de nuestros clientes	Satisfacción del Cliente	Nro de Expedientes Devueltos*100 ----- Nro de Expedientes Enviados a Aseguradoras	95%	Mensual
	Auditoria Interna	Auditar a las áreas de la empresa en temas administrativos	Cumplir con el Plan de Auditorias	Auditorias Programada	Nro de Auditorias ejecutadas*100 ----- Nro de Auditorias planificadas	95%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Cumplir con el Plan de Auditorias	Auditorias Programada	Nro de Auditorias ejecutadas*100 ----- Nro de Auditorias planificadas	100%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Solución a las no conformidades	No conformidades pendientes	Nro de no conformidades solucionadas*100 ----- Nro de no conformidades halladas	95%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Cumplir con el Plan de Auditorias	Auditorias Programada	Nro de Auditorias ejecutadas*100 ----- Nro de Auditorias planificadas	100%	Annual

Política de Calidad	Proceso	Objetivo	Estrategia	Indicador General	Formula	Meta	Seguimiento
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Solución a las no conformidades	No conformidades pendientes	$\frac{\text{Nro de no conformidades solucionadas} * 100}{\text{Nro de no conformidades halladas}}$	95%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Cumplir con los requisitos legales y otros	Requisitos Identificados	$\frac{\text{Nro de requisitos cumplidos} * 100}{\text{Nro de requisitos identificados}}$	100%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Solución a las no conformidades	No conformidades solucionadas	$\frac{\text{Nro de no conformidades solucionadas} * 100}{\text{Nro de no conformidades halladas}}$	95%	Annual
	Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	Cumplir con los requisitos legales y otros	Requisitos Identificados	$\frac{\text{Nro de requisitos cumplidos} * 100}{\text{Nro de requisitos identificados}}$	100%	Annual

Fuente: **Elaboración Propia**

5.4. Elaboración de la Documentación

La documentación correspondiente se basa en aquellos documentos exigidos por la Norma ISO 9001:2008, en Anexo 4 se muestra la correspondencia entre los documentos y los requisitos de la norma.

- Manual de Calidad (el cual es creado a partir de toda la documentación que surja del Sistema de Gestión de Calidad).
- Manual de Organización y Funciones (para su desarrollo se empleará el formato presentado en el Anexo 5).
- Mapa de Procesos. (se encuentra esquematizado en el Anexo 6).
- Matriz de Caracterización de Procesos, (ver Anexo 7 para detalle del formato utilizado).
- Procedimientos e Instructivos. (para su elaboración se utilizará el formato presentado en el Anexo 8).
- Formatos de Registros (estos formatos varían dependiendo de la actividad a realizar).
- Documentos Externos.
- Registros de Calidad (todo documento que evidencia el funcionamiento SGC)

Así mismo se propone crear los procedimientos mencionados en el Anexo 9 como herramienta de estandarización de los diferentes procesos llevados a cabo en las instalaciones de Clínica Arequipa S.A.

5.5. Implementación del Sistema de Documentación

Para la implementación del sistema de documentación se debe tomar en cuenta lo siguiente:

a. Control del Manual de Calidad

La Gerencia General como representante del Directorio y el Jefe del Sistema Integrado de Gestión como representante del Sistema de Gestión de Calidad, son los encargados de la revisión, aprobación y comunicación del Manual de Calidad.

Así mismo la revisión y/o actualización del manual se debe realizar por lo menos una vez al año y mantener el histórico de los cambios realizados así como las versiones pasadas.

b. Control de Documentos

Los jefes de área tienen la responsabilidad de crear, revisar y mantener actualizados los documentos del Sistema de Gestión de Calidad en apoyo del área del sistema Integrado de Gestión; y las Gerencias tienen la responsabilidad de aprobar o no dichos documentos.

Por ello se establece el Procedimiento de Control de Documentos (Anexo 10-A) el cual asegura:

- a. Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión,
- b. Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente,
- c. Asegurarse de que se identifiquen los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos,
- d. Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- e. Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables,
- f. 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 Calidad, se identifican y que se controla su distribución, y
- g. Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

c. Control de Registros

Como fuente de información, evidencia y como cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2008 se debe utilizar el Procedimiento de Control de Registros (Anexo 10-B) en el cual se indicará lo siguiente:

- a. Los registros se generan como medida de control del funcionamiento del sistema, los cuales son generados por los jefes de área o dueños de proceso, los cuales también son responsables de su implementación y vigencia.
- b. Los registros deben ser clasificados, identificados, actualizados y de fácil acceso para su identificación.
- c. Los registros almacenados y/o guardados en medios físicos o electrónicos para la conservación de la información.

5.6. Compromiso de la Dirección

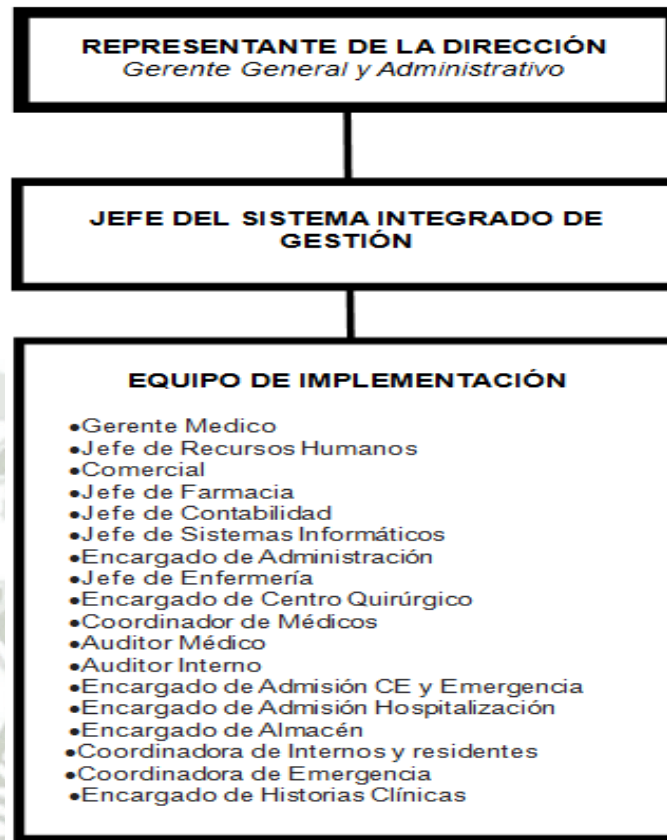
La Dirección como gobierno de la empresa y comprometido con gestionar servicios que cumplan con los más altos estándares de calidad a través del cumplimiento de los requisitos del cliente y la eficiencia en los procesos se compromete a:

- a. Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- b. Estableciendo la política de la calidad.
- c. Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad.
- d. Llevando a cabo las revisiones por la dirección.
- e. Asegurando la disponibilidad de recursos.

5.7. Asignación de Responsabilidades

El Directorio a través de la Gerencia General y Administrativa nombra al Representante del Sistema de Gestión de Calidad, cuya responsabilidad está en función a implementar, mantener, verificar el correcto funcionamiento y la mejora del sistema. (En la figura 4 se presenta el organigrama del comité de Calidad)

Figura 4: Organigrama del Comité de Calidad



Fuente: Elaboración Propia

a. **Responsable del Sistema de Calidad**

El Directorio a través de la Gerencia General y Administrativa nombra como responsable del Sistema de Gestión de Calidad al Jefe del Sistema Integrado de Gestión por su amplia experiencia, liderazgo y conocimientos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Funciones asignadas al cargo:

- Asegurar que el cumplimiento de cronograma del implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Asegurar de que se establezca, implemente y mantenga los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad.

- Informar el desempeño del Sistema de gestión de Calidad y cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar la promoción, la toma de conciencia, y el cumplimiento de los requisitos legales y del cliente a todos los niveles de la organización mediante reuniones de capacitación, sensibilización y otros mecanismos.
- Dar monitoreo a la aplicación y actualización referente a los documentos que velan por el cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión.
- Solicitar a los responsables o dueños de proceso los informes de cumplimiento de los objetivos de calidad, acciones correctivas, acciones preventivas, capacitaciones, evaluaciones del personal, indicadores, medición de satisfacción en los clientes y otros.
- Asegurar la mejora continua resolviendo no conformidades e identificando oportunidades de mejora en trabajo conjunto de los responsables o dueños de proceso.
- Liderar reuniones semanales con el Comité de Calidad para evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad.
- Dar el soporte necesario a las diferentes áreas de la institución en la elaboración y/o creación de documentación referente al Sistema de Gestión de Calidad.

b. Equipo de Implementación de Calidad

El equipo de implementación de calidad está conformado por el Gerente Medico, Jefe de Recursos Humanos, Jefe de Comercial, Jefe de Farmacia, Jefe de Contabilidad, Jefe de Sistemas Informáticos, Encargado de administración, Jefe de Enfermería, Encargado de Centro Quirúrgico, Coordinador de Médicos, Auditor Interno, Auditor Medico, Encargado de Admisión de Consultorio Externo y Emergencia, Encargado de Admisión Hospitalaria, Encargado de Almacén, Coordinadora de Internos y Residencia y Encargado de Historias Clínicas, con el fin de asegurar que los servicios que se proporcionan cumplan con las especificaciones de los clientes, con los requisitos legales exigibles y así mismo mantener los procesos en óptimas condiciones.

Funciones asignadas al comité:

- Planear, apoyar y asistir el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Establecer los mecanismos que permitan a los diferentes procesos la aplicación de los objetivos y política de calidad.
- Elaborar los programas de auditorías internas y evaluar sus resultados.
- Dar adecuado tratamiento a las quejas, reclamos y sugerencias de los clientes internos y externos.
- Proporcionar los datos del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad requeridos por la Dirección para su revisión.
- Estudiar las propuestas de mejora del Sistema de Gestión de Calidad producidas por los usuarios internos y externos.
- Verificar el nivel de cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora implementadas en el Sistema de Gestión de Calidad.
- Monitorear y respaldar la documentación del SGC.

El Comité de Calidad se reunirá mensualmente para revisar, discutir, analizar y proponer mejoras sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad

5.8. Comunicación Interna

La comunicación desarrolla un papel importante en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, ya que asegura la comunicación interna entre los distintos niveles de la organización; para ello el Comité de Calidad mediante reuniones mensuales con los responsables de áreas o dueños de proceso, da a conocer el funcionamiento, estado, oportunidades de mejora y otros importantes para el desarrollo y mantenimiento del sistema. Así mismo la comunicación se vale de correo electrónico, teléfono, reportes, encuestas, revistas publicaciones en paneles, buzón de sugerencias, informando sobre:

- Grado en el cumplimiento de política y objetivos.
- Grado de eficiencia de los procesos.
- Grado de la satisfacción de los clientes.
- Resultados de auditorías, acciones correctivas y preventivas.
- Resultados de la revisión por la Dirección.
- Reformulaciones y mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad.

Los registros generados de comunicación interna, son de responsabilidad de cada área o dueño de proceso.

5.9. Gestión de los Recursos

a. Recursos Humanos,

Los requisitos y competencias de los diferentes puestos de trabajo serán definidos por la empresa a través del Manual de Organización y Funciones (Anexo 5).

Por otra parte, los mecanismos de selección e inducción del personal se detallarán en el Procedimiento de Reclutamiento y Selección (Anexo 10-C); Inducción de Personal (Anexo 10-D); Capacitación, Formación y Entrenamiento Del Personal Capacitación (Anexo 10-E).

La Gerencia General y Administrativa, la Gerencia Médica y Jefes de cada área determinarán las competencias necesarias del personal a su cargo y sus requerimientos de capacitación para lograr la satisfacción del cliente y mejorar el desempeño de sus actividades.

Se contará con el procedimiento de inducción de personal con la finalidad de facilitar la incorporación de todo nuevo trabajador, así como para asegurar que dicho personal tenga conocimiento de la importancia de sus actividades dentro de la organización. Esta tarea se realizará de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Inducción.

El área de Recursos Humanos determinara identificara las necesidades de entrenamiento en apoyo de las áreas asistenciales, así mismo se valdrá de la evaluación del desempeño para determinar las capacitaciones a reforzar o a implementar con el objeto de mantener la competencia del personal a través del Plan Anual de Capacitaciones (Anexo 11).

El Gerente General y Administrativo es el encargado de aprobar el Plan de Capacitación Anual y como de asignar las responsabilidades necesarias para la coordinación y el cumplimiento de lo establecido en el plan.

Los registros y/o certificados serán mantenidos por el área de Recursos Humanos para asegurar el cumplimiento de lo programado o lo indicado en los procedimientos.

b. Infraestructura

La Dirección, a través del Gerente General, determinará, proporcionará y mantendrá la infraestructura necesaria para la prestación del servicio con los más altos estándares de calidad.

El Encargado de administración será el responsable y encargado del control y aseguramiento de los tipos de mantenimiento (Anexo 10-F) aplicados en la organización, siendo éstos:

Mantenimiento Preventivo: Evita la paralización por deficiencias de equipo y/o maquinaria, basados en identificar fallas recurrentes para así aumentar el periodo de vida útil y eliminar costos de reparación. Para ello se desarrollará el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo con el formato presentado en el Anexo 12.

Mantenimiento Correctivo: Es un tipo de mantenimiento que se debe evitar ya que soluciona deficiencias que se presentan en equipos y/o maquinas, las cuales no deben de ocurrir si se lleva un adecuado mantenimiento preventivo. Cabe resaltar que este

tipo de mantenimiento debe de darse de manera inmediata a fin de evitar pérdidas económicas que incurran directamente con el servicio brindado.

Por otro lado, todo tipo de mantenimiento realizado dentro o fuera de las instalaciones y bajo el nombre de la clínica deberá ser documentado, con la finalidad de dar seguimiento y constancia de las acciones preventivas y correctivas realizadas.

c. **Ambientes de Trabajo**

Con el fin de proporcionar ambientes de trabajo adecuado para la armonía, satisfacción y bienestar de los trabajadores y clientes, los dueños de procesos y con apoyo del Comité de Seguridad velarán el adecuado uso y disposición de los ambientes en donde se coordinara:

- Condiciones ergonómicas, para actividades desarrolladas en las oficinas y en la planta de producción, establecidas en un Reglamento Interno de Trabajo, con lo cual se pretende prevenir riesgos laborales.
- Condiciones ambientales del trabajo, según las exigencias de las actividades que se desarrollan tomando en cuenta factores como: humedad, luz, ruido, ventilación, entre otros.
- Condiciones de seguridad y métodos de trabajo (procedimientos, instructivos y guías).
- Reuniones de integración (aniversarios, campeonatos deportivos, celebraciones de fechas especiales, etc.) que promueven las interrelaciones del personal.

5.10. Realización del Producto

a. **Planificación de la Realización del Servicio**

Todos los procesos engloban actividades desde la recepción del requerimiento del cliente hasta el egreso de este, para ello la Matriz de Caracterización de Procesos

presentada en el Anexo 7 se determinará el responsable directo, los objetivos, los elementos de entrada y los resultados o salidas de cada proceso, las principales actividades, las unidades o personas involucradas en el proceso, los documentos y registros relacionados, así como los indicadores que miden su desempeño.

Además, se mantendrán registros identificados durante el transcurso de la realización del producto para un mayor detalle del cumplimiento de las actividades ejecutadas por el personal, las no conformidades detectadas, las oportunidades de mejora identificadas, y para la revisión del responsable del proceso.

b. Requisitos Relacionados con los Servicios

Los requisitos relacionados con los servicios están identificados en los contratos del uso del servicio por parte de los clientes, así mismo la empresa debe cumplir normativa legal correspondiente a los centro de salud, en este caso la categoría de hospitales II-I.

Los requisitos tanto de los clientes como requisitos legales deben ser revisados y estudiados con el fin de asegurar la conformidad de estos (se hará uso del registro Matriz de Identificación de Requisitos Legales, Anexo 13). El área Comercial será el encargado de brindar la información y los recursos necesarios para determinar estos requisitos.

c. Comunicación con el Cliente

Se cuenta con la central telefónica y módulo de informes para la atención y disposición con nuestros clientes; así mismo los reclamos del cliente serán atendidos y registrados para su evaluación y revisión con el fin de ejecutar las respectivas acciones correctivas según el reclamo y/o sugerencia.

5.11. Compras

Las áreas de almacén y farmacia serán los encargados de suministrar y asegurar que los productos (materiales e insumos químicos) y/o servicios adquiridos cumplan con los requisitos acordados con los proveedores mediante el Procedimiento de Compras (Anexo 10-G), y Selección y Evaluación de proveedores (Anexo 10-H).

Toda materia prima y/o productos adquiridos será revisados y aprobados por dueños de proceso de estas áreas y en casos particulares con ayuda de los dueños de procesos de otras áreas, siendo responsable de la adquisición de bienes y equipos hospitalarios el área de almacén mientras que para insumos y productos químicos hospitalarios la responsabilidad recaerá en el área de Farmacia.

Ninguna materia prima, insumo, producto, equipo y/o maquinaria será utilizada si no ha sido previamente autorizada por los responsables correspondientes para su ingreso.

5.12. Prestación del Servicio

Las características de la servicio se basan en los requisitos del cliente y los requisitos legales a los cuales se rigen los establecimientos que brindan servicios de salud.

Toda atención es registrada desde los procedimientos de las diferentes admisiones, así como el paso por los diferentes servicios hasta el momento de alta o egreso del usuario, para ello también se cuenta con procedimientos instructivos y otros documentos, que permiten identificar que productos, insumos, equipos médicos, y que personal, fueron participes de la de los servicios brindados.

5.13. Seguimiento y Medición

a. Seguimiento y Medición de los Equipos

El área de administración en conjunto con el apoyo de otras áreas deben identificar las necesidades de calibración de los equipos de inspección, medición y ensayo.

A todo equipo se le asignará un código para su identificación y una posterior calibración. Se colocará al equipo una etiqueta que identificará su estado de control.

Las instrucciones de operación y los datos técnicos de los equipos disponibles para el personal. Los jefes de las áreas deben verificar que los equipos de medición estén funcionando adecuadamente para ser utilizados durante los servicios.

Se establecerá un Procedimiento de Calibración (Anexo 10-I) donde los equipos serán controlados antes de su uso o durante la frecuencia establecida para asegurar que se mantiene el margen de precisión indicado en instrucciones o certificados de calibración.

La calibración será realizada por entidades calificadas por periodos indicados en el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo o cuando sea requerida por los jefes de producción y calidad.

Los registros de calibración serán conservados para demostrar que los equipos se encuentran en el grado de exactitud requerido. Estos registros permitirán establecer frecuencias de calibración y confiabilidad de la operación.

b. **Seguimiento y Medición de los Procesos**

Con el propósito de dar mantener un control de los procesos se identifican los procesos las medidas de control para estos y los responsables de efectuar dichos controles. Así mismo para llevar un mejor control del seguimiento y medición se utiliza la Matriz de Caracterización (Anexo 7).

Del mismo modo para llevar el control se utiliza el Plan del Sistema de Gestión de Calidad (Tabla 6), en donde se establece los indicadores para los procesos principales.

Todo lo anteriormente mencionado con el fin de dar seguimiento, control y de mejora continua a los procesos involucrados en el SGC

5.14. Control de Servicio No Conforme

El área del Sistema Integrado de Gestión tiene la responsabilidad de identificar los servicios no conformes, dar solución a estos según lo descrito en el procedimiento de Servicio No Conforme.

El Reporte de No Conformidades (Anexo 14) se utilizará para la recolección de información, análisis, tratamiento y seguimiento de la no conformidad.

5.15. Auditorías Internas

Se crea el Procedimiento de Auditoria Interna (Anexo 10-J), en la cual se especifica los criterios a utilizar, metodología, selección de auditores y frecuencia a realizar las auditorias, en la misma se especifica la utilización de personal interno y/o externo para el cumplimiento del programa de auditorías.

El Gerente General y Administrativo es el responsable de aprobar el Plan Anual de Auditorías Internas (Anexo 15) y posteriormente comunicado a las distintas áreas y dueños de proceso para su ejecución.

Para dar ejecución a las Auditorías Internas se comunica a las áreas el Programa de Auditoria (Anexo 16) en donde se especifica los criterios a auditar, el alcance, el equipo auditor y el cronograma de actividades. el alcance de la auditoria de la auditoria programada

El personal que conforma al equipo auditor debe poseer la formación y calificación demostrada para auditar elementos de la norma ISSO 9901:2008 y teniendo en cuenta que los auditores internos solo podrán auditar áreas y/o procesos en los cuales se encuentren directamente involucrados.

Todo hallazgo identificado durante las auditorías será documentado e informadas a los responsables del área auditada para la aplicación de medidas correctivas y ser verificadas en auditorías de seguimiento.

Toda auditoría realizada contara con un Informe de Auditoría (Anexo 17) el cual está a disposición para su revisión por parte de la Gerencia General y Administrativa.

5.16. Análisis de Datos

Para determinar la eficiencia del SGC e identificar puntos a mejorar, se tomara data brindada por los dueños y personal directamente relacionado con el SGC y lograr demostrar la eficiencia del sistema y su mejora.

Toda información levantada y evaluada es utilizada para diagnosticar la situación actual, la misma que es presentada a la dirección para la toma de planes estratégicos y de mejora.

5.17. Mejora Continua y Actualización

La organización con el objeto de contribuir con el compromiso de la mejora continua se sirve del siguiente mecanismo:

- Política, objetivos y metas de calidad
- Resultados de las auditorías internas
- Análisis de datos
- Acciones correctivas y preventivas
- Revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Dirección

Toda la documentación referente al Sistema de Gestión de Calidad debe ser periódicamente revisada y/o actualizada según sea el caso por los responsables de los diferentes procesos.

Los documentos serán modificados y aprobados según lo indique el procedimiento de Control de Documentos y el Representante del Sistema de Gestión de Calidad verificará que la documentación vigente sea comunicada y asegurarse que los colaboradores usen las versiones más recientes.

5.18. Acciones Correctivas y Preventivas

Se establece el Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (Anexo 10-K), en este procedimiento se definirán los requisitos para:

- Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas y/o reclamos de los clientes).
- Determinar las causas de la no conformidad.
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para evitar su recurrencia.
- Determinar e implantar acciones correctivas /preventivas necesarias.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar la implementación y efectividad de las acciones tomadas.

En los Anexo 18 se exponen el Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas según lo establecido anteriormente, utilizando el Análisis de Causa Raíz (Anexo 19) para determinar la acción a tomar para dar solución al hallazgo encontrado.

5.19. Revisión por la Dirección

La revisión es dada de manera conjunta entre el Representante de la Alta Dirección, la Gerencia General y Administrativa, el Jefe del Sistema Integrado de Gestión y el Comité de Calidad, una vez al año, luego de haber cumplido con el Plan Anual de Auditorías Internas para determinar y evaluar oportunidades de mejora y dar a conocer las necesidad de realizar cambios en el SGC incluyendo política, objetivos y metas, para esto se deberá contar con:

- Informes de auditorías internas y externas
- Retroalimentación del cliente

- Desempeño de los procesos
- Acciones correctivas y preventivas
- Seguimiento de revisiones por la Dirección
- Cumplimiento de política y objetivos
- Recomendaciones para la mejora
- Cambios que puedan afectar al SGC

Como resultado de cada revisión por parte de la Dirección se pretende mejorar la eficiencia del SGC, el cumplimiento de los requisitos del cliente, cumplimiento con las normas legales y la mejora de los recursos para el SGC; para ello se utiliza el Acta de Revisión (Anexo 20) en donde se establece las acciones tomadas y el compromiso por parte de las partes involucradas.



CAPITULO VI

6. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

6.1. Plan de Implementación

Para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se ve por conveniente contratar al Jefe del Sistema Integrado de Gestión con el objeto de asumir la responsabilidad de dar efecto a la implementación así como la orientación necesaria a la organización.

Para la implantación se dará las siguientes pautas:

a. **Planificación y Presentación del Proyecto**

Se da inicio con el compromiso de la Dirección plasmada en la Política del Sistema Integrado de Gestión, a partir de ello se defino los objetivos de calidad, el alcance del sistema y el análisis de los procesos.

Se identifican los principales procesos, y son representados en la Anexo 6, a partir de ello se crea el Plan del Sistema de Gestión de Calidad, representado en la Tabla 6, colocándose indicadores y metas a alcanzar por cada proceso siendo estos los más resaltantes para brindar un servicio de Calidad, para ello se ha llenado la Matriz de Caracterización Anexo 7 con la información necesaria y referente a los procesos incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

Se desarrolla la Anexo 4, donde se exponen los documentos en general a ser creados por la empresa acorde con los requisitos de la norma ISO 9001:2008; y se elaborada el diseño del Manual de Organización y Funciones (Anexo 5) para ser llenado por la empresa.

Para finiquitar, se realiza el Diagnóstico Inicial para el desarrollo de estrategias, solución de deficiencias para el cumplimiento de todos los requerimientos de la norma ISO 9001:2008.

Para la presentación del proyecto el Gerente General y Administrativo con el consentimiento del Presidente del Directorio, presenta y sustenta el proyecto a los miembros de la Dirección para lograr su aprobación. Así mismo, durante esta presentación se tomará nota de las observaciones, comentarios y sugerencias que puedan surgir.

Una vez aprobado el proyecto por la Dirección, se procede a designar al Jefe del Sistema Integrado de Gestión quien en conjunto con el Gerente General y Administrativo, presentan detalladamente el proyecto al Equipo de Calidad elegido, y se les comunicará la política, los objetivos y alcance de la empresa para su difusión a todo el personal mediante los medios de comunicación adecuados: correo electrónico, paneles informativos, boletines, revistas, entre otros.

Los principales objetivos en esta etapa son:

- Presentar y sustentar los conceptos referentes al Sistema de Gestión de Calidad para su aprobación.
- Presentar a la organización el equipo que trabajará en la definición e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Motivar al personal para lograr su máxima colaboración con el proyecto.
- Definir los canales de comunicación para aportación de sugerencias: correo electrónico, buzón de sugerencias, reuniones semanales, entre otros.

b. **Planificación**

Se determina y desarrollan los métodos, tareas, tiempos, responsabilidades, funciones y estándares requeridos en el Sistema de Gestión de Calidad.

El Jefe del Sistema Integrado de Gestión gestiona plan para la implementación del proyecto que determina las actividades a seguir, su secuencia y estrategias para su consecución, el cual será revisado por el Gerente General y Administrativo y Aprobado el Presidente del Directorio.

El Jefe del Sistema Integrado de Gestión identifica al personal de la empresa para asignar responsabilidades y funciones como miembros del comité de calidad para la implementación y el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, así mismo con ayuda del Gerente General y Administrativo se designan a los Auditores Internos para su respectiva capacitación.

c. **Documentación e Implementación**

El inicio de la Implementación es comunicada por el Gerente General y Administrativo al comité de calidad, con el objeto de que cada área y/o proceso y en apoyo del Sistema Integrado de Gestión se proceda a elaborar la documentación necesaria para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, para una posterior distribución, mantenimiento y puesta en marcha de dichos documentos.

Es responsabilidad del Jefe del Sistema Integrado de Gestión comunicar el avance del proyecto y en conjunto con el equipo de calidad verificar y controlar el cumplimiento de lo establecido en la documentación.

d. **Verificación y Mejora Continua**

Para asegurar la eficiencia y evaluar el grado de implementación del Sistema de Gestión de Calidad se elabora Plan Anual de Auditoría Interna (Anexo 15), el cual es elaborado por el Jefe del Sistema Integrado de Gestión y aprobado por la Gerencia General y Administrativa.

El Plan Anual de Auditoría Interna será comunicado a todo el personal involucrado desde las personas auditadas hasta los mismos auditores quienes serán organizados por el Jefe del Sistema Integrado de Gestión para llevar cumplimiento con el Plan Anual de Auditoría Interna programada.

A partir de las auditorías se determinarán los Hallazgos luego proceder con la subsanación y/o mejora de las mismas a partir de acciones correctivas y preventivas. Así mismo se recopila y analiza la información referente al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan del Sistema de Gestión de Calidad.

Para contribuir con la Mejora Continua del Sistema de Gestión de Calidad se identifican e implementan las acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora al sistema.

El Jefe del Sistema Integrado de Gestión da seguimiento, fija la efectividad y estado de los planes de mejora para enviar el reporte global a la Gerencia General y Administrativa.

e. **Certificación**

Si todo marcha bien y no existe mayores inconvenientes en las auditorías internas se puede optar por la certificación a través de una empresa certificadora competente y reconocida.

En primer lugar la Gerencia General y Administrativa junto al Jefe del Sistema Integrado de Gestión deben planificar la acreditación y presentar la propuesta a la Dirección para su aprobación. Una vez aprobada se da inicio a que el entre certificador seleccionado realice la auditoría de pre-certificación.

Con los resultados obtenidos se procede a registrar y corregir los hallazgos encontrados durante la pre-auditoría de certificación, para ello el equipo de calidad instala las

medidas correctivas y preventivas para la mejora del sistema, las cuales son presentadas al Presidente del Directorio para dar conformidad y autorizar la ejecución de la auditoría de certificación del SGC por el organismo certificador.

En la Tabla 7 se presenta el Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Nota: El Jefe del Sistema Integrado de Gestión en apoyo del Gerente General y Administrativo y en coordinación con el área de Recursos Humanos tiene la responsabilidad de brindar cursos de sensibilización y formación correspondientes al Sistema de Gestión de Calidad tales como:

- Curso 1: Interpretación de los requisitos ISO 9001:2008.
- Curso 2: Gestión por Procesos y documentación del SGC.
- Curso 3: Formación de Auditores Internos.
- Curso 4: Acciones para el mantenimiento y mejora del SGC.

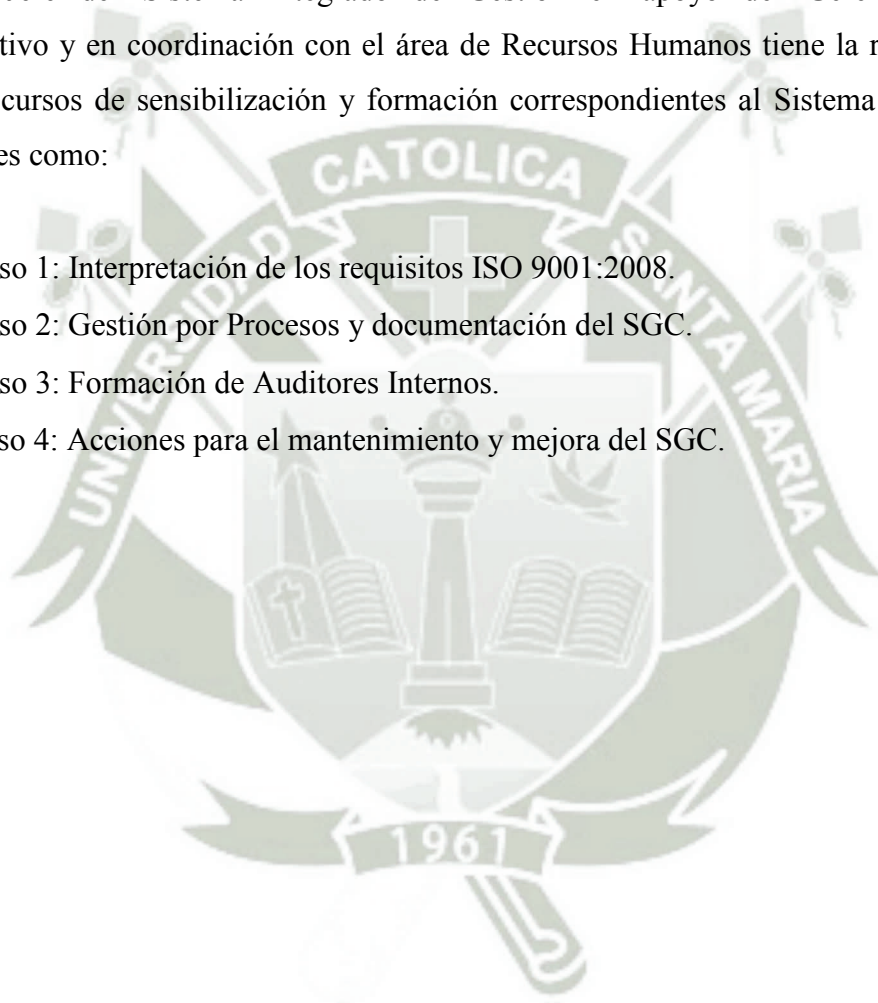


Tabla 7: Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad

FASE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	OBJETIVO	ESTRATEGIA
FASE A PLANIFICACION DEL PROYECTO Y PRESENTACIÓN				
A.1	Ejecución del diagnóstico inicial	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Verificar el estado de la organización	Entrevistas y revisión de la situación actual de la empresa
A.2	Elaboración del plan de implementación del proyecto	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Aprobación del proyecto	Informe que sustente por qué se debe iniciar el proyecto
A.3	Presentación y sustentación del proyecto al Directorio	Gerencia General y Administrativa	Aprobación del proyecto	Reunión para la presentación del proyecto
A.4	Presentación del proyecto al equipo de calidad	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Establecer responsables, responsabilidades y requisitos a cumplir	Reuniones y comunicaciones para la presentación del proyecto
A.5	Desarrollo del Curso 1: Interpretación de los requisitos ISO 9001:2008	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Formación y Sensibilización en temas de la ISO 9001:2008	Jornadas de capacitación y sensibilización
FASE B PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD				
B.1	Formalizar la designación del representante de la dirección (RD) y conformación del comité de la calidad	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Formalizar el comité de calidad y sus responsabilidades	Reunión, actas y memorándum que ratifiquen las responsabilidades asignadas
B.2	Determinación del Alcance del SGC	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Determinar los procesos principales y exclusiones de los requisitos de la norma ISO 9001:2008	Evaluación de los procesos involucrados y de requisitos excluyentes a la organización
B.3	Revisión y adecuación del Mapa de Procesos	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Identificar los procesos principales, de soporte y gestión de valor	Evaluación de los procesos involucrados
B.4	Revisar estructura organizacional	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Actualizar el sistema organizacional	Trabajo conjunto con recursos humanos para establecer rangos y responsabilidades en la organización
B.5	Identificación del cliente del SGC	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Conocer quiénes son nuestros clientes	Trabajo con el área comercial para identificar nuestros clientes
B.6	Determinar los requisitos del cliente	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Cumplir con requisitos mínimos del cliente	Crear matriz de identificación de requisitos

FASE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	OBJETIVO	ESTRATEGIA
B.7	Difundir la política del SGC	Directorio, Gerencia General y Administrativa, y Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Dar a conocer y concientizar sobre los compromisos asumidos por la Dirección	Mediante paneles, correo electrónico, capacitaciones, boletines, etc.
B.8	Determinar objetivos y metas para el SGC	Gerencia General y Administrativa, y Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Establecer dirección e indicadores de mejora del sistema de gestión de calidad	Trabajo con el comité de calidad uso de matriz de caracterización
B.9	Elaborar programas de gestión (para el logro de los objetivos y metas)	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Determinar la forma de alcanzar los objetivos y metas	Trabajo con el comité de calidad
B.10	Determinar / validar exclusiones del SGC	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Determinar que requisitos de la norma son excluyentes de la organización	revisión de los requisitos que son excluyentes de la norma ISO 9001:2008
B.11	Identificación y evaluación del cumplimiento de los requisitos legales (RL)	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Identificar leyes, normas y otros que aplican a la organización	matriz de identificación de requisitos legales aplicables a la organización
FASE C DOCUMENTACION E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD				
C.1	Desarrollo del curso 2: Gestión por Procesos y documentación del SGC	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Formación y Sensibilización en la importancia de los procesos y de las herramientas documentarias	Jornadas de capacitación y sensibilización
C.2	Elaboración, a adecuación y socialización de procedimiento y otros documentos	Comité de Calidad	Preparar las herramientas documentarias para la implementación	Entrevistas para el levantamiento de información
C.3	Formalizar el inicio del funcionamiento del SGC	Comité de Calidad	Dar a conocer que se tiene las herramientas documentarias necesarias para el óptimo desempeño del Sistema de Gestión de Calidad	Entrevistas para el levantamiento de información
C.4	Desarrollo del curso 3: Formación de Auditores Internos	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Formación y Sensibilización para auditar de manera eficiente el sistemas en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008	Jornadas de capacitación y sensibilización
FASE D VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD				
D.1	Revisión del cumplimiento de requisitos legales (por muestreo)	Comité de Calidad	Verificar el cumplimiento legal aplicable a la organización	auditorías internas e inspecciones
D.2	Verificación de la realización y análisis de la evaluación de la satisfacción del cliente	Comité de Calidad	Verificar la eficiencia del sistema	auditorías internas e inspecciones

FASE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	OBJETIVO	ESTRATEGIA
D.3	Verificación de la implementación de los procedimientos del SGC	Comité de Calidad	Verificar que se usan adecuadamente las herramientas documentarias	auditorías internas e inspecciones
D.4	Levantamiento de observaciones producto de las verificaciones	Comité de Calidad	Verificar que existe la mejora continua en el sistema	auditorías internas e inspecciones
D.5	Desarrollo del curso 4: Acciones para el mantenimiento y mejora del SGC	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Formación y Sensibilización para desarrollar mecanismos que busquen soluciones para la mejora continua	Jornadas de capacitación y sensibilización
D.6	Realización de la auditoría interna (hasta la emisión del informe)	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Identificar oportunidades de mejora	Recopilación de la información levantada durante la auditoría
D.7	Emisión de acciones correctivas y preventivas producto de la auditoría interna	Comité de Calidad	Identificar el compromiso con la mejora continua	Métodos para hallar la causa raíz de un hallazgo
D.8	Elaboración del informe de entrada para la Revisión de la Dirección (RD)	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Reportar las oportunidades de mejora	Recopilación de información a partir de las auditorías e inspecciones realizadas
D.9	Realización de la Revisión por la Dirección (RD)	Directorio	Identificar oportunidades de nuevas mejoras	Reunión por la Dirección
D.10	Elaboración del informe de salida de la Revisión por la Dirección	Directorio	Dar a conocer los nuevos compromisos de la dirección en función a la mejora continua	Reunión por la Dirección
FASE E				
AUDITORIA DE CERTIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION				
E.1	Auditoria de certificación	Ente Certificador	Lograr la certificación en ISO 9001:2008	Solicitar auditoría por ente certificador

Fuente: Elaboración Propia

6.2. Cronograma de Actividades

Según lo establecido en el plan de implementación se elaborará el Cronograma de Implantación del Sistema de Gestión de Calidad (Anexo 21) para el seguimiento de actividades previas, durante y después de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

El horizonte estimado del proyecto es de 65 semanas, las cuales abarcan las cuatro fases o etapas para la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta que la quinta fase (auditoria de certificación) es opcional para la empresa si esta desea ser certificada.

6.3. Programa de Auditorias

Las auditorias son programadas por el Jefe del Sistema Integrado de Gestión en colaboración con el equipo de calidad y una vez programada se eleva a la Gerencia General y Administrativa para su aprobación.

Las auditorías internas se realizaran a los tres meses después de haberse implementado el Sistema de Gestión de Calidad, para luego realizarlas de manera mensual por dos meses más y así considerar si se está listo o no para una auditoria de certificación.

6.4. Certificación

a. Alcance de la Certificación

Define claramente los principales procesos involucrados para la prestación del producto o servicio y los requisitos excluidos de la norma ISO 9001:2008.

b. Empresas Certificadoras

Para la conseguir la certificación se cuenta con las siguientes empresas certificadoras: AENOR, SGS del Perú, Bureau Veritas, e IRAM, las cuales cumplen con los conceptos básicos a la hora de elegir un organismo certificador tales como:

- Neutralidad.
- Que este acreditado.
- Costos del proceso de certificación.
- Tipos de servicios que ofrece: cursos de capacitación, realización de auditorías preliminares, entre otros.
- Relación contractual y condición del evaluador respecto a la empresa evaluadora.
- Fecha en que se realizará las evaluaciones y seguridad de la capacidad de la organización certificadora de cumplir con las mismas.

c. Documentación

La documentación necesaria es pedida por el ente certificador por lo menos con un mes de anticipación la cual incluye:

- Manual de Calidad.
- Manual de Organización y Funciones.
- Diagrama Organizacional.
- Política y Objetivos de la Empresa.
- Resultados de las Auditorías Internas.
- Acciones Correctivas y Preventivas.
- Documento de Revisión por la Dirección
- Cualquier otro documento solicitado por el ente certificador

d. Esquema Metodológico

1.- Auditoria de Pre-Certificación: Evalúa ubicación, áreas de trabajo, desempeño del personal y gestión y determina el grado de preparación. Así mismo evalúa los resultados de las auditorías internas para determinar si cumplen con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 para así planificar la auditoria de certificación.

2.- Auditoria Inicial de Certificación: Visita las instalaciones y analiza si el Sistema de Gestión de Calidad de la organización cumple con los requisitos establecidos en la norma, para lo cual genera un informe de auditoría donde se señalan los hallazgos encontrados para lo cual la empresa tiene un mes para el levantamiento de estas.

Luego de ello la empresa certificadora determinara si otorga o no si el resultado es favorable para la empresa, entregado el certificado con un periodo de vigencia de tres años y a la cual se somete a la organización de auditorías de seguimiento de manera anual.

3.- Auditoria de Seguimiento: Las auditorias de seguimiento sirven a las entidades certificadoras para verificar que el Sistema de Gestión de Calidad se mantiene.

4.- Auditoria de Renovación: Antes de la caducidad del certificado se realiza la renovación del mismo para la cual se realiza nuevamente una auditoria para verificar el correcto cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008.

6.5. Resultados Esperados de la Implementación

Con el Sistema de Gestión de Calidad implementado incluyendo auditorías internas y la certificación se pretende obtener el crecimiento global de la empresa, a través de la mejora en:

- El compromiso del Directorio.
- La claridad del enfoque de la empresa.
- El control de los procesos.
- La comunicación con los clientes.

- La organización, las funciones y sus responsabilidades
- Capacitaciones del personal.
- La comunicación interna.
- El proceso de compra.
- La evaluación de los proveedores.
- La selección del personal.
- Las auditorias de mejora.
- Las acciones correctivas y preventivas de mejora.

A continuación se muestra el cuadro comparativo entre el antes y el después de desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad (Tabla 8)

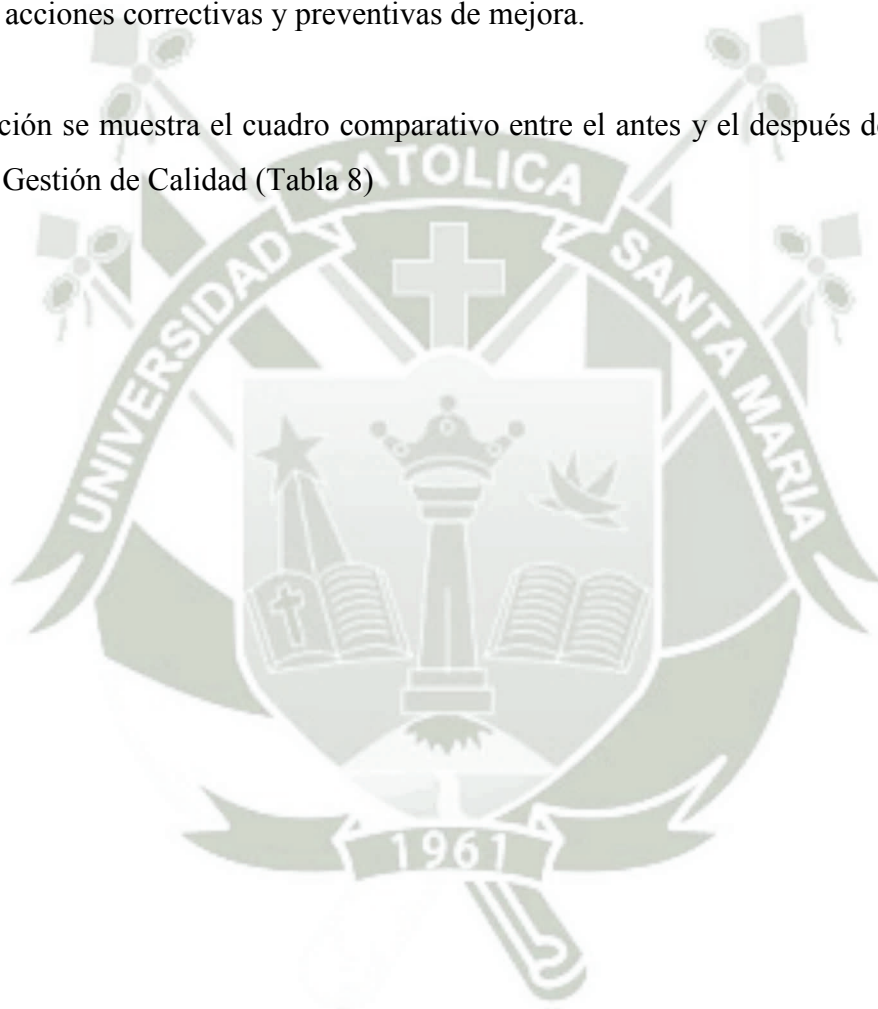


Tabla 8: Cuadro Comparativo entre el Antes y el Después de Desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad

Proceso	Objetivo	Indicador General	Formula	Meta Actual	Meta Propuesta	Seguimiento
Admisión Hospitalaria	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 30min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	70%	95%	Mensual
Admisión de Emergencia	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	80%	95%	Mensual
Admisión de Consultorios Externos	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	70%	95%	Mensual
Emergencia	Asegurar que el tiempo de registrar el altas por los médicos sea el menor posible	Tiempo de espera de dar el Alta	Tiempo de Espera en Registrar el Alta < 5min*100 ----- Nro total de Altas	80%	95%	Quincenal
Neonatología	Evitar el contagio de enfermedades entre neonatos	Porcentaje de Neonatos Infectados	Nro de Neonatos Infectado*100 ----- Nro total de Neonatos Ingresados	8%	0%	Trimestral
Hospitalización	Asegurar que las altas dadas por los médicos tratantes sean horarios correspondientes	Porcentaje de cumplimiento o de los horarios de Altas	Nro de Altas dadas a Tiempo*100 ----- Nro total de Altas	75%	95%	Quincenal
Centro Quirúrgico	Asegurar que las operaciones programadas se cumplan dentro de lo establecido	Porcentaje de cumplimiento o del programa de Cirugías	Nro de Cirugías Ejecutadas*100 ----- Nro de Cirugías Programadas	80%	95%	Quincenal
Unidad de Cuidados	Evitar el contagio de enfermedades entre	Porcentaje de Pacientes	Nro de Pacientes Infectados *100 -----	8%	0%	Trimestral

Proceso	Objetivo	Indicador General	Formula	Meta Actual	Meta Propuesta	Seguimiento
Intensivos	pacientes	Infectados	Nro total de Pacientes Ingresados			
Consultorios Externos	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 30 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	70%	95%	Mensual
Farmacia	Asegurar la calidad de los insumos hospitalarios adquiridos	Porcentaje de Proveedores Calificados	$\frac{\text{Nro de Proveedores Calificados} * 100}{\text{Nro de Proveedores Evaluados}}$	80%	95%	Semestral
Laboratorio	Entregar a tiempo las facturas de los exámenes de laboratorio	Tiempo de entrega de las facturas	$\frac{\text{Nro de Facturas entregadas a Tiempo} * 100}{\text{Nro de Facturas entregadas}}$	75%	95%	Mensual
Imagenología	Entregar a tiempo las facturas de los exámenes de Imagenología	Tiempo de entrega de las facturas	$\frac{\text{Nro de Facturas entregadas a Tiempo} * 100}{\text{Nro de Facturas entregadas}}$	85%	95%	Mensual
Medicina Física y Rehabilitación	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 30 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	80%	95%	Mensual
Inyectables	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 15 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	80%	95%	Mensual
Vacunación	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	$\frac{\text{Tiempo de Espera del Cliente} < 30 * 100}{\text{Nro total de Clientes Atendidos}}$	75%	95%	Mensual

Proceso	Objetivo	Indicador General	Formula	Meta Actual	Meta Propuesta	Seguimient 0
Nutrición	Asegurar la calidad en las dietas para los pacientes	Satisfacción del Cliente	Nro de Pacientes Satisfechos*100 ----- Nro de Clientes Encuestados	90%	95%	Mensual
Recursos Humanos	Capacitar al Personal según los requerimientos de la empresa	Capacitación Programada	Nro de Cursos realizados*100 ----- Nro de Cursos planificados	75%	100%	Annual
Administración	Dar mantenimiento preventivo a todos los equipos de la empresa	Mantenimiento Preventivo Programado	Nro de Equipos con mantenimiento*100 ----- Nro de Equipos programados	70%	100%	Annual
Almacén	Asegurar la calidad de los equipos y bienes no hospitalarios adquiridos	Porcentaje de Proveedores Calificados	Nro de Proveedores Calificados*100 ----- Nro de Proveedores Evaluados	80%	90%	Semestral
Cobranzas y Cajas	Asegurar que el tiempo de espera del paciente/cliente sea el menor posible	Tiempo de espera	Tiempo de espera del cliente < 15min *100 ----- Nro total de Clientes Atendidos	80%	95%	Mensual
Sistemas Informáticos	Dar mantenimiento preventivo a todos los equipos informáticos de la empresa	Mantenimiento Preventivo Programado	Nro de Equipos con mantenimiento*100 ----- Nro de Equipos programados	75%	100%	Semestral
Historias Clínicas	Entregar a tiempo las historias clínicas para la atención apropiada del cliente	Tiempo de entrega de la Historia clínica	Nro de Historias entregadas*100 ----- Nro de Historias solicitadas	75%	90%	Mensual
Informes y Central Telefónica	Asegurar que se brinda la información oportuna y necesaria a los clientes	Satisfacción del Cliente	Nro de Encuestas Positivas*100 ----- Nro total de encuestas Realizadas	90%	95%	Mensual
Comercial	Aumentar la satisfacción del cliente a través de la Mejora	Satisfacción del Cliente	Nro de Pacientes Satisfechos*100 ----- Nro de Clientes Encuestados	85%	95%	Mensual

Proceso	Objetivo	Indicador General	Formula	Meta Actual	Meta Propuesta	Seguimiento
Auditoria Medica	Aumentar la satisfacción del cliente a traves de la mejora continua de los procesos	Satisfacción del Cliente	Nro de Expedientes Devueltos*100 ----- Nro de Expedientes Enviados a Aseguradoras	90	95%	Mensual
Auditoria Interna	Auditar a las areas de la empresa en temas administrativos	Auditorias Programada	Nro de Auditorias ejecutadas*100 ----- Nro de Auditorias planificados	90%	95%	Annual
		Auditorias Programada	Nro de Auditorias ejecutadas*100 ----- Nro de Auditorias planificados	0%	100%	Annual
Sistemas Integrados de Gestión	Compromiso de mantener y cumplir el Sistema de Gestión de Calidad	No conformidad es solucionadas	Nro de no conformidades solucionadas*100 ----- Nro de no conformidades halladas	0%	95%	Annual
		Requisitos Identificados	Nro de requisitos cumplidos*100 ----- Nro de requisitos identificados	60%	100%	Annual

Fuente: **Elaboración Propia**

CAPITULO VII

7. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN

7.1. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN

Los costos de implementación son aquellos incurridos durante los 16 meses y divididos en las cuatro fases (Planificación del Proyecto, Planificación del Sistema de Gestión, Documentación del Sistema de Gestión y Verificación del Sistema de Gestión), para lo cual se ha de generar un costo de S/113,902.00 (Costo de Inversión en Recursos Humano + Costo de Inversión en Equipos, Material e Insumos + Costo de Inversión en Capacitación), el cual es detallado en los siguientes tres ítems:

A) Costo de Inversión en Recursos Humano

- Sueldos = S/.96,000.00

Jefe del SIG	$S/.3,000.00 \times 16 \text{ meses} = 48,000.00$
Asistente SIG 1	$S/.1,500.00 \times 16 \text{ meses} = 24,000.00$
Asistente SIG 2	$S/.1,500.00 \times 16 \text{ meses} = 24,000.00$

- Gratificaciones = S/.16,000.00

Jefe del SIG	$2,667.00 \times 2.667 = S/.8,000.00$
Asistente SIG 1	$1,500.00 \times 2.667 = S/.4,000.00$
Asistente SIG 2	$1,500.00 \times 2.667 = S/.4,000.00$

*El factor 2.667 es el número proporcional de gratificaciones que se recibe en un periodo de 16 meses, ya que por año se recibe 2 gratificaciones por ley.

- Total de Costos de Inversión en Recursos Humano = S/.112,000.00

Sueldos = S/.96,000.00

Gratificaciones = S/.16,000.00

B) Costo de Inversión en Equipos, Material e Insumos.

- Equipos = S/.250.00

Epson LP 350 = S/.250.00

- Papel = S/.11.50

Por procedimiento principal: 51 juegos*1 hojas/juego = 51 hojas

Area/Proceso	Documento	N° de Juegos	Total
Admisión de Consultorio Externo y Emergencia	P-AE-01 Admisión de Emergencia	2	22
	P-AC-01 Admisión Consultorio Externo	2	22
	P-AC-02 Control Previo de Admisión de Emergencia y Consultorio Externo	2	22
Admisión de Hospitalización	P-AH-01 Admisión de Hospitalización	2	22
	P-AH-02 Control Previo Hospitalización	2	22
Emergencia	P-EM-01 Emergencia	2	22
	P-EM-02 Referencia y Contra referencia	6	66
Hospitalización	P-HO-01 Atención al Paciente de hospitalización	5	55
	P-HO-02 Inyectables	2	22
	P-HO-03 Vacunación	2	22
Centro Quirurgico	P-CQ-01 Gestión de Esterilización	2	22
	P-CQ-02 Atención de Pacientes de Centro Quirurgico	2	22
	P-CQ-03 Anestesia	2	22
UCI	P-UC-01 Atención de Pacientes en UCI	2	22
Neonotología	P-NE-01 Atención en Neonotología	2	22
Farmacia	P-FA-01 Evaluación de Proveedores - Farmacia	2	22
	P-FA-02 Compras, Devoluciones, Canjes y Bajas de Productos - Farmacia	2	22
	P-FA-03 Almacenamiento - Farmacia	2	22
	P-FA-04 Dispensación Farmacia	2	22
Imagenología	P-IM-01 Procedimiento de Rayos X	2	22
	P-IM-01 Procedimiento de Ecografía	2	22
Nutrición	P-NT-01 Nutrición y Dietética	2	22
Total Procedimientos		51	561

Por procedimiento estratégico y de apoyo: 37 juegos*5 hojas/juego = 185 hojas

Area/Proceso	Documento	N° de Juegos	Total
Recursos Humano	P-RH-01 Reclutamiento y Selección de Personal	1	5
	P-RH-02 Inducción de Personal	1	5
	P-RH-03 Capacitación Formación y Entrenamiento de Personal	1	5
Administración	P-AD-01 Mantenimiento	2	10
	P-AD-02 Calibración	2	10
	P-AD-03 Compras de Almacén - Administración	1	5
	P-AD-04 Selección y Evaluación de Proveedores - Administración	1	5
	P-AD-05 Gestión de Almacenes - Administración	1	5
	P-AD-06 Limpieza	2	10
	P-AD-07 Lavandería	2	10
	P-AD-08 Historias Clinicas	2	10
	P-AD-09 Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios	2	10
Cobranza y Cajas	P-CN-01 Cobranzas y Cajas	1	5
Sistemas Informaticos	P-SI-01 Mantenimiento de Equipos de Computo	1	5
Comercial	P-CM-01 Gestión de Ventas	2	10
	P-CM-02 Gestion de Quejas y Reclamos	2	10
	P-CM-03 Medición de la Satisfacción del Cliente	1	5
	P-CM-04 Informes	2	10
Sistema Integrado de Gestión	P-SG-01 Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión	1	5
	P-SG-02 Control de Registros del Sistema Integrado de Gestión	1	5
	P-SG-03 Auditoría Interna de Gestión de Calidad - ISO 9001	1	5
	P-SG-04 Acciones Preventivas y Correctivas	1	5
Auditoria Medica	P-AM-01 Auditoria de Calidad en Atención en Salud	1	5
	P-AM-01 Auditoria de Expedientes	1	5
Gerencia Medica	P-GM-01 Control de Producto No Conforme	1	5
Gerencia General y Administrativa	P-GG-01 Comunicación Interna y Externa	1	5
	P-GG-02 Contratación de Servicios Medicos	1	5
	P-GG-03 Revisión por la Dirección	1	5
Total Procedimientos		37	185

Nota: El promedio de hojas por procedimiento centrales es de 11, y el promedio de hojas para procedimientos estratégicos y de apoyo son de 5 hojas.

El total de hojas a utilizar en los procedimientos es de 746 (561 hojas en procedimientos principales + 185 hojas en procedimientos estratégicos y de apoyo), por ende se debe adquirir 1 millar de hojas, el cual tiene un costo de S/.11.50

- Tinta = S/.100.00

El Cartucho de tinta Negra rinde 300 páginas y cada cartucho cuestan S/.20.00

Se tiene que imprimir 746 hojas lo que equivale 1492 páginas.

$$\Rightarrow 1492 \text{ paginas} / 300 \text{ paginas} * \text{cartucho} = 4.97 \Rightarrow 5 \text{ cartuchos}$$

$$\Rightarrow 5 \text{ cartuchos} * S/.20.00/\text{cartucho} = S/.100.00$$

- Total de Costos de Inversión en Inversión en Equipos, Material e Insumos = S/.361.50

Equipos = S/.250.00

Papel = S/.11.50

Tinta = S/.100.00

C) Costo de Inversión en Capacitación

- Capacitación 1 = S/.587.4

PPT físico: 22 uni. * S/ 1.30/uni. = S/. 28.6

Norma ISO 9001: 22 uni. * S/3.40 = S/.74.80

Norma ISO 9000: 22 uni. * S/3.00 = S/.66.00

Break día 1: 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

Break día 2: 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

- Capacitación 2 = S/.242.5

Papelotes: 10 uni. * S/.0.40/uni. = S/.4.00

Plumones: 5 uni. * S/.1.50/uni. = S/.7.50

PPT físico: 22 uni. * S/1.00 = S/. 22.00

Break 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

- Capacitación 3 = S/.464.2

PPT físico: 22 uni. * S/ 2.10/uni. = S/. 46.20

Break día 1: 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

Break día 2: 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

- Capacitación 4 = S/.246.4

PPT físico: 22 uni. * S/ 1.70/uni. = S/.37.40

Break día 1: 22 uni. * S/.9.50/uni. = S/.209.00

- Total de Costos de Inversión en Costo de Inversión en Capacitación = S/.1540.50

Capacitación 1 = S/.587.4

Capacitación 2 = S/.242.5

Capacitación 3 = S/.464.2

Capacitación 4 = S/.246.4

*Los costos del capacitador están incluidos dentro del salario mensual del Jefe del SIG, ya que este posee las habilidades y conocimientos necesarios y certificados para llevar a cabo los cursos de capacitación para el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.

7.2. COSTOS DE CERTIFICACIÓN

Los costos de certificación dependen de la entidad certificadora quien evaluará el tamaño de la empresa, número de procedimientos y el tiempo necesario de auditoría, por ello se entrega la siguiente información:

-Razón Social de la Empresa:

Clínica Arequipa S.A.

-R.U.C. de la Empresa:

20100207941.

-Alcance:

Procesos Principales: Admisión, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Neonatología, Centro Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación, Imagenología, Farmacia, Inyectables, Vacunación, y Nutrición.

Procesos de Apoyo: Recursos Humanos, Administración, Almacén, Cobranza y Cajas, Sistemas Informáticos, Historias Clínicas, e Informes y Central Telefónica.

Procesos Estratégicos: Comercial, Sistemas Integrados de Gestión, Auditoría Médica, Gerencia General y Administrativa, y Gerencia Médica.

-Número de Procedimientos:

Un total de 50 procedimientos; lo cual incluye 22 procedimientos principales, 14 procedimientos estratégicos y 14 procedimientos de apoyo.

-Número de Personas:

Se tiene un promedio de 272 colaboradores contratados.

Las empresas certificadoras a tomarse en cuenta para la certificación son AENOR, SGS del Perú, Bureau Veritas, e IRAM las cuales detallan el servicio a brindar y el costo de la certificación por cada una de ellas:

AENOR S/.16,851.34

-Equipo Auditor:

- 01 Especialista en normas de Salud.
- 01 Especialista en procesos médicos.
- 02 Especialistas en norma ISO.

-Tiempo de Auditoría Pre-liminar:

-02 Días.

-Tiempo de Auditoría Certificadora:

-05 Días.

SGS del Perú S/.17, 382.92

- Equipo Auditor:
 - 01 Especialista en normas de Salud.
 - 02 Especialistas en procesos médicos.
 - 02 Especialistas en norma ISO.
- Tiempo de Auditoria Pre-liminar:
 - 02 Días.
- Tiempo de Auditoria Certificadora:
 - 04 Días.

Bureau Veritas S/.15, 437.45

- Equipo Auditor:
 - 01 Especialista en normas de Salud.
 - 01 Especialista en procesos médicos.
 - 02 Especialistas en norma ISO.
- Tiempo de Auditoria Pre-liminar:
 - 02 Días.
- Tiempo de Auditoria Certificadora:
 - 04 Días.

IRAM S/.15, 217.57

- Equipo Auditor:
 - 01 Especialista en normas de Salud.
 - 01 Especialista en procesos médicos.
 - 02 Especialistas en norma ISO.
- Tiempo de Auditoria Pre-liminar:
 - 02 Días.
- Tiempo de Auditoria Certificadora:
 - 04 Días.

Nota: La entidad certificadora será elegida y aprobada por el Presidente del Directorio.

CAPITULO VIII

8. BENEFICIOS ECONOMICOS DE LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA CLÍNICA AREQUIPA S.A

El valor del beneficio económico del Sistema de Gestión de Calidad en Clínica Arequipa S.A. se basa en el historial de empresas que han implementado el SGC y certificado en ISO 9001:2008.

El análisis realizado por ISO demuestra que tanto las implementaciones como las certificaciones del estándar ISO 9001 si genera un impacto financiero positivo en las organizaciones, principalmente a través del incremento de las ventas. De acuerdo con la figura 5, las implementaciones ISO 9001 generan beneficios internos (mejor control de los procesos, incremento de productividad y eficiencia, mejor calidad de los productos, etc) y externos (acceder a nuevos mercados, incrementar la participación del mercado, etc), mientras que una certificación genera beneficios a través del aumento de las ventas.

Figura 5: Beneficios de las implementaciones y certificaciones ISO 9001



Fuente: Elaboración propia

Los beneficios económicos demostrables se dan a partir de la misma implementación, iniciándose con el alcance de las metas propuestas en la tabla 8: “Cuadro Comparativo entre el Antes y el Después de Desarrollar el Sistema de Gestión de Calidad” y posteriormente con la evaluación del área Costos y SIG en periodos anuales posteriores a la implementación.

8.1. Beneficios Cualitativos

- ✓ Mejora de la motivación.
- ✓ Mejora de la organización interna.
- ✓ Mejora del desempeño.
- ✓ Mejora en la competitividad.
- ✓ Mejora en la selección de capital humano.
- ✓ Mejora de la asignación de responsabilidades.
- ✓ Mejora de la capacidad de reorganización dentro de la empresa.
- ✓ Mejora de la imagen corporativa.
- ✓ Mejora del cumplimiento legal.
- ✓ Mejora de la realización de la procedimientos.
- ✓ Mejora del mantenimiento y conservación de equipos, maquinaria e instrumentos.
- ✓ Mejora la atención del servicio.
- ✓ Mejora la cultura organizacional.
- ✓ Mejora la percepción de cliente y clientes potenciales respecto a la compañía.
- ✓ Mejora la fidelidad de los clientes.
- ✓ Mejora la solución de eventos adversos.
- ✓ Mejora de la evidencia con la cual defender nuestra posición.
- ✓ Mejora del know how dentro de la compañía.
- ✓ Mejora la oportunidad de ingresar a nuevos mercados.
- ✓ Mejora la oportunidad de ampliar el mercado.
- ✓ Mejora la capacidad de analizar los requisitos del cliente. Etc.

8.2. Beneficios Cuantitativos

- ✓ Incremento de las ventas.
- ✓ Incremento de la productividad.
- ✓ Incremento de la rentabilidad.
- ✓ Incremento de la fidelidad de los clientes.
- ✓ Incremento de la respuesta ante evento adversos.
- ✓ Incremento de la estadística de los procesos.
- ✓ Reducción de costos por reproceso.
- ✓ Reducción de costos en la cadena de suministros.
- ✓ Reducción de costos en la gestión de almacenes.
- ✓ Reducción de penalidades por incumplimiento legal.
- ✓ Reducción de penalidades por mala praxis.
- ✓ Reducción de costos de mantenimiento.
- ✓ Reducción de tiempos de atención. Etc

Todo beneficio cuantitativo será observado a través del alcance de las metas establecidas en el Plan del Sistema de Gestión de Calidad (Tabla 6) y en un futuro con la implementación del área de costos, se podrá valorar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, ya no solo en indicadores, sino también en unidades monetarias.

Cabe resaltar que los resultados de la implementación del Sistema dependen directamente del grado de motivación en el que se encuentre la organización; Asimismo el implementador Rafael J Mateo C. en su artículo “ISO 9001 - ¿Genera Beneficios Económicos?” expresa basado en su experiencia que las mejores implementaciones (y las que generan buenos resultados) son aquellas donde la organización toma los requisitos y principios de la norma ISO 9001:2008 como medida de un cambio organizacional y no tan solo por buscar una acreditación basados exclusivamente en requisitos.

CAPITULO IX

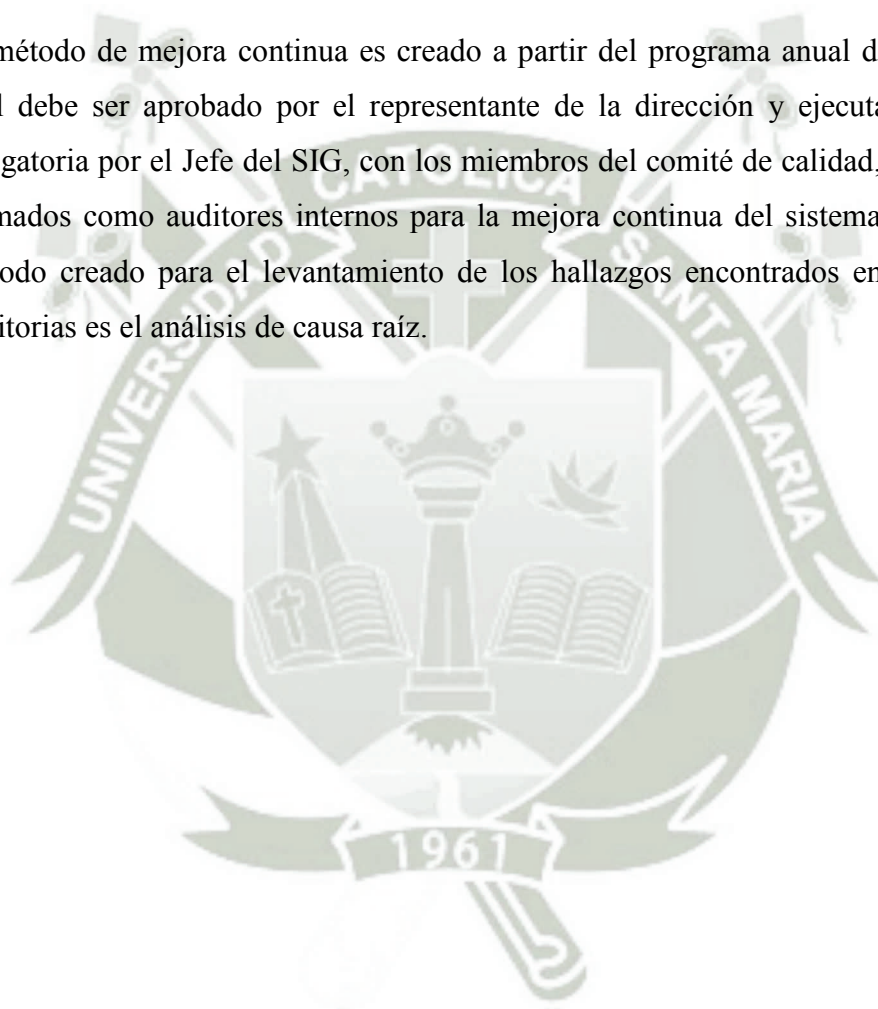
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. Conclusiones

1. Se implanta el Sistema de Gestión de Calidad a través de la estandarización, registro y auditoria de los procesos, promueve la mejora continua dentro de la organización, por lo que el presidente del Directorio como máxima autoridad de la institución será quien determine si se procede a certificar en la norma la ISO 9001:2008.
2. Se crea el comité de calidad integrado por el Gerente General y Administrativo, el Jefe del SIG, el Gerente Medico, el Gerente Medico, Jefe de Recursos Humanos, Jefe de Comercial, Jefe de Farmacia, Jefe de Contabilidad, Jefe de Sistemas Informáticos, Encargado de administración, Jefe de Enfermería, Encargado de Centro Quirúrgico, Coordinador de Médicos, Auditor Interno, Auditor Medico, Encargado de Admisión de Consultorio Externo y Emergencia, Encargado de Admisión Hospitalaria, Encargado de Almacén, Coordinadora de Internos y Residencia y Encargado de Historias Clínicas, el cual debe reunirse de manera mensual y de forma permanente y obligatoria para verificar el avance y estado del Sistema de Gestión de Calidad.
3. Se identifica los requisitos legales mediante el uso de la matriz de identificación de requisitos legales así como el control adecuado de los contratos con los clientes con el objeto de cumplir con las especificaciones del servicio.
4. Se identifica los procesos relacionados al servicio y que integran el alcance del Sistema de Gestión de Calidad siendo los siguientes: Admisión, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Neonatología, Centro Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación, Imagenología, Farmacia, Inyectables, Vacunación, y Nutrición, Recursos Humanos, Administración, Almacén, Cobranza y Cajas, Sistemas Informáticos, Historias Clínicas, e Informes y Central Telefónica, Comercial, Sistemas

Integrados de Gestión, Auditoría Médica, Gerencia General y Administrativa, y Gerencia Médica.

5. Se genera el sistema documentario a partir de la política de la empresa, mapa de procesos, manual de organización y funciones, procedimientos, registros, manual de calidad y otros, cuyo tiempo de generación es de 49 semanas para los 50 procedimientos, con un aproximado de una semana por procedimiento.
6. El método de mejora continua es creado a partir del programa anual de auditorías, el cual debe ser aprobado por el representante de la dirección y ejecutado de manera obligatoria por el Jefe del SIG, con los miembros del comité de calidad, los cuales son formados como auditores internos para la mejora continua del sistema; así mismo el método creado para el levantamiento de los hallazgos encontrados en las diferentes auditorías es el análisis de causa raíz.



9.2. Recomendaciones

1. Todo miembro de la organización debe tener conocimiento, entendimiento y estar entendido con la Política para asumir como propio el Sistema de Gestión de Calidad y cumplir con lo establecido.
2. Cada miembro del comité de calidad debe ser consciente de las responsabilidades y funciones inherentes a su cargo para el logro y cumplimiento del plan del Sistema de Gestión de Calidad.
3. Mantener comunicación interna y externa con el fin de recibir la retro alimentación respectiva y poder tomar decisiones en base a los requerimientos y especificaciones de estos.
4. Realizar seguimiento de las auditorias así como de la satisfacción del cliente, para cumplir con la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.
5. Mantener la conciencia sobre el Sistema de Gestión de Calidad para la mantención de dicho sistema y su mejora continua.
6. Se recomienda crear el área de costos con el fin de medir el desempeño económico del Sistema de Gestión de Calidad, así como para obtener la data necesaria y establecer de manera adecuada futuras estrategias para la dirección de la empresa.

Referencias Bibliográficas

AENOR

ISO 9001

http://www.aenor.es/aenor/certificacion/calidad/calidad_9001.asp

BUREAU BERITAS

ISO 9001

<http://www.bureauveritas.com.pe/Home2/Our-Services/Certification/index.html>

CANTÜ H

Desarrollo de una Cultura de Calidad

<https://aykernke.files.wordpress.com/2013/08/5-desarrollo-de-una-cultura-de-calidad-2006.pdf>

CUATRECASAS, LLUIS

Gestión Integral de la Calidad

http://www.qconsultores.com/nsite/qconsultores/biblioteca%20virtual/administracion_procesos/gestion_integral_rl.pdf

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA

Definición de Calidad

<http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>

EUSKALIT

Evolución de la Calidad

http://www.euskalit.net/pdf/calidad_total.pdf

ENRRIQUE BENJAMIN FRANKLIN

Organigramas Normas Generales para su Creación

http://biblio3.url.edu.gt/Libros/org_empresas/3.pdf

JURAN, J.M.

Planificación de la Calidad

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7322/Capitulo1.pdf>

ISO 9001

El alcance de la norma ISO 9001, Alcance del Sistema de Gestión de Calidad

http://www.inlac.org/Doc/Doc_ISO-TS-176_04_11/Alcance_rev.pdf

ISO 9000:2005

Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y vocabulario

http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

ISO 9001:2008

Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos

<http://www.google.com.pe/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mincit.gov.co%2Fdescargar.php%3Fid%3D41564&ei=pG5jVLmpOYyqgwSs0oGQCQ&usg=AFQjCNHVxf8pTOfie-jicCO6Cu9suFSy6A&bvm=bv.79189006,d.eXY>

IRAM

Sistema de Gestión de Calidad

<http://www.iram.org.ar/index.php?IDM=14&IDN=94&mpal=56&alias=Certificacion-de-gestion-de-calidad-ISO-9001>

JUAN ENRIQUE HUERTA WONG

Diez Mitos de las Tesis

<http://academia.uat.edu.mx/pariente/Tesis/Diez%20mitos%20acerca%20de%20la%20produccion%20de%20una%20tesis.pdf>

MIRANDA F., CHAMORRO Y RUBIO S.

Introducción a la Gestión de la Calidad - Delta Publicaciones, 2007

http://books.google.com.pe/books/about/Introducci%C3%B3n_a_la_gesti%C3%B3n_d_e_la_calida.html?id=KYSMQQyQAbYC

RAFAEL J MATEO C. EN SU ARTÍCULO

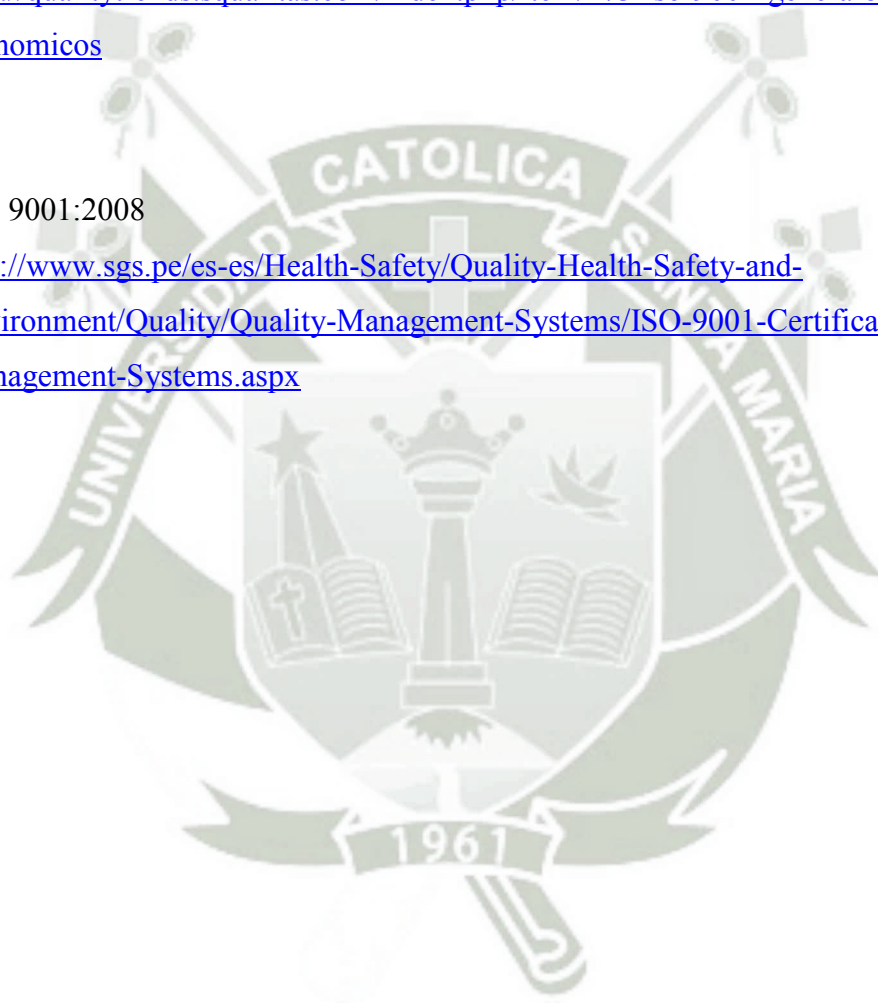
ISO 9001 - ¿Genera Beneficios Económicos?

<http://qualitytrends.squalitas.com/index.php/item/173-iso-9001-genera-beneficios-economicos>

SGS

ISO 9001:2008

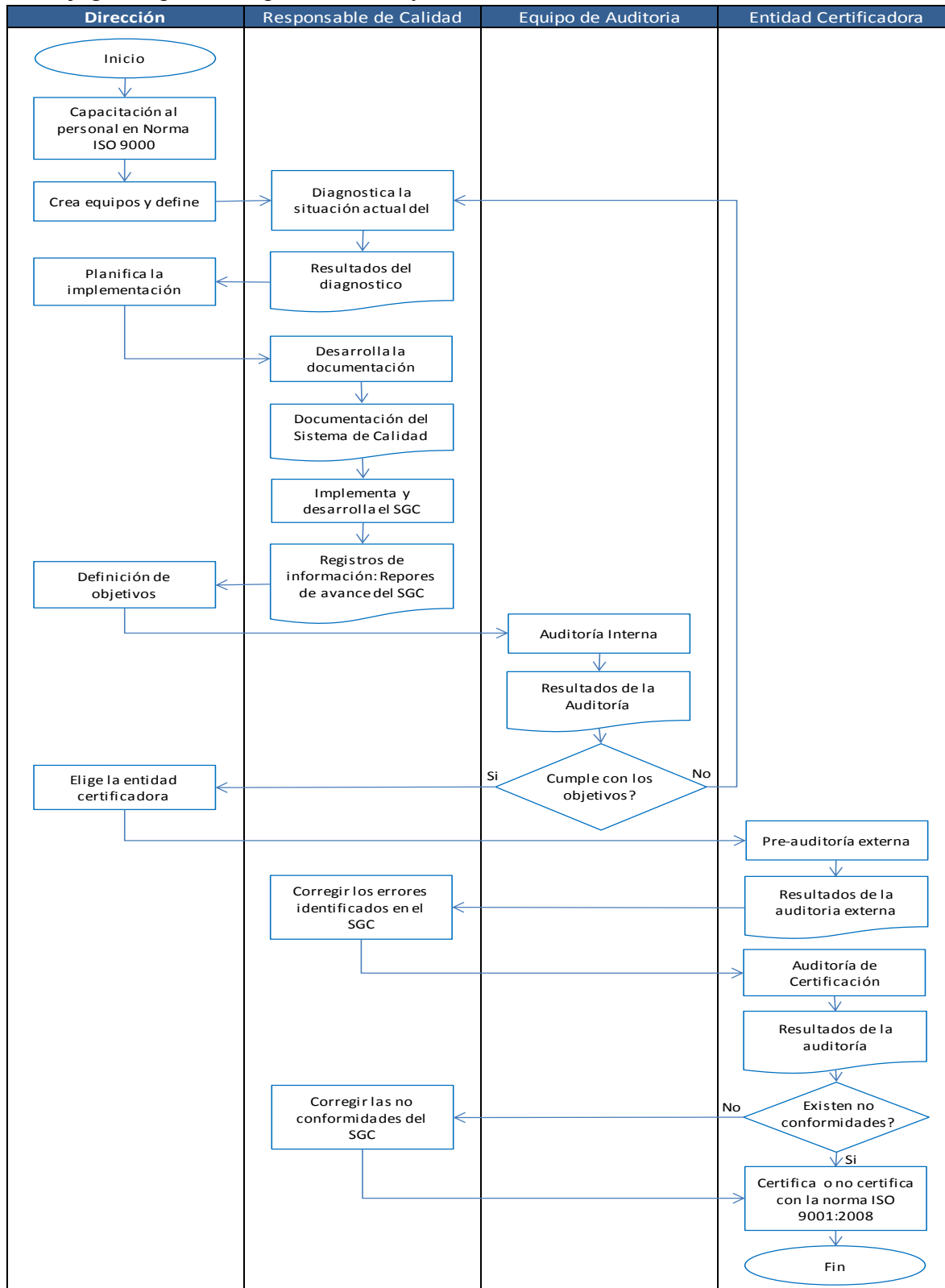
<http://www.sgs.pe/es-es/Health-Safety/Quality-Health-Safety-and-Environment/Quality/Quality-Management-Systems/ISO-9001-Certification-Quality-Management-Systems.aspx>





Anexo 1

Flujograma para la Implementación y Certificación del Sistema de Gestión de Calidad



Anexo 2

Listado del Equipo y Maquinaria según Ubicación

N	Denominación	Marca	Modelo	Serie y/o etiqueta patrimonial	Ubicación
1	Cuna Radiante	Matrix	Olidef	5311	Recien Nacidos
2	Incubadora	Isolette	C86m	X113566	Recien Nacidos
3	Incubadora	Isolette	C-86m	Fm0075	Recien Nacidos
4	Incubadora	Olidef Ca	211	2108	Recien Nacidos
5	Incubadora	Ohio	Airco	N 1205	Recien Nacidos
6	Equipo De Fototerapia	S/M	S/M	5689	Recien Nacidos
7	Equipo De Fototerapia	S/M	S/M	5690	Recien Nacidos
8	Refrigeradora	Coldex	Rion	127651	Recien Nacidos
9	Pulsioximetro	Mediaid	34 Pulse	Fb07c01032	Recien Nacidos
10	Pulsioximetro	Mediaid	34 Pulse	Fb07c01028	Recien Nacidos
11	Equipo De Aspiracion	S/M	S/M	2113	Recien Nacidos
12	Refrigerador	Coldex	Rion	24784	Recien Nacidos
13	Monitor	Philips	C3	862474	Emergencia
14	Nebulizador Portatil	S/M	S/M	3380	Emergencia
15	Tensiometro De Pedestal	Riester	Empire	3385	Emergencia
16	Vetnilador Mecanico (Respirador)	Bird	Mark 7	3392	Emergencia
17	Estufa De Esterilizacion	Odonto Bras	S/M	3373	Emergencia
18	Desfibrilador	Zollm	S/M	03390	Emergencia
19	Aspirador De Secresiones	S/M	S/M	3281	Emergencia
20	Desfibrilador	Instramed	Cardiomax	30812 Cm 5287	Emergencia
21	Ecografo	Panasonic	Shimadzu	3359	Emergencia
22	Electrocardiografo	Biocare	Ecg	101g09300156e22	Emergencia
23	Electrocardiografo	Nihon -Kohden	Ecg-1150	09473k	Uci 1er Piso
24	Desfibrilador Con Monitor	Nihon -Kohden	Tec-5531e	03304	Uci 1er Piso
25	Ecografo	Philips	Mdi4000	A46001186	Uci 1er Piso
26	Monitor De Signos Vitales	Nihon-Kohden	Bsm-3562k	03793	Uci 1er Piso
27	Monitor De Signos Vitales	Nihon-Kohden	Bsm-3562k	03797	Uci 1er Piso
28	Monitor De Signos Vitales	Nihon-Kohden	Mu-671rk	3842	Uci 1er Piso
29	Monitor De Signos Vitales	Nihon-Kohden	Mu-671rk	3841	Uci 1er Piso
30	Ventilador Volumetrico	S/M	S/M	Cbcs02508	Uci 1er Piso
31	Ventilador Volumetrico	S/M	S/M	Cbcs01168	Uci 2do Piso
32	Desfibrilador	Zoll	S/M	2618	Uci 2do Piso
33	Ventilador	Bennet	760	2636	Uci 2do Piso
34	Ventilador	Bennet	760	2637	Uci 2do Piso
35	Friobar	Electrolux	Electrolux	Erd052ub4x	Uci 2do Piso
36	Monitor Cardiaco	Blt	A5	5474	Uci 2do Piso
37	Monitor Cardiaco	Blt	A5	5475	Uci 2do Piso
38	Maquina De Anestesia	Ten Eight	S/M	3810	Sala Nro. 1
39	Mesa Quirurgica	S/M	S/M	3809	Sala Nro. 1
40	Electrobisturi	Valleylab	S/M	F8a58599a	Sala Nro. 1
41	Lampara Cialitica	Bowin	Bowin	3814	Sala Nro. 1

N	Denominación	Marca	Modelo	Serie y/o etiqueta patrimonial	Ubicación
42	Modulo De Laparoscopia	Radiance	S/M	20-01-2141	Sala Nro. 2
43	Mesa Quirurgica	Admi	S/M	3857	Sala Nro. 2
44	Maquina De Anestesia	Omhedra	S/M	3858	Sala Nro. 2
45	Lampara Cialitica	Bowin	Bowin	Anbl00487	Sala Nro. 2
46	Lampara Cialtica	Skylux	Super Minor	Ea-1051	Sala Nro. 3
47	Electrobisturi	Erbe	Icc300	10128-078	Sala Nro. 3
48	Electrobisturi Con Pedal	Erbe	Mcc-350	10127-0007	Sala Nro. 4
49	Lampara Cialitica Portatil	Ci	L734	840901	Sala Nro. 4
50	Modulo De La Paroscopia	Stryker	Stryker	3981	Sala Nro. 4
51	Mesa Quirurgica Ortopedica	S/M	S/M	3956	Sala Nro. 4
52	Monitor De Maquina De Anestesia	Marquette	Eagle 4000	J5fc17266	Sala Nro. 4
53	Lampara Cialitica	Gemmy	S/M	Olh-11	Sala Nro. 4
54	Lampara Cialitica	S/M	S/M	840901	Sala Nro. 4
55	Maquina De Anestesia	Omhedra	Omhedra	Ab2v00576	Sala Nro. 4
56	Monitor Para La Paroscopia	Vision Elect Hd	Mu-671rk	Sve217e0291	Sala Nro. 4
57	Electrocardiografo	Carew Ell	Ecgl101b	101b12405403s12	Star De Enfermeria
58	Aspirador Portatil	Eastern	Es - 700	7007908-191	Star De Enfermeria
59	Aspirador Portatil	Supply	S/N	5302	Star De Enfermeria
60	Pulsoximetro	Mindray	Pm60	5314	Star De Enfermeria
61	Tensiometro	Heine	S/M	200182374	Star De Enfermeria
62	Pulsoximetro	Mindray	Pm60	5315	Star De Enfermeria
63	Tensiometro	Heine	S/M	200232351	Star De Enfermeria
64	Detector Fetal	Sounder	Es-101-Ex	2-7-11-216-0003	Star De Enfermeria
65	Refrigeradora Intelligent	Bosh	Ksr39	300116762	Vacunacion
66	Sierra Electrica	American Ortopedic	0295-Z00	11588	Sala De Yesos
67	Refrigeradora	Electrolux	S/M	377438	Reposteria De Enfermeria
68	Aspirador De Secreciones	Thomas	Medi-Pump	2626	Reposteria De Enfermeria
69	Refrigeradora	Coldex	S/M	54855	Reposteria De Enfermeria
70	Refrigeradora	Coldex	Ca25	54855	Reposteria De Enfermeria
71	Equipo De Terapia Combinada	Chattanoga	2772	3415	Sala De Atencion Medicina Fisica
72	Equipo De Ultrasonido	Chattanoga	2776	12172	Sala De Atencion Medicina Fisica

N	Denominación	Marca	Modelo	Serie y/o etiqueta patrimonial	Ubicación
73	Terapia Laser	Chattanooga	2779	1932	Sala De Atencion Medicina Fisica
74	Magnetoterapia	Meditea	330 Digital	56800508282	Sala De Atencion Medicina Fisica
75	Colposcopio Digital	Philips	S/M	4141	Sala De Depositos De Equipos
76	Lampara Frontal	Heine	S/M	5610	Sala De Depositos De Equipos
77	Autoclave Pequeña	Tuttnauer	5075	5075el	Sala De Esterilizacio N
78	Hidroterapia Miembros Inferiores	Meba	Cpm 158	70105535	Sala De Hidroterapia
79	Hidroterapia Miembros Superiores	Meba	Cpm 158	70105675	Sala De Hidroterapia
80	Lampara Cialitica	Skylux	Skypton	5ck579	Sala De Partos
81	Maquina De Analgesia Oxido Nitroso	Mds Matrx	Nitromax	0204han	Sala De Partos
82	Cama Ginecologica	Hill Rom Genesis	S/M	3933	Sala De Partos
83	Monitor	Philips	C3	De34702531	Sala De Recuperacio N
84	Monitor	Mindray	Pm9000	5693	Sala De Recuperacio N
85	Desfibrilador Con Monitor	Hp	Code Master M1722b	Us000108628	Sala De Recuperacio N
86	Maquina De Anestesia	Naikoseapara T Sulla	S/M	4024	Sala De Recuperacio N
87	Maquina De Anestesia	Shirana	221	397342240	Sala Ginecologic Ao Legrados
88	Lampara Cialitica	Ci	L734	840884	Sala Ginecologic Ao Legrados
89	Audiometro	Sibelmed	Sibelsound 400	254 A191	Audiometria
90	Espirometro	Spilab	Spirolab li	A23053	Consultorio E-101
91	Equipo De Prueba De Esfuerzo	Cardio Stress	Cardio Stress	3517	Consultorio E-105
92	Examen Psicotecnico	Start	S/M	164	Consultorio E-105
93	Friobar	Daew Oo	S/M	Tr09zea2030291	Cuarto Para Ejercicios De Reahibilitacio N
94	Electrocardiografo	Carew Ell	Ecg-1101	212-1129	Deposito De Enfermeria
95	Equipo De Ultrasonido	General Electric Sulla	Logic P6 Pro	240601su5	Ecografia

N	Denominación	Marca	Modelo	Serie y/o etiqueta patrimonial	Ubicación
96	Electrocardiografo	Carew Ell	S/M	E1b08030013	Electrocard Iograma
97	Friobar	Electrolux	Frd056ubhxm	23101494	Entre Salas 1 Y 2
98	Tensiometro	Riester	Diplomat	081067803	Inyectables
99	Equipo De Anestesia	S/M	S/M	4895	Material De Anestesia
100	Equipo De Ultrasonido	General Electric	Logig P6 Pro		Ecografía
101	Digitalizador + Monitor Samsun Con 04 Chasis Simples (2 14/7 Y 2 10/12)	Icrco	3600m Core Duo 2 2.93 Ghz. 1.93 Gb. Ram		Rayos X
102	Equipo De Mamografía	Bennett	Mf1506	Bmf 26005	Rayos X
103	Equipo Digital De Rayos X Completo + Monitor	Comed	E725x	U/N 091186 I/N 9k393	Rayos x



Anexo 3
Checklist de Verificación

Cláusula	Requisito	Evaluación			Estatus				Observaciones
		SI	NO	NA	No iniciada	Iniciada	En proceso	Terminada	
4.1	REQUISITOS GENERALES								
	¿Se encuentran identificados los procesos?	X							Se cuenta con un mapa de procesos.
	¿Se ha definido la interacción de los procesos?		X				X		Es necesario realizar un ajuste al mapeo de procesos.
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN								
4.2.1	Generalidades								
	¿Se tiene establecida una Política de la Calidad?	X							Se encuentra aprobada.
	¿Se han establecido objetivos de la calidad?		X			X			
	Se han establecido los seis procedimientos documentados solicitados por la ISO 9001:2008		X				X		Se tiene 3 elaborados: Control de documentos, control de registros y auditoría interna.
4.2.2	Manual de Calidad								
	Se tiene documentado el manual de la calidad		X			X			Tiene una estructura pero no está concluido.
4.2.3	Control de Documentos								
	Tienen un procedimiento para el control de sus documentos (elaboración, revisión, aprobación, identificación de cambios, distribución)		X						
	¿Se han identificado los responsables de aprobar, revisar y actualizar la documentación existente en la empresa?		X						
	¿Quedan claros los cambios ocurridos en los documentos y su estado de edición o revisión?			X			X		En áreas como farmacia no tiene actualizados los cambios.
	¿Se ha distribuido la documentación a los trabajadores encargados de su aplicación? ¿Existe un listado?		X						
	¿Se controla la documentación de origen externo (circulares, resoluciones, leyes, etc.)?		X						

	¿Se conserva una copia de los distintos documentos del área legible y fácilmente identificable?		X			X						Solo de los documentos que están en intranet
	¿Existe una metodología para prevenir el uso de documentación obsoleta?		X									Existe solo en documento
4.2.4	Control de Registros											
	Tienen un procedimiento para el control de sus registros	X										
	¿Se han identificado cuáles son los registros del SGC de cada área, están inventariados en una lista maestra?		X									
	¿Se identifican, almacenan y protegen los registros importantes?		X				X					Se almacenan en algunas áreas pero no es un proceso formal.
	¿Se ha determinado el tiempo de retención y su disposición final?			X								No se tiene un tiempo límite queda a consideración del personal.
	¿Se realizan copias de seguridad de los datos informáticos?	X										Existen 2 RP en los sistemas contables, y lo demás está digitalizado.
	¿Se ha instalado un antivirus en el sistema informático?	X										Se maneja el antivirus Kaspersky.
5.0	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN											
5.1	Compromiso de la Dirección											
	¿Se ha difundido la política de la calidad?	X										Mediante la colocación de rótulos en diferentes áreas de la clínica.
	¿Se tienen definidos los objetivos de la calidad?		X				X					
	¿Se llevan a cabo revisiones del SGC?		X									
	¿Como asegura la disponibilidad de recursos?		X									La asignación de recursos se realiza a pedido que se hace a la gerencia.
5.2	Enfoque al Cliente											
	¿Se han definido las necesidades y expectativas generales de los cliente/usuarios?		X									
5.3	Política de la Calidad											
	¿Se ha distribuido y explicado al personal la política de la calidad?		X						X			
	¿Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar la eficacia del sistema de la calidad?	X										
	¿La política de la calidad es revisada?	X										Se considera la actual como versión 1.

5.4	Planificación								
5.4.1	Objetivos de la Calidad								
	¿Los objetivos de la calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes?		X						
	Los objetivos de la calidad, ¿son medibles y coherentes con la política de la calidad?		X						
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad								
	Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del SGC		X						
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación								
5.5.1	Responsabilidad y autoridad								
	¿Existe un organigrama actualizado de la empresa?		X						Se ha propuesto uno pero no esta en vigencia falta aprobarlo.
	¿Están definidas por escrito las funciones y responsabilidades de los trabajadores que afectan la calidad del producto?	X					X		No se encuentra aprobado oficialmente.
5.5.2	Representante de la Dirección								
	¿Existe la figura del representante de la Dirección?	X							Es el gerente general.
5.5.3	Comunicación Interna								
	¿Se dispone de medios de comunicación internos para la comunicación del SGC? (web, intranet, periódico mural, reuniones, etc.)	X							Con la emisión de boletines.
5.6	Revisión por la Dirección								
	¿Se realizan revisiones por la dirección, donde se incluye información de entrada y salida de dicho proceso		X						No se encuentra alineada al SIG.
6.0	GESTIÓN DE LOS RECURSOS								
6.1	Provisión de Recursos								
	¿Posee el área un plan de inversiones o de adquisición de medios acorde con sus objetivos?		X						
6.2	Recursos Humanos								
6.2.1	Generalidades								
	¿Se ha determinado la competencia de sus trabajadores que realizan trabajos que afectan la calidad del producto / servicio?	X							Se tienen documentos elaborados pero aún falta terminarlos.

6.2.2	Competencia, Formación y Toma de Conciencia								
	¿Existe una metodología que permita identificar las necesidades de formación y suministrar al personal?		X						
	¿Existe un plan de capacitación que satisfaga las necesidades de capacitación continua de los trabajadores?	X							Existe un plan elaborado por RRHH.
	¿Se evalúa la eficacia de la capacitación recibida por los trabajadores?		X						
	¿Se ha informado al personal de su papel en el logro de la calidad y de la importancia de su trabajo en dicho fin?		X			X			Solo se han dado capacitaciones de atención al cliente.
	¿Se mantienen registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencias?	X							Se cuenta con una base de datos, aún falta regularizar algunos datos.
6.3	Infraestructura								
	¿Se realiza el mantenimiento adecuado de los edificios, maquinaria, equipos, vehículos(computadores, impresoras, sistemas, etc.) GPS	X							Se cuenta con un programa de mantenimiento, el mantenimiento de equipos lo realizan terceros.
6.4	Ambiente de Trabajo								
	¿Dispone la organización de un sistema de prevención de riesgos laborales y de seguridad?		X				X		Esta alineado a la ley 29783, se tiene una política, IPERC, etc.
	Los puestos de trabajo, ¿son apropiados y ergonómicos?		X						El principal problema es el espacio, existe hacinamiento en muchas áreas de la clínica.
	¿Se dispone de las suficientes instalaciones para los trabajadores (baños, comedores, vestuarios, etc.) y están acondicionadas del modo adecuado?		X						
	¿Las condiciones de higiene, limpieza general y contaminación, ¿son adecuadas para el desarrollo de la actividad?	X							Se realizan labores de limpieza a diario pero no se mide cuán efectiva es (ejemplo isopapados past y post limpieza)
	¿Las condiciones de clima (temperatura, humedad, plagas, ruido, etc.) son adecuadas a la actividad o el servicio?		X						
7.0	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO								
7.1	Planificación de la Realización del Producto								
	¿Se han definido los procesos y recursos para la realización del producto, prestación del servicio?		X						

	¿Se han determinado los objetivos de calidad y requisitos para el producto/ servicio?		X						
	¿Se han determinado los procesos, documentos y recursos específicos para el producto/ servicio?		X						
	Los controles realizados sobre el producto/ servicio, ¿tienen en cuenta la especificación de éste, como criterio de aceptación y, por tanto, de declaración de producto/servicio conforme o no conforme?		X						No se cuenta con una data formal, solo las historias clínicas.
	¿Se dispone de registros suficientes para probar, en su caso, que el producto/ servicio se ha realizado correctamente?	X							Lo constituyen las historias clínicas.
7.2	Procesos Relacionados con el Cliente								
7.2.1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto								
	¿Se dispone de una metodología para la identificación de los requisitos por el cliente, incluyendo las actividades de entrega y posteriores a la misma?		X			X			
	¿Se han identificado requisitos no especificados por el cliente, pero necesarios para el uso del producto o servicio?		X			X			
	¿Se ha identificado los requisitos legales o reglamentarios aplicables al producto/ servicio, así como cualquier otro requisito identificado por la empresa?	X					X		Se tienen identificados los principales requisitos legales.
7.2.2	Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto								
	¿Los requisitos relacionados con el producto/ servicio son revisados antes que la empresa se comprometa a proporcionar el producto/servicio al cliente? (envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos)		X			X			Lo ha comenzado hacer el área comercial.
	¿La empresa define los requisitos del producto/ servicio, resuelve las diferencias entre el contrato o pedido y los expresados previamente?		X				X		
	¿Se mantienen los registros de la revisión de los requisitos?		X						
7.2.3	Comunicación con el Cliente								
	¿Se dispone de medios de comunicación suficiente para atender la información que piden por los clientes/usuarios?	X							

	¿Se dispone de medios de comunicación suficiente para atender las consultas, contratos, atención de pedidos, incluyendo las modificaciones?	X				X		
	¿Se dispone de medios de comunicación suficiente para la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas?	X						No es formal.
7.3	Diseño y Desarrollo							
7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo							
	¿La organización realiza diseño y desarrollo de productos/servicios nuevos según requerimientos?	X			X			Formulación de preparados magistrales y soluciones de servicio y salud en farmacia.
	¿Se planifica y controla los diseños y el desarrollo del producto?	X			X			
	¿Se establecen las etapas del diseño y desarrollo?	X			X			
	¿Se establecen las revisiones, verificaciones y validaciones para cada etapa?	X						
	¿Se establecen responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo?	X						La documentación del sistema debe estar lista para la tercera semana de Agosto en farmacia.
	¿Se gestionan las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo?	X						
	¿Los resultados de la Planificación son actualizados a medida que progresa el diseño y desarrollo?	X						
7.3.2	Elementos de Entrada para Diseño y Desarrollo							
	¿Se determinan los elementos de entrada del diseño y desarrollo?	X						
	¿Los elementos de entrada incluyen los requisitos funcionales y de desempeño?	X						
	¿Los elementos de entrada incluyen información proveniente de diseños previos similares?	X						
	¿Los elementos de entrada incluyen cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo?	X						
	¿Los elementos son revisados para verificar su adecuación?	X						
	¿Los elementos están completos y sin ambigüedades?	X						

7.3.3	Resultados del Diseño y Desarrollo								
	¿Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto de los elementos de entrada?		X						
	¿Los resultados del diseño y desarrollo son aprobados antes de su liberación?		X						
7.3.4	Revisión del Diseño y Desarrollo								
	¿Las etapas de diseño y desarrollo son revisadas de acuerdo a lo planificado?		X						
	¿Las revisiones incluyen la evaluación de la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos?		X						
	¿Las revisiones son registradas?		X						
7.3.5	Verificación del Diseño y Desarrollo								
	¿Se realizan verificaciones planificadas para asegurar que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos?		X						
	¿Las verificaciones son registradas?		X						
7.3.6	Validación del Diseño y Desarrollo								
	¿Se realizan validaciones planificadas para asegurar que los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos?		X						
	¿Las validaciones son registradas?		X						
7.3.7	Control de Cambios del Diseño y Desarrollo								
	¿Los cambios de diseño y desarrollo son identificados y documentados?		X						
	¿Los cambios de diseño son revisados, verificados y validados?		X						
	¿Las revisiones a las modificaciones son registradas?		X						
7.4	Compras								
7.4.1	Proceso de Compras								
	¿Han identificado cuales son los productos /servicios a adquirir que afectan la calidad del producto/servicio final?		X						
	¿Han identificado cuales son los proveedores que afectan la calidad del producto/servicio?		X						

	¿Se tiene una metodología para seleccionar, evaluar y re-evaluar a los proveedores que han considerados críticos?		X						Quando se evaluar a un proveedor se solicita información para documentarla pero después no se le hace seguimiento
	¿Se tiene definidos los criterios de evaluación de los proveedores?		X						De acuerdo a su experiencia
	¿Se mantienen registros de los resultados de las evaluaciones?		X						No se realiza un seguimiento
7.4.2	Información de las Compras								
	¿Los documentos de compra, ¿contienen la información suficiente y precisa para asegurar que el servicio/producto comprado cumplirá con los requisitos especificados?		X						
	¿Están definidas y establecidas las especificaciones de los servicios o materiales a comprar?		X						
7.4.3	Verificación de los Productos Comprados								
	¿Se tiene una metodología para asegurar que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados?		X						Lo realiza la persona que ha solicitado la compra.
7.5	Producción y Prestación del Servicio								
7.5.1	Control de la Producción y Prestación del Servicio								
	¿Se dispone de información que describa las características del producto/servicio?		X						
	¿Se tiene una descripción completa de los procesos de realización del producto o prestación del servicio?		X						Existe unas matrices donde se da una caracterización.
	¿Se dispone de equipos de seguimiento y medición?		X						
	¿Se dispone de una metodología para el seguimiento y medición?		X						
	¿Se han implementado las actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto/servicio?		X						
7.5.2	Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio								
	¿Existe un mecanismo para la validación de los procesos de la producción?		X						
7.5.3	Identificación y Trazabilidad								
	¿Se identifican cada uno de los productos con algún código o número que le permita distinguirse de los demás?		X						Lo constituye la historia clínica y los lotes de farmacia

	La empresa, ¿es capaz de reconstruir, mediante este código o número, el historial que le permita distinguirse de los demás de un producto entregado hace meses?	X							
7.5.4	Propiedad del Cliente								
	¿Se informa sistemáticamente y con prontitud al cliente/usuario de daños o de pérdidas de su documentación, información, etc.?		X						
	¿Se utilizan procedimientos o instrucciones documentadas para asegurar que la propiedad del cliente se manipula, almacena, conserva y recoge/entrega correctamente?		X						
7.5.5	Preservación del Producto								
	¿Existe una metodología que describa actividades para la preservación del producto durante el despacho, distribución y entrega de los productos?	X							En el caso de farmacia debe cumplir con especificaciones de temperatura, humedad, ventilación, etc.
7.6	Control de los Equipos de Seguimiento y Medición								
	¿Conocen cuáles son los equipos de medición que pueden afectar la calidad del producto?		X						
	¿Tienen una metodología que describa la gestión metrológica en la empresa?		X						
	¿Se mantienen registros de calibración y verificación?		X			X			En el caso de empresas tercerizadas se le solicita dicha información
8.0	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA								
8.1	Generalidades								
	¿Se encuentran planificadas las actividades de medición, análisis y mejora que se realizan?		X						
	¿Se aplican técnicas que permitan extraer conclusiones rápidas de una serie de datos?		X						
8.2	Seguimiento y medición								
8.2.1	Satisfacción del Cliente								
	¿Se realiza el seguimiento de la satisfacción del cliente?	X							Se realiza 2 veces al año.
	Como consecuencia del análisis de la información anterior, ¿se emprenden acciones de mejora?		X						

8.2.2 Auditoría Interna									
¿Se realizan auditorías internas de la calidad en la organización?			X						
¿Existe un plan o una programación de auditorías internas?			X						
¿Existe un procedimiento documentado para la realización de auditorías internas?			X						
¿Está previsto que las auditorías las realice personal independiente del área a auditar o personal de organizaciones externas?			X						
¿Existen registros de los resultados de las auditorías internas?			X						
¿Se informa a los responsables de departamento, área o sección, de los resultados de auditorías?			X						
¿Se emprenden acciones correctivas como respuesta a las no conformidades encontradas en la auditoría?			X						
¿Se hace un seguimiento de las acciones correctivas derivadas de la auditoría para verificar su implementación y eficacia?			X						
¿Están definidos los requisitos que deben cumplir los auditores internos?			X						
8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos									
¿Se aplican métodos para la medición de los procesos, con la finalidad que los procesos alcancen los resultados planificados?			X						Existe un área de auditoría médica que hace seguimiento a la parte asistencial.
8.2.4 Seguimiento y Medición del Producto									
¿Se realizan controles o inspecciones para asegurar que se cumplan con los requisitos?			X				X		
¿Se realizan controles o inspecciones durante la prestación del servicio o entrega del producto?			X						
¿Se realizan controles o inspecciones luego de la prestación del servicio o entrega del producto?			X						
¿Queda constancia de dichas inspecciones?			X						
¿Se lleva una estadística de incidencias o problemas en cualquiera de los controles anteriores?			X						

	¿Se han asignado responsabilidades para la prestación de los diversos controles?		X					
	¿Existe una sistemática de actuación ante problemas que se detecten antes, durante y luego de la prestación del servicio o entrega del producto?		X					
8.3	Control de Producto no Conforme							
	¿Está definido lo que es un producto/servicio no conforme?		X					
	¿Existe un procedimiento para asegurar que los productos/servicios no conformes se tratan adecuadamente?		X					
	¿Ante una no conformidad ¿queda constancia escrita del problema surgido y de la solución aplicada?		X					
	¿Están definidas las responsabilidades para tomar decisiones ante los productos/servicios no conformes?		X			X		Existe un área de auditoría médica.
8.4	Análisis de Datos							
	¿El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente?		X					
	¿El análisis de datos se aplica a la conformidad del producto?		X					
	¿El análisis de datos se aplica a las características y tendencias de los procesos y los productos?		X					
	¿El análisis de datos se aplica a los proveedores?		X					
8.5	Mejora							
8.5.1	Mejora Continua							
	¿Se aplica la mejora continua mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de la auditoría interna, el análisis de datos, las acciones correctivas /preventivas y la revisión por la dirección.		X					
8.5.2	Acción Correctiva							
	¿Se toman acciones encaminadas a la solución definitiva del problema, cuando éste es repetitivo o grave?		X					
	¿Se encuentran registros de acciones correctivas donde, aparte de la descripción del problema de fondo y de las medidas puestas en práctica, se haga un seguimiento de las mismas?		X		X			Existen en algunas áreas acciones correctoras.

8.5.3	¿Existe un procedimiento que regule dicha actividad?		X						
	Acción Preventiva								
	¿Se toman acciones encaminadas a la prevención de problemas potenciales?		X						
	¿Existe un procedimiento que regule dicha actividad?		X						
	¿Se encuentran registros de acciones preventivas donde, aparte de la descripción del problema de fondo y de las medidas puestas en práctica, se haga un seguimiento de las mismas?		X						



Correspondencia entre Documentos Exigidos y los Requisitos de la Norma ISO 9001:2008

Anexo 4

CAP.	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	DOCUMENTOS RELACIONADOS
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
4.1	Requisitos generales	Adecuación de matriz de caracterizaciones de proceso Mapa de procesos Mapeo de procesos
4.2	Requisitos de la documentación	---
4.2.1	Generalidades	Política del Sistema Integrado de Gestión
4.2.2	Generalidades	Manual de la calidad
4.2.3	Control de los documentos	Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión Lista maestra de documentos
4.2.4	Control de los registros	Control de Registros del Sistema Integrado de Gestión Lista maestra de registros
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1	Compromiso de la dirección	Política del Sistema Integrado de Gestión
5.2	Enfoque al cliente	Procedimiento de quejas y reclamos
5.3	Política de calidad	Política del Sistema Integrado de Gestión
5.4	Planificación	Plan del Sistema de Gestión de Calidad
5.4.1	Objetivos de calidad	Plan del Sistema de Gestión de Calidad
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de calidad	Plan del Sistema de Gestión de Calidad
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación	Manual de organización y funciones
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	Manual de organización y funciones
5.5.2	Representante de la dirección	Manual de organización y funciones
5.5.3	Comunicación interna	Procedimiento de Comunicación Interna y Externa
5.6	Revisión por la Dirección	---
5.6.1	Generalidades	Procedimiento de revisión por la dirección Acta de revisión por la dirección

CAP.	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	DOCUMENTOS RELACIONADOS
5.6.2	Información de entrada para la revisión	Procedimiento de revisión por la dirección Informes de auditoría
5.6.3	Resultados de la revisión	Indicadores de gestión Procedimiento de revisión por la dirección
6	GESTION DE RECURSOS	
6.1	Provisión de recursos	Planificación y presupuestos anuales de los recursos
6.2	Recursos humanos	Procedimiento de reclutamiento y selección de personal Manual de organización y funciones
6.2.1	Generalidades	Plan de Capacitación Procedimiento de reclutamiento y selección de personal
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia	Procedimiento de inducción de personal Procedimiento de capacitación, formación y entrenamiento de personal Manual de organización y funciones
6.3	Infraestructura	Procedimiento de mantenimiento Procedimiento de calibración y verificación de equipos Procedimientos de mantenimiento de equipos de computo Programas de mantenimiento
6.4	Ambiente de trabajo	Programas de mantenimiento Registro de mantenimiento
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	
7.1	Planificación de la realización del producto	Plan de la calidad Matriz de identificación de requisitos legales Mapa de Procesos
7.2	Procesos relacionados con el cliente	Registros generados en los distintos procesos Procedimiento de gestión de ventas
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	Matriz de identificación de requisitos legales
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	Matriz de identificación de requisitos legales

CAP. REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008		DOCUMENTOS RELACIONADOS	
7.2.3	Comunicación con el cliente	Procedimiento de gestión de quejas y reclamos	
		Registro de quejas y reclamos	
7.3	Diseño y desarrollo	Contratos y otros documentos donde se evidencie la comunicación con el cliente	
		No Aplica	Ya que la organización no realiza ninguna modificación al producto, es decir la descripción del producto viene impuesta del exterior y cualquier modificación tendría que ser autorizada y realizada por aquel que realizó el diseño original.
7.4	Compras	Procedimiento de compras de almacén - administración	
		Procedimiento de compras, devoluciones, canjes y bajas de productos - farmacia	
7.4.1	Proceso de compras	Procedimiento de evaluación de proveedores - farmacia	
		Procedimiento de selección y evaluación de proveedores - administración	
7.4.2	Información de compras	Registro de evaluación de proveedores	
		Registro orden de compras	
7.4.3	Verificación de los productos comprados	Registro orden de recepción	
		Historia Clínica	
7.5	Producción y prestación del servicio	Procedimiento de gestión de quejas y reclamos quejas y reclamos	
		Registro de quejas y reclamos	
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	Procedimiento de medición de la satisfacción del cliente	
		Procedimiento de reclutamiento y selección de personal	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	Procedimiento de mantenimiento	
		Procedimiento de calibración y verificación de equipos	
7.5.3	Identificación y trazabilidad	Registros generados en los distintos procesos	
		Registro de objetos medicamentos y otros con los que ingresa el paciente	
7.5.4	Propiedad del cliente	Reglamento de las buenas prácticas de almacenamiento	
		Procedimiento de calibración	
7.5.5	Preservación del producto	Registros del programa anual de mantenimiento de maquinaria y equipos	
		Registros del programa anual de calibración	
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	Procedimiento de calibración	
		Registros del programa anual de calibración	

CAP. 8	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	DOCUMENTOS RELACIONADOS
8.1	Generalidades	---
8.2	Seguimiento y medición	Procedimiento de gestión de quejas y reclamos
8.2.1	Satisfacción del cliente	Procedimiento de medición de la satisfacción del cliente
8.2.2	Auditoría interna	Procedimiento de auditoría interna de gestión de calidad - ISO 9001 de auditorías internas Registro de informe de auditoría
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	Tablero de indicadores de gestión.
8.2.4	Seguimiento y medición del proceso	Registro Historia Clínica y otros registros de los diferentes procesos
8.3	Control del producto no conforme	Procedimiento de servicio no conforme Registro de reporte de no conformidad
8.4	Análisis de datos	Procedimiento de evaluación de proveedores - farmacia Procedimiento de selección y evaluación de proveedores - administración Indicadores de gestión
8.5	Mejora	---
8.5.1	Mejora continua	Procedimiento de revisión por la dirección
8.5.2	Acción correctiva	Procedimiento de acciones preventivas y correctivas Registro de reporte de no conformidad Registro de acciones correctivas y preventivas
8.5.3	Acción preventiva	Procedimiento de acciones preventivas y correctivas

Anexo 5
Manual de Organización y Funciones

(LOGO DE LA EMPRESA)	MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES	(CODIGO) VERSION (XX)
----------------------	---	--------------------------

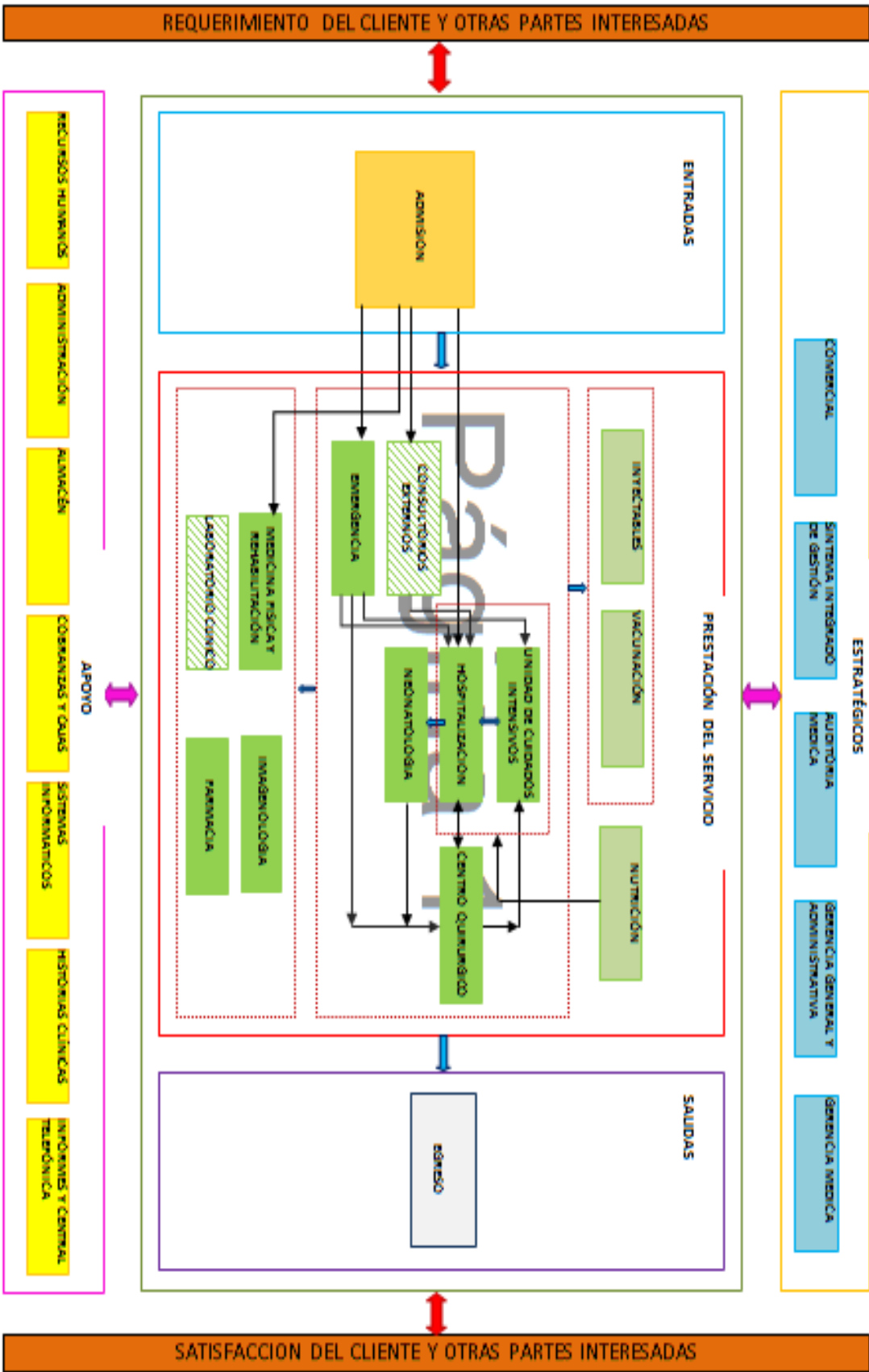
DENOMINACIÓN DEL PUESTO	
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
ÁREA A LA QUE PERTENECE:	SUPERVISA A:
REPORTA A:	NIVEL JERÁRQUICO:
OBJETIVO DEL PUESTO:	
FUNCIONES	
FUNCION GENERAL	
FUNCIONES ESPECIFICAS	
RESPONSABILIDADES DEL PUESTO	
PERFIL DE PUESTOS	
EDUCACIÓN	
EXPERIENCIA LABORAL	
CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS(FORMACIÓN)	
HABILIDADES(COMPETENCIAS)	
RELACIONES DE TRABAJO	

(LOGO DE LA EMPRESA)	MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES	(CODIGO) VERSION (XX)
-------------------------	---	--------------------------

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
TOMA DE DECISIONES
COMPLEJIDAD
CONDICIONES DE TRABAJO
RIESGO
ESFUERZO



Anexo 6
Mapa de Procesos de la Empresa



Anexo 7
Matriz de Caracterización de Procesos

Proceso:	Responsable:
	Requisitos ISO 9001:

Procesos que entregan	Entradas	Subproceso	Responsable	Medidas de Control	Salidas	Procesos que reciben

Infraestructura	Ambiente de trabajo

Realizado por: _____

Revisado por: _____

Aprobado por: _____

Anexo 8

Formato de Procedimientos e Instructivos

(TÍTULO DEL DOCUMENTO)

***(LOGO DE LA
EMPRESA)***

(CODIGO)

FECHA DE EMISIÓN		VERSIÓN		PÁGINAS	
------------------	--	---------	--	---------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión

Página 1 de XX

(LOGO DE LA EMPRESA)	(TIPO DE DOCUMENTO)	(CÓDIGO) VERSIÓN (XX)
	(NOMBRE DEL DOCUMENTO)	

1. OBJETIVO

2. ALCANCE

3. DEFINICIONES

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

5. RESPONSABILIDADES

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN

7. FLUJOGRAMA

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN

10. CAMBIOS DE VERSIÓN

VERSIÓN	CAMBIOS REALIZADOS

11. ANEXOS

Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión

Página 2 de XX

Nota: El punto 6 para Instructivos es de diseño libre.

Anexo 9

Lista de Procedimientos a Crear

Area/Proceso	Documento
Admisión de Consultorio Externo y Emergencia	P-AE-01 Admisión de Emergencia
	P-AC-01 Admisión Consultorio Externo
	P-AC-02 Control Previo de Admisión de Emergencia y Consultorio Externo
Admisión de Hospitalización	P-AH-01 Admisión de Hospitalización
	P-AH-02 Control Previo Hospitalización
Emergencia	P-EM-01 Emergencia
	P-EM-02 Referencia y Contra referencia
Hospitalización	P-HO-01 Atención al Paciente de hospitalización
	P-HO-02 Inyectables
	P-HO-03 Vacunación
Centro Quirúrgico	P-CQ-01 Gestión de Esterilización
	P-CQ-02 Atención de Pacientes de Centro Quirúrgico
	P-CQ-03 Anestesia
UCI	P-UC-01 Atención de Pacientes en UCI
Neanotología	P-NE-01 Atención en Neanotología
Farmacia	P-FA-01 Evaluación de Proveedores - Farmacia
	P-FA-02 Compras, Devoluciones, Canjes y Bajas de Productos - Farmacia
	P-FA-03 Almacenamiento - Farmacia
	P-FA-04 Dispensación Farmacia
Imagenología	P-IM-01 Procedimiento de Rayos X
	P-IM-01 Procedimiento de Ecografía
Nutrición	P-NT-01 Nutrición y Dietética
Recursos Humano	P-RH-01 Reclutamiento y Selección de Personal
	P-RH-02 Inducción de Personal
	P-RH-03 Capacitación Formación y Entrenamiento de Personal
Administración	P-AD-01 Mantenimiento
	P-AD-02 Calibración
	P-AD-03 Compras de Almacén - Administración
	P-AD-04 Selección y Evaluación de Proveedores - Administración
	P-AD-05 Gestión de Almacenes - Administración
	P-AD-06 Limpieza
	P-AD-07 Lavandería
	P-AD-08 Historias Clínicas
	P-AD-09 Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios
Cobranza y Cajas	P-CN-01 Cobranzas y Cajas
Sistemas Informáticos	P-SI-01 Mantenimiento de Equipos de Computo
Comercial	P-CM-01 Gestión de Ventas
	P-CM-02 Gestión de Quejas y Reclamos
	P-CM-03 Medición de la Satisfacción del Cliente
	P-CM-04 Informes
Sistema Integrado de Gestión	P-SG-01 Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión
	P-SG-02 Control de Registros del Sistema Integrado de Gestión
	P-SG-03 Auditoría Interna de Gestión de Calidad - ISO 9001
	P-SG-04 Acciones Preventivas y Correctivas
Auditoría Médica	P-AM-01 Auditoría de Calidad en Atención en Salud
	P-AM-01 Auditoría de Expedientes
Gerencia Médica	P-GM-01 Control de Producto No Conforme
Gerencia General y Administrativa	P-GG-01 Comunicación Interna y Externa
	P-GG-02 Contratación de Servicios Médicos
	P-GG-03 Revisión por la Dirección

Anexo 10
Procedimientos Propuestos

Anexo 10-A

**CONTROL DE DOCUMENTOS DEL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**



P-SG-01

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Establecer un procedimiento para la elaboración y control de documentos del Sistema Integrado de Gestión de CLINICA AREQUIPA S.A.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a los documentos requeridos por la norma ISO 9001 y la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como para aquellos necesarios para la eficaz operación y control de sus procesos.

3. DEFINICIONES

- **SIG:** Sistema Integrado de Gestión
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Documento Interno:** Documento elaborado por la CLINICA AREQUIPA con la finalidad de estandarizar sus actividades, procesos y cumplir con la reglamentación y normativa interna y externa.
- **Documento Externo:** Documento emitido por un organismo que no pertenece a CLINICA AREQUIPA S.A, que se utiliza como apoyo o referencia a las actividades internas. Estos documentos pueden provenir de clientes, proveedores u otras entidades públicas o privadas (Ejm. Especificaciones técnicas, manuales de equipo, normas legales u otros).
- **Documentos Controlados:** Para efectos del control de documentos de CLINICA AREQUIPA, se consideran documentos controlados del SIG a toda documentación en medio electrónico o físico entregada al personal propio o a terceros, bajo el mecanismo descrito en el presente documento.
- **Copia Controlada:** Copia física de los documentos del Sistema Integrado SIG, entregados con fines didácticos para su uso y aplicación correspondiente, y que se encuentran identificados con sello de “Copia Controlada”.
- **Copia No Controlada:** Copia física de los documentos del Sistema Integrado SIG, que son entregados con fines didácticos o de revisión, y que se encuentran identificados con sello de “Copia No Controlada”.
- **Documento Obsoleto:** Son documentos que fuera de vigencia. Estos deben ser identificados por los usuarios responsables.
- **Manual de la Calidad:** Documento que especifica el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de CLINICA AREQUIPA.
- **Reglamento:** Documento Interno, generado para cumplir con un requisito legal, que contiene un conjunto de normas.
- **Plan:** Documento que especifica los procedimientos y recursos asociados que deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

- **Programa:** Documento Interno que describe los recursos y actividades necesarias para lograr un objetivo determinado.
- **Política del Sistema Integrado de Gestión:** Intenciones globales y orientación formalmente establecida por la Alta Dirección de la CLINICA AREQUIPA relativas a asegurar la calidad de los servicios y la seguridad y salud ocupacional para los trabajadores, en cumplimiento de los requisitos del cliente y reglamentación aplicable.
- **Procedimiento:** Documento que establece la secuencia especificada de actividades u operaciones para llevar a cabo un proceso determinado y obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias.
- **Procedimientos Generales:** Documentos requeridos por la normativa o legislación, que describen las actividades que se llevan a cabo para el aseguramiento de su Sistema Integrado de Gestión.
- **Procedimientos Operativos:** Documentos elaborados por las diferentes áreas, para establecer sus procesos principales.
- **Instructivo:** Documento que provee información detallada sobre cómo efectuar las actividades de los procesos en forma consistente.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.
- Ley de Seguridad y Salud 29783 y su Reglamento.
- Manual del Sistema Integrado de Gestión de Clínica Arequipa.

5. RESPONSABILIDADES

- 5.1. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.
- 5.2. El Jefe del SIG es responsable de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.
- 5.3. El Asistente del SIG es responsable de la correcta ejecución del presente procedimiento.
- 5.4. Las jefaturas de área son responsables de cumplir las directivas establecidas en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Elaboración de Documentos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Elaborar	Gerencias y Jefaturas	1. Identificar la necesidad de elaborar un documento y comunicarlo al SIG. 2. Proceder a la elaboración de acuerdo al tipo de documento y según la estructura establecida en el Anexo I.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>Nota: Para la creación de Guías de Práctica Clínica ver anexo IV.</p> <p>3. Enviar al SIG vía correo electrónico, el documento elaborado para su identificación y control.</p>
Identificar y Controlar	Asistente del SIG	<p>4. Codificar el documento de acuerdo al tipo y área/proceso a la que pertenece, en base a lo establecido en el Anexo II.</p> <p>5. Consignar versión 00 a documento y adecuarlo a la estructura establecida de ser necesario.</p> <p>6. Enviar el documento vía correo electrónico para su revisión y aprobación, según lo establecido en Anexo III.</p>
Revisar y Aprobar	Según Anexo III	<p>8. Revisar y aprobar los documentos. La revisión implica determinar si el documento cumple con los requisitos de estructura, normatividad, y si satisface las necesidades de usuarios en cuanto a redacción, objetividad y claridad.</p> <p>9. Enviar al SIG vía correo electrónico, el documento con la indicación de aprobación para su puesta en vigencia.</p>
Formalizar aprobación	Jefe del SIG	10. Formalizar la elaboración, revisión y aprobación, solicitando las firmas de los responsables en una copia controlada del documento aprobado y archivarlo.
Poner vigente	Asistente del SIG	<p>11. Incluir el documento en la Lista Maestra de Documentos Internos (F-SG-01)</p> <p>12. Guardar el documento en extensión pdf en la carpeta en red “Sistema Integrado de Gestión” y comunicar vía correo electrónico su vigencia.</p> <p>13. En caso de ser necesaria la entrega de copias controladas, realizarla con el correspondiente Cargo Distribución de Documentos (F-SG-02)</p>

6.2 Implementación de Documentos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Implementar documento	Jefatura de área responsable del proceso	1. Gestionar la implementación y cumplimiento de un nuevo documento, dentro de los quince días posteriores a la comunicación de vigencia del mismo.
Comunicar implementación	Jefatura de área responsable del proceso	2. Comunicar vía correo electrónico al Jefe del SIG, el estado de implementación del documento.

6.3 Actualización de Documentos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Identificar necesidad de actualización	Jefaturas de área	1. Identifica la necesidad de actualización un documento y lo comunica al SIG.
Enviar documento	Asistente del SIG	2. Enviar el documento vigente vía correo electrónico al solicitante para su modificación.
Modificar	Jefaturas de área	3. Procede a modificar el documento y enviar al SIG vía correo electrónico, el documento modificado para su identificación y control.
Identificar y Controlar	Asistente del SIG	4. Identificar los cambios realizados en relación a la versión vigente y consignarlos en el punto “Control de Cambios de Versión” los cambios realizados. 5. Actualizar el documento con la información que lo identifique (fecha de emisión, versión, páginas) y adecuarlo a la estructura establecida de ser necesario. 6. Enviar el documento vía correo para su revisión y aprobación.
Revisar y Aprobar	Según Anexo III	7. Revisar y aprobar los documentos de acuerdo a su tipo, alcance y nivel de uso, según lo establecido en el Anexo III. La revisión implica determinar si el documento cumple con los requisitos de estructura, normatividad, y si satisface las necesidades de usuarios en cuanto a redacción, objetividad y claridad. 8. Enviar al SIG documento aprobado vía correo electrónico para su puesta en vigencia.
Poner vigente / Distribuir	Asistente del SIG	9. Actualizar fecha de emisión y versión del documento en la Lista Maestra de Documentos Internos (F-SG-01) 10. Reemplazar el documento en extensión pdf existente en la carpeta en red “Sistema Integrado de Gestión” por la versión vigente, y comunicar vía correo electrónico su vigencia. 11. Verificar la existencia de copias controladas, caso en el cual proceder a reemplazarlas con la versión vigente con el correspondiente Cargo Distribución de Documentos (F-SG-02)
Archivar copias obsoletas	Asistente SIG	12. Archivar la copia controlada firmada de los documentos obsoletos, colocando el sello de “Documento

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>Obsoleto” y mantenerlos por el lapso de un año.</p> <p>13. Archivar el documento obsoleto en medio electrónico por tiempo indeterminado.</p>

6.4 Documentos Externos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Identificar y registrar	Jefaturas de área	1. Identifica los documentos externos provenientes de clientes, proveedores o entidades públicas o privadas por ejm. especificaciones técnicas, manuales de equipo, normativa u otros que se utilizan como apoyo o referencia para las actividades internas.
Registro	Asistente del SIG	2. Registra los Documentos Externos identificados como parte del SIG, en la Lista Maestra de Documentos Externos (F-SG-03).
Disposición y Control	Asistente del SIG	<p>3. En caso de ser necesaria la distribución de copias físicas del documento, sellarlos como “Documento Externo” y distribuirlos con el correspondiente Cargo Distribución de Documentos (F-SG-02).</p> <p>4. De ser necesaria la disposición de documentos externos en formato electrónico guardarlos en la carpeta en red “Sistema Integrado de Gestión” como medio de consulta, e informar por correo electrónico a los usuarios que corresponda.</p>
Actualizar	Jefe de Área	5. Dos veces al año, o en caso de ser necesario, comunicar al SIG la actualización de los documentos externos controlados.
	Asistente SIG	6. Actualizar la Lista Maestra de Documentos Externos (F-SG-03).

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 Todo documento debe ser revisado, actualizado y/o modificado de manera anual o cuando se requieran cambios.

8.2 Está prohibido modificar o reproducir las copias físicas de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión.

8.2 Los flujos gramas se establecen para procedimientos operativos.

8.3 Los formatos son un tipo especial de documento y se controlan en base al procedimiento Control de Registros del Sistema Integrado de Gestión.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-SG-01	Lista Maestra de Documentos Internos	Asistente del SIG	Electrónico	Indeterminado
F-SG-02	Cargo Distribución de Documentos	Asistente del SIG	Físico	Hasta cambio de versión
F-SG-03	Lista Maestra de Documentos Externos	Asistente del SIG	Electrónico	Indeterminado

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

VERSIÓN	CAMBIOS REALIZADOS
00	---

1. ANEXOS

ANEXO I
ESTRUCTURA DE DOCUMENTOS

I. Carátula (Página 1) *No aplica para Cartillas

(TÍTULO)



(CODIGO)

	FECHA DE EMISIÓN		VERSIÓN		PÁGINAS	
ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR		
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:		
CARGO:		CARGO:		CARGO:		
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:		

Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión

II. Encabezado y Pié de Página (Página 2 en adelante)

Encabezado

	(TIPO DE DOCUMENTO)	(CÓDIGO)
	(NOMBRE)	VERSIÓN (XX)

Pié de página

Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión

Página XX



III. Cuerpo de documento para Procedimientos.

1. OBJETIVO

2. ALCANCE

3. DEFINICIONES

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

5. RESPONSABILIDADES

6. DESARROLLO



ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION

7. FLUJOGRAMA

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN

10. CAMBIOS DE VERSIÓN

VERSION	CAMBIOS REALIZADOS

11. ANEXOS

IV. Cuerpo de documento para Manuales e Instructivos.

1. OBJETIVO

2. ALCANCE

3. DEFINICIONES

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

5. RESPONSABILIDADES

6. DESARROLLO

7. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN

8. CAMBIOS DE VERSIÓN

VERSIÓN	CAMBIOS REALIZADOS

9. ANEXOS

V. Cuerpo de documento para Cartillas.

Nota: Los documentos tipo Cartillas no requieren de Caratula como otros documentos

a) Primera Página

(Desarrollo libre)

FECHA DE EMISIÓN		VERSIÓN		PÁGINAS	
ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	

b) Paginas siguientes de Cartillas

Desarrollo (Libre)

VI. Cuerpo de documento para Reglamentos, Programas, Planes u Otros.

La estructura del cuerpo para estos documentos es libre, pudiendo usar el establecido para Procedimientos.

ANEXO II CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

La codificación de los documentos del SIG está compuesta por la siguiente estructura:

X – YY – ZZ

Donde:

X: Cód. del tipo de documento.; YY: Cód. de proceso/área.; ZZ: N° correlativo, numero inicial 00.

Código de Identificación de Tipo de Documento	
A	Política
M	Manual
R	Reglamento Interno
O	Programa
L	Plan
P	Procedimiento
G	Guías de Práctica Clínica
I	Instructivo
F	Formato
C	Cartilla


Código de Identificación de Proceso/Área			
AC	Admisión Consulta Externa	GM	Gerencia Medica
AD	Administración	HO	Hospitalización
AE	Admisión Emergencia	IM	Imagenología
AH	Admisión Hospitalaria	MF	Medicina Física
AI	Auditoría Interna	NE	Neonatología
AM	Auditoría Medica	NT	Nutrición
CE	Consultorio Externo	PD	Presidencia de Directorio
CM	Comercial	PS	Psicología
CN	Contabilidad	RH	Recursos Humanos
CQ	Centro Quirúrgico	SI	Sistemas de Información
EM	Emergencia	SG	Sistema Integrado de Gestión
FA	Farmacia	SO	Salud Ocupacional
GG	Gerencia General y Administrativa	ST	Seguridad y Salud en el Trabajo

ANEXO III
MATRIZ PARA ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SIG

Documento	Elabora	Revisa	Aprueba
Políticas	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Gerente General y Administrativo	Presidencia de Directorio
Manuales de los Sistemas de Gestión	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Representante de la Dirección	Gerente General y Administrativo
Planes y Programas de los Sistemas de Gestión	Jefaturas de Área	Gerente General y Administrativo	Presidencia de Directorio
Planes y Programas de SST	Sistema Integrado de Gestión / Salud Ocupacional	Gerente General y Administrativo	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
Reglamento de SST	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Gerente General y Administrativo	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
Manuales, Planes, Programas y Reglamentos Operativos	Jefaturas	Comités / Gerencia correspondiente	Gerente General y Administrativo
Procedimientos Generales	Jefatura de Área	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Gerente General y Administrativo
Procedimientos, Instructivos Operativos	Jefatura de Área	Gerencia correspondiente	Gerencia correspondiente
Cartillas	Jefatura de Área	Jefe del Sistema Integrado de Gestión	Gerencia correspondiente

ANEXO IV
ESTRUCTURA DE GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

I. Carátula (Página 1)

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA														
(CIE-10 Y NOMBRE)														
														
GPC-XX-XX														
FECHA DE EMISIÓN		VERSIÓN		PÁGINAS										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">APROBADO POR</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">NOMBRE</th> <th style="width: 33%;">CARGO</th> <th style="width: 33%;">FIRMA Y SELLO</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">EDGARD DELGADO CALISAYA</td> <td style="padding: 5px;">GERENTE GENERAL Y ADMINISTRATIVO</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>						APROBADO POR			NOMBRE	CARGO	FIRMA Y SELLO	EDGARD DELGADO CALISAYA	GERENTE GENERAL Y ADMINISTRATIVO	
APROBADO POR														
NOMBRE	CARGO	FIRMA Y SELLO												
EDGARD DELGADO CALISAYA	GERENTE GENERAL Y ADMINISTRATIVO													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión</td> </tr> </table>						Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión								
Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión														
Página 1														


II. Página de Elaboración, Revisión y Aprobación (Página 2)

ELABORADO POR		
NOMBRE	CARGO	FIRMA Y SELLO

VALIDADO POR		
NOMBRE	CARGO	FIRMA Y SELLO

III. Encabezado y Pié de Página (Página 2 en adelante)

Encabezado

	GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA		GPC- VERSIÓN (XX)
	CIE-10:	<i>(NOMBRE)</i>	

Pié de página

Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión
Página 1

IV. Cuerpo

1. OBJETIVO

2. ALCANCE

3. DEFINICIONES

4. BASE LEGAL

5. RESPONSABILIDADES

6. DESARROLLO

I. DEFINICIÓN

- 1.1 Definición (de la patología o grupos de patologías a abordar).
- 1.2 Etiología (establecer la etiología o etiologías probables dependiendo del problema).
- 1.3 Fisiopatología del problema.
- 1.4 Aspectos epidemiológicos importantes.

II. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 2.1 Medio ambiente.
- 2.2 Estilos de vida.
- 2.3 Factores hereditarios (consejo genético).

III. CUADRO CLÍNICO

- 3.1 Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología.
- 3.2 Interacción cronológica y características asociadas.
- 3.3 Gráficos diagramas o fotografías (Opcional)

IV. DIAGNÓSTICO

- 4.1 Criterios de diagnóstico.
- 4.2 Diagnóstico diferencial.

V. EXÁMENES AUXILIARES

- 5.1 De Patología Clínica.
- 5.2 De Imágenes: Rx. Ecografía, Tomografía, etc.
- 5.3 De Exámenes especializados complementarios.

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

- 6.1 Medidas generales y preventivas (cuando corresponda).
- 6.2 Terapéutica (establecer metas a alcanzar con el tratamiento).
- 6.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo.
- 6.4 Signos de alarma a ser tomados en cuenta.
- 6.5 Criterios de Alta: Define los aspectos clínicos y de exámenes auxiliares que permiten garantizar la resolución de la enfermedad del paciente.
- 6.6 Pronóstico.

VII. COMPLICACIONES

Establecer acciones a tomar con las complicaciones más importantes o más frecuentes.

VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Especificar claramente cuando el problema debe ser solucionado en otro nivel de atención.

IX. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Diagrama de flujo que establezca gráficamente los pasos a seguir desde el diagnóstico, el tratamiento hasta el alta del paciente.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Información científica mayormente sustentada en medicina basada en evidencias que permite confirmar y ratificar los conceptos y definiciones mencionadas en el desarrollo de la Guías de Práctica Clínica. Toda bibliografía debe encontrarse vinculada con el texto del informe, mediante los correspondientes numerales en formato superíndice.

7. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

- 7.1 La presente guía debe ser revisada cada dos años a partir de su fecha de vigencia.

8. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN (A llenar por el SIG)

VERSION	CAMBIOS REALIZADOS

9. ANEXOS

Anexo 10-B

CONTROL DE REGISTROS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN



P-SG-02

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros del Sistema Integrado de Gestión de CLINICA AREQUIPA S.A.

2. ALCANCE

Se aplica a los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad del servicio y/o producto, así como de la operación eficaz del Sistema Integrado de Gestión CLINICA AREQUIPA S.A.

3. DEFINICIONES

- **SIG:** Sistema Integrado de Gestión
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Formato:** Documento que tiene una estructura definida para consignar determinada información, y que al ser completado se convierte en un Registro.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.
- Ley de Seguridad y Salud 29783 y su Reglamento.

5. RESPONSABILIDADES

- 5.5. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.
- 5.6. El Jefe del SIG es responsable de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.
- 5.7. Las Jefaturas, el Asistente del SIG y todo usuario de registros del Sistema Integrado de Gestión son responsables de la correcta ejecución del presente procedimiento.

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Elaboración ó Modificación	Jefaturas	<p>1. Elabora ó modifica el formato requerido para un determinado proceso/actividad, considerando la estructura de encabezado y pie de página definidos en Anexo I.</p> <p>2. Enviar al SIG el formato en elaboración ó modificación vía correo electrónico, indicando la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Título - Medio (Físico o electrónico) - Almacenamiento (Ubicación) - Tiempo de retención

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Identificación	Asistente del SIG	<p>3. Identifica el formato teniendo en cuenta el área que lo elabora y su correlativo correspondiente. Ver Anexo II.</p> <p>4. Para el caso de elaborar un nuevo formato, consignar versión “00” en el mismo. En el caso de modificación del formato, incrementa la versión en una unidad.</p> <p>5. Devuelve el registro al elaborador/modificador para su puesta en vigencia.</p> <p>7. Incluir ó actualizar la identificación del formato en la Lista Maestra de Registros (F-SG-04).</p>
Almacenamiento	Usuario	<p>8. Almacena los registros en las ubicaciones definidas en la Lista Maestra de Registros (F-SG-04).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los registros en medio físicos son almacenados en archivadores, files, etc. debidamente identificados y organizados de acuerdo a la necesidad de cada área/proceso. - Los registros en medio electrónicos son almacenados en servidores de archivo de cada área/proceso. - Los registros contenidos en Sistemas Informáticos son almacenados en servidores de base de datos.
Retención	Usuario	<p>9. Conservar los registros el tiempo determinado en Lista Maestra de Registros (F-SG-04).</p> <p>Para determinar el tiempo de conservación se debe consultar la normativa legal vigente. En caso de no encontrarse definido por normativa, definir un tiempo en base a la necesidad de su recuperación y consulta posteriores.</p>
Protección y recuperación	Usuario / Sistemas de Información	<p>10. Protegen los registros de acuerdo al medio del formato permitiendo su fácil y oportuna recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los registros en medio físicos son resguardados en lugares adecuados que eviten su pérdida o deterioro. - Los registros en medio electrónico son resguardados con la copias de seguridad en discos duros externos.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Disposición final	Usuarios	<p>11. Posterior al tiempo de retención establecido en la Lista Maestra de Registros (F-SG-04), se pueden disponer los registros hacia alguno de los siguientes destinos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación - Back up - Archivo pasivo

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

- 8.1 Los formatos pre existentes al Sistema Integrado de Gestión serán identificados únicamente por su título.
- 8.2 Todo trabajador que haga uso de un formato o registro, debe velar porque este permanezca legible y se conserve el tiempo definido.
- 8.3 Todo registro debe ser identificado de manera obligatoria con el nombre del registro y su versión, teniendo en cuenta que aquellos registros donde no figure versión serán tomados como versión 00

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-SG-04	Lista Maestra de Registros	Asistente del SIG	Electrónico	Indeterminado

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

**ANEXO I
ESTRUCTURA DE ENCABEZADO Y PIE DE REGISTROS**

ENCABEZADO

	<p>(NOMBRE DEL REGISTRO)</p>	<p>(CODIGO) VERSIÓN (XX)</p>
---	------------------------------	----------------------------------

PIE DE PÁGINA

<p>Confidencial – Prohibido modificar o reproducir sin autorización del Jefe del Sistema Integrado de Gestión</p>
<p>Página 1 de XX</p>

**ANEXO II
CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

La codificación de los documentos del SIG está compuesta por la siguiente estructura:

X – YY – ZZ

Donde:

X: Cód. del tipo de documento.; YY: Cód. de proceso/área.; ZZ: N° correlativo, numero inicial 00.

Código de Identificación de Tipo de Documento	
A	Política
M	Manual
R	Reglamento Interno
O	Programa
L	Plan
P	Procedimiento
G	Guías de Práctica Clínica
I	Instructivo
F	Formato
C	Cartilla

Código de Identificación de Proceso/Área			
AC	Admisión Consulta Externa	GM	Gerencia Medica
AD	Administración	HO	Hospitalización
AE	Admisión Emergencia	IM	Imagenología
AH	Admisión Hospitalaria	MF	Medicina Física
AI	Auditoría Interna	NE	Neonatología
AM	Auditoría Medica	NT	Nutrición
CE	Consultorio Externo	PD	Presidencia de Directorio
CM	Comercial	PS	Psicología
CN	Contabilidad	RH	Recursos Humanos
CQ	Centro Quirúrgico	SI	Sistemas de Información
EM	Emergencia	SG	Sistema Integrado de Gestión
FA	Farmacia	SO	Salud Ocupacional
GG	Gerencia General y Administrativa	ST	Seguridad y Salud en el Trabajo



Anexo 10-C

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL



P-RH-01

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento a seguir para el reclutamiento y selección de personal, para asegurar que el personal seleccionado, cumpla los requisitos definidos en la descripción y perfil del puesto correspondiente, y contribuya en mejorar la calidad del servicio de las diferentes áreas de Clínica Arequipa.

2. ALCANCE

Se aplica para los requerimientos y selección de personal de todas las áreas de Clínica Arequipa.

3. DEFINICIONES

- **Reclutamiento:** Conjunto de procedimientos utilizados con el fin de atraer a un número suficiente de candidatos idóneos para un puesto específico en una determinada organización.
- **Selección:** Es el Conjunto de procedimientos para evaluar y medir las capacidades de los candidatos a fin de elegir, sobre la base de criterios preestablecidos, a aquellos que presentan mayor posibilidad de adaptarse al puesto disponible, de acuerdo con las necesidades de la organización.
- **Descripción y Perfil de Puesto:** Es un documento conciso de información objetiva que identifica la tarea por cumplir, la responsabilidad que implica y la educación, formación, habilidades y experiencia necesaria para el puesto.
- **Sistemas Integrados de Gestión (SIG):** Área encargada de lograr las metas y objetivos de una organización mediante una serie de estrategias, que incluyen la optimizan de procesos, el enfoque centrado en la gestión y el pensamiento disciplinado.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma Internacional ISO 9001, Sistemas de gestión de la calidad, Req. 6.2.1, 6.2.2

5. RESPONSABILIDADES

- 5.1. **Gerente General y Administrativo:** Aprobar el procedimiento para su implementación, y asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.
- 5.2. **Jefe de Recursos Humanos:** Elaborar, gestionar y velar por el cumplimiento del procedimiento.
- 5.3. **Jefaturas, Coordinadores y Encargados:** Cumplir y hacer cumplir el procedimiento.
- 5.4. **Psicóloga:** Emitir informe Psicológico

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Requerimiento de Personal	Jefe de Área	<p>1. Identifica la necesidad de personal para su área y presenta el Requerimiento de Personal FRH.01 a la Jefatura de Recursos Humanos.</p> <p>Para el caso de puestos nuevos la jefatura debe elaborar y presentar adicionalmente la Descripción y Perfil del Puesto solicitado.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Revisión de Requerimiento	Jefe de Recursos Humanos Gerencias	<p>2. El Jefe de Recursos Humanos revisa el Requerimiento de Personal F-RH-01 emitido por el Jefe de Área e indica en el mismo si procede o no.</p> <p>3. El Jefe de Recursos Humanos envía el Requerimiento de Personal F-RH-01 a la Gerencia correspondiente según se trate de personal Asistencial ó Administrativo, para su revisión e indicación de si procede o no.</p> <p>En el caso de personal Asistencial lo envía posteriormente a la Gerencia General y Administrativa para su revisión final.</p> <p>4. En caso de que el Requerimiento de Personal F-RH-01 proceda el Jefe de Recursos Humanos envía a Presidencia de Directorio para su aprobación final.</p>
Aprobación de Requerimiento	Presidencia de Directorio	5. Aprueba el Requerimiento de Personal F-RH-01 y lo deriva la Área de Recursos Humanos.
Convocatoria	Jefe de Recursos Humanos y/o Analista de Recursos Humanos	6. Realiza la convocatoria a través de diferentes medios escritos o virtuales (Periódicos, murales, Internet u otros).
Pre selección	Jefe de Recursos Humanos	7. Recibe de manera virtual o física los CV'S. de los candidatos. Selecciona los candidatos que cumplan los requisitos de acuerdo a la Descripción y Perfil de Puesto F-RH-02 , se contacta con los candidatos preseleccionados para la entrevista con el Jefe y/o Analista de Recursos Humanos.
Entrevista	Jefe de Recursos Humanos /	8. Entrevista a los candidatos seleccionados para ello utiliza la Ficha de Entrevista F-RH-03 .
Evaluación Psicotécnica	Jefe Recursos Humanos	9. Entrega al candidato la prueba Psicotécnica, y una vez resueltos los remite al área de Psicología para su evaluación.
Evaluación Psicotécnica	Psicóloga	10. Evalúa los test y emite su Informe de Prueba Psicotécnica F-RH-04 al Jefe de Recursos Humanos.
Entrevista con Jefe de Área	Jefe de Área Solicitante	11. Realiza la entrevista personal a la terna de candidatos seleccionados.
Selección de candidato	Jefe de Área Solicitante	<p>12. Tomando en cuenta el resultado de las entrevistas realizadas y el Informe de Prueba Psicotécnica, selecciona al candidato apto y lo registra en la Ficha de Entrevista F-RH-03.</p> <p>13. Comunica al Jefe y/o Analista de Recursos Humanos el personal seleccionado entregando la Ficha de Entrevista F-RH-03 para su archivo.</p>
Coordinar Examen ocupacional	Asistente Social	14. Coordina con el Medico Jefe de Salud Ocupacional para realizar los exámenes ocupacionales de inicio de relación laboral, y lo deriva a dicha área.
Examen Ocupacional	Medico Jefe de salud Ocupacional	15. El medico Jefe de Salud Ocupacional realiza los exámenes y comunica al Jefe y/o

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		Analista de Recursos Humanos los resultados, haciendo entrega del Certificado de Aptitud F-RH-05 .
Comunicación de Selección de personal	Jefe y/o Analista de Recursos Humanos	16. Comunica al personal seleccionado la decisión tomada y coordina la fecha para la inducción y contratación correspondiente.
Legajo de personal	Asistente Social	17. Da apertura al legajo del personal seleccionado con la Ficha de Personal F-RH-10 y documentos requeridos según el caso, esos deberán ser entregados en un plazo máximo de 7 días hábiles.

7. FLUJO GRAMA

No Aplica

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1. En caso que el personal seleccionado sea considerado como no apto según el examen ocupacional, se procederá a llamar a la siguiente alternativa.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-RH-01	Requerimiento de Personal	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-02	Perfil de Puesto	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-03	Ficha de Entrevista	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-04	Informe de Prueba Psicotécnica	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-05	Certificado de Aptitud	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-10	Ficha de Personal	Jefatura de RRHH	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
----	---

11. ANEXOS

No Aplica

Anexo 10-D

INDUCCION DE PERSONAL



P-RH-02

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Brindar al trabajador una efectiva orientación sobre las funciones que desempeñará, la organización y estructura de la empresa, así como los Sistemas de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todo el personal nuevo que ingresa a Clínica Arequipa para su inducción a la empresa y al puesto de trabajo.

3. DEFINICIONES

- **Inducción de Personal:** Proceso a través del cual un nuevo trabajador es capacitado en las políticas, procedimientos, reglamentos, etc. En donde se le comunica sus derechos y obligaciones en la empresa. Para facilitar su inserción en el puesto de trabajo y asegurar el buen desempeño de sus funciones.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008. Req. 6.2.2
- Reglamento Interno de Trabajo
- Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo

5. RESPONSABILIDADES

5.5. Gerente General y Administrativo: Aprobar el procedimiento para su implementación, y asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.6. Jefatura de Recursos Humanos: Elaborar, gestionar y velar por el cumplimiento del procedimiento.

5.7. Jefe del SIG: Brindar la inducción a los Sistemas de Gestión de la empresa.

5.8. Jefaturas de Área: Dar la inducción específica del Puesto de Trabajo.

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Programa Inducción	Jefe de Recursos Humanos	<p>1. Programa la inducción del personal nuevo (a más tardar al segundo día de ingreso), para ello coordina vía correo electrónico y/o memorándum, la fecha y el horario, con los responsables de brindar la inducción, siendo estos los siguientes:</p> <p>Inducción general a la empresa: (Responsable) Asistente Social.</p> <p>Sistemas Integrados: (Responsable): Asistente del SIG.</p> <p>Inducción al puesto: (Responsable) Jefe de área.</p> <p>Para la programación de los tiempos de inducción con los responsables debe tomar en cuenta los siguientes criterios:</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Responsable</th> <th>Tiempo (min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asistenta Social</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Asistente del SIG</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Jefe de Área</td> <td>Según necesidad del puesto</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: En caso que un personal sea promovido de puesto temporal o permanentemente, deberá pasar inducción específica referente al nuevo puesto de antes de iniciar sus actividades en dicho puesto.</p>	Responsable	Tiempo (min)	Asistenta Social	45	Asistente del SIG	45	Jefe de Área	Según necesidad del puesto
Responsable	Tiempo (min)									
Asistenta Social	45									
Asistente del SIG	45									
Jefe de Área	Según necesidad del puesto									
Gestiona la Inducción	Asistenta Social	<p>2. Realiza las coordinaciones con los responsables de brindar las inducciones.</p> <p>3. Convoca al personal a la inducción según la programación y coordinaciones realizadas.</p>								
Brinda Inducción a la Empresa	Asistenta Social	<p>4. Brinda la inducción al personal nuevo y lo registra en el formato de Ficha de Inducción de Personal F-RH-06 siendo los temas a desarrollar los propuestos en dicha ficha.</p>								
Brinda Inducción a la Empresa	Jefe del SIG	<p>5. Brinda la inducción en Sistemas Integrados de Gestión y lo registra en el formato de Ficha de Inducción de Personal F-RH-06 siendo los temas a desarrollar los propuestos en dicha ficha referentes a calidad y seguridad y salud en el trabajo.</p>								
Brinda Inducción al Puesto	Jefe de Área	<p>6. El Jefe de Área brindará la inducción específica relacionada al puesto de trabajo, en cuanto a los siguientes temas: Perfil de Puesto F.RH.02, Documentos del SIG de su área, Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles del puesto, y registros específicos para el puesto.</p> <p>7. Entregar los Equipos de Protección Personal que correspondan al puesto indicándole el uso correcto de éstos, con el respectivo cargo.</p> <p>Nota: En el caso de retiro de una Jefatura de manera intempestiva, el responsable de brindar la inducción específica al puesto de trabajo serán las Gerencias a las jefaturas de su dependencia.</p>								

7. FLUJO GRAMA

No Aplica

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1. En caso que el personal seleccionado sea considerado como no apto según el examen ocupacional, se procederá a llamar a la siguiente alternativa.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-RH-06	Requerimiento de Personal	Jefatura de RRHH	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

No Aplica

Anexo 10-E

CAPACITACIÓN, FORMACION Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL



P-RH-03

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Definir la metodología a seguir para asegurar que el personal de Clínica Arequipa se encuentre permanentemente capacitado, para lograr la competencia necesaria, tomando en cuenta su educación, formación, habilidades y experiencia.

2. ALCANCE

Se aplica a personal de todas las áreas de Clínica Arequipa.

3. DEFINICIONES

- **Capacitación:** Es la adquisición de conocimientos en forma teórica y práctica para contribuir al desarrollo del personal en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las necesidades requeridas.
- **Capacitación Interna:** Eventos de capacitación sobre técnicas y/o temas académicos, científicos, tecnológicos, u otros desarrollados por personal de institución.
- **Capacitación Externa:** Eventos de capacitación sobre técnicas y/o temas académicos, científicos, tecnológicos, u otros desarrollados por proveedores externos.
- **Taller:** Metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica. Se caracteriza por la investigación, el aprendizaje por descubrimiento y el trabajo en equipo.
- **Seminario:** Reunión especializada, de naturaleza técnica o académica, que intenta desarrollar un estudio profundo sobre una determinada materia.
- **Curso:** Reunión con programa determinado que se repetirá tantas veces como se realice el mismo.
- **Charla:** Reunión informal de varias personas. Puede ser temáticas o impartidas por un experto.
- **Competencias personales:** Aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades.
- **Evaluación de Desempeño por Competencias y Cumplimiento de Funciones:** Proceso a seguir para estimar el grado de eficacia con el que las personas llevan a cabo las actividades laborales a su cargo, con la finalidad de detectar necesidades de capacitación en el personal, retroalimentar al personal y poder brindar un servicio de óptima calidad.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008. Req. 6.2.2.

5. RESPONSABILIDADES

- 5.1. **El Gerente General y Administrativo** es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.
- 5.2. **El Jefe de Recursos Humanos** es responsable de la planificar y controlar de la capacitación del personal, velando por el cumplimiento del presente procedimiento.
- 5.3. **La Asistente Social** es responsable de la ejecución del presente procedimiento.
- 5.4. **Las Jefaturas de Área** son responsables de elaborar el Diagnostico de capacitación del área a su cargo.

6. DESARROLLO

6.1 CAPACITACIONES PROGRAMADAS: INTERNAS Y EXTERNAS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Identifica Necesidades de Capacitación	Jefe de Recursos Humanos/ Jefes de Área	1. En el último trimestre del año se identifican las necesidades de capacitación del personal a su cargo utilizando uno ó más de los siguientes medios: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Desempeño por Competencias y Cumplimiento de Funciones • Informes de auditorías. • Investigación de accidentes e incidentes. • Requisitos legales. • Quejas, reclamos y sugerencias
Registra Necesidades de Capacitación	Jefes de Área	2. Registrar las necesidades de capacitación en el formato Diagnóstico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 y enviarlo con las firmas y sellos correspondientes al Jefe de Recursos Humanos.
Registra Necesidades de Capacitación	Jefe de Recursos Humanos	3. Realizar un compilado de los registros Diagnóstico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 enviados por las jefaturas de área, y enviarlo a la Asistente Social.
Cotización de Capacitaciones	Asistente Social	4. En base al Diagnóstico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 enviado por la jefatura de Recursos Humanos, realizar las cotizaciones de las capacitaciones y presentarlas al Jefe de Recursos Humanos.
Presentación de Necesidades de Capacitación	Jefe de Recursos Humanos	5. Presenta el Diagnostico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 con las cotizaciones correspondientes, a la Gerencia General y Administrativa y a Presidencia de Directorio para su aprobación. Nota: En el caso de capacitaciones de áreas asistenciales, se considerara previamente la aprobación del Gerente Médico.
Aprobación de Necesidades de Capacitación	Presidencia de Directorio	6. Entregar el Diagnostico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 con las capacitaciones aprobadas, al Jefe de Recursos Humanos.
Elabora el Plan Anual de Capacitación Continua	Jefe de Recursos Humanos	7. Elabora el Plan Anual de Capacitación Continua L-RH-01 según al Diagnóstico de Necesidades de Capacitación F-RH-08 debidamente aprobado.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Aprobación del Plan anual de Capacitación Continua	Gerencia General y Administrativa	8. Aprueba el Plan anual de Capacitación Continua del periodo correspondiente. Nota: en caso de no ser aprobado, se envía las observaciones a recursos humanos para su modificación.
Comunicación de Plan anual de Capacitación Continua	Jefe de Recursos Humanos/Jefes de área	9. Comunican al personal involucrado el Plan Anual de Capacitación Continua L-RH-01 respectivo, utilizando los medios de comunicación interna
Coordina y Ejecuta la Capacitación	Asistente Social/Jefes de áreas	10. La Asistente Social y los Jefes de Áreas coordinan y ejecutan las capacitaciones internas y externas en base al Plan anual. Todas las capacitaciones deberán registrarse en la Lista de Asistencia F-RH-09 , y enviar una copia a Recursos Humanos a la brevedad. Nota: Las capacitaciones externas deben ser sustentadas mediante certificados, constancias u otros.
Seguimiento de los Programa Anual de Capacitación	Jefe de Recursos Humanos	11. Trimestralmente realizar seguimiento del cumplimiento del Programa Anual de Capacitación F-RH-11 , y registrando el mismo en el formato de Verificación de cumplimiento de Plan F-RH-12 .
Evalúa la eficacia de la capacitación	Jefe de Recursos Humanos	12. La evaluación de la eficacia de las capacitaciones se realizará con la Evaluación de Desempeño por Competencias y Cumplimiento de Funciones F-RH-07 . Adicionalmente se podrán aplicar evaluaciones adicionales cuando las jefaturas consideren necesarias.
Informa a Gerencia General	Jefe de Recursos Humanos	13. Informar el seguimiento del cumplimiento del Plan Anual de Capacitación Continua L-RH-01 de las distintas áreas. De encontrar algún incumplimiento y/o mejora en el programa de capacitación, se realiza las modificaciones y se envía al Gerente General para su aprobación (semestral).

6.2 CAPACITACIONES NO PROGRAMADA: INTERNAS Y EXTERNAS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Presentación de solicitud	Solicitante	1 Presenta formato de Solicitud de Financiamiento F-RH-13 , al jefe inmediato superior.
Aprobación	Jefe inmediato/ Jefe de Recursos Humanos	2 El jefe inmediato aprueba la Solicitud de Financiamiento F-RH-13 y eleva a recursos humanos para opinión. 3 Jefe de Recursos Humanos eleva a gerencia general para su aprobación.
	Gerente General y Administrativo	4 Gerencia General y Administrativa aprueba la Solicitud de Financiamiento F-RH-13 y deriva a Recursos Humanos para su gestión.
Realización	Jefe de Recursos Humanos	5 Comunica al solicitante y gestiona la capacitación aprobada. Nota: Una vez llevado a cabo la capacitación, el solicitante deberá presentar la copia de certificado, constancia u otro otorgado, para su archivo en el legajo del personal.

7. FLUJO GRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

Ninguna.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-RH-07	Desempeño por Competencias y Cumplimiento de Funciones	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-08	Diagnóstico de Necesidades e Capacitación	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-09	Lista de Asistencia	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-11	Programa Anual de Capacitación	Jefatura de RRHH	Físico	2 años
F-RH-12	Verificación de Cumplimiento de Plan	Jefatura de RRHH	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

No Aplica



Anexo 10-F

MANTENIMIENTO



P-AD-01

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Asegurar el correcto funcionamiento y operatividad de equipos e infraestructura de Clínica Arequipa, minimizando el riesgo de fallo.

2. ALCANCE

Aplica a todo equipo e infraestructura cuya operatividad tenga incidencia directa en la calidad servicios que brinda la Clínica Arequipa.

No aplica para equipos de cómputo, cuyo mantenimiento se realiza según lo establecido en el procedimiento Mantenimiento de Equipos de Cómputo.

3. DEFINICIONES

- **Infraestructura:** Sistema de instalaciones, equipos y mobiliario necesarios para el funcionamiento de una organización.
- **Equipo:** Conjunto formado por maquinaria, instrumentos y el material necesario para la ejecución de diversas actividades.
- **Mantenimiento Preventivo:** Mantenimiento que tiene lugar antes de que ocurra la avería ó falla. También es denominado “mantenimiento programado”.
- **Mantenimiento Correctivo:** Es aquel que se realiza para corregir o reparar las averías o fallas una vez identificados.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008

5. RESPONSABILIDADES

5.8. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.9. La Jefatura de Administración y el supervisor de mantenimiento son los responsable de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.10. Las Jefaturas de Área son responsables de cumplir las directivas establecidas en el presente procedimiento.

5.11. El Comité de Monitoreo de Mantenimiento es responsable de velar por el cumplimiento del presente procedimiento

6. DESARROLLO

6.5 Mantenimiento Preventivo

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Actualizar Inventario	Jefe de Control Patrimonial	1. Actualizar el inventario de maquinaria y equipos cuando se realizan adquisiciones ó bajas de los mismos.
Elaborar Programa	Supervisor de Mantenimiento	<p>2. En base a la información del Inventario actualizado el Supervisor de Mantenimiento elabora el Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01), teniendo en cuenta la frecuencia de mantenimientos comprometidos por garantía, la frecuencia recomendada por los proveedores y el Manual del fabricante, y/o las indicaciones del personal especializado de mantenimiento.</p> <p>3. Enviar el Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01) al Gerente General y Administrativo para su revisión y aprobación.</p> <p>Nota: Cuando se adquiera un equipo o posterior a una inspección se detecte la necesidad de realizar una actividad de mantenimiento preventivo, debe incluirse en dicho programa y solicitar la aprobación respectiva.</p>
Aprobar Programa	Gerente General y Administrativo	<p>4. Revisa y aprueba el Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01).</p> <p>En caso de observaciones, la Gerencia General y Administrativa, solicitará las modificaciones que considere necesarias antes de su aprobación.</p>
Comunicar Programa	Supervisor de Mantenimiento.	5. Comunica el Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01) a las Jefaturas de Áreas para el cumplimiento del mismo en sus áreas/procesos.
Gestionar Mantenimiento	Encargado de administración	<p>6. Solicita cotización a proveedores para los servicios de mantenimiento requeridos.</p> <p>7. Una vez determinado el proveedor, se envía la Orden de Servicio y se coordina la fecha y horario de mantenimiento, así como los materiales que se requiera.</p> <p>En caso de equipos dentro de garantía, se coordina</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>con los proveedores la ejecución del mantenimiento.</p> <p>8. Se realizan las coordinaciones con el Jefe de Área donde se encuentra ubicado el equipo, la fecha y horario del mantenimiento programado.</p>
Ejecutar Mantenimiento	Proveedor de Servicio de Mantenimiento	<p>9. En coordinación con el Supervisor de Mantenimiento y el Jefe de Área, realizar el mantenimiento preventivo requerido.</p> <p>Registrar el mantenimiento realizado en la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) entregado por el Supervisor de Mantenimiento.</p>
Conformidad del Servicio	Jefe de Área	10. Verifica la operatividad del equipo y da conformidad del servicio firmando la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) .
Reporte del Servicio	Proveedor de Servicio de Mantenimiento	11. Entregar la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) al Supervisor de Mantenimiento y determinar la fecha de la presentación del Informe de Mantenimiento y emisión del Certificado correspondiente.
Registro del Mantenimiento	Supervisor de Mantenimiento	12. Registrar el mantenimiento realizado en la Ficha de Mantenimiento del Equipo (F-AD-03) .
Seguimiento y Reporte	Supervisor de Mantenimiento	<p>13. Realizar el seguimiento y verificación de cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01).</p> <p>En caso de mantenimientos no realizados, estos deben ser reprogramados dentro del mes siguiente, y se procede a actualizar el Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos (F-AD-01).</p> <p>14. Semestralmente informar al Gerente General y Administrativo el cumplimiento del programa.</p>

6.2. Mantenimiento Correctivo / Otros

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
Reporte de Avería ó Falla / Mantenimiento de infraestructura	Jefaturas de Área	1. Cuando se detecte una falla y/o avería de un equipo, ó ante la necesidad de mantenimiento correctivo de infraestructura, el Jefe de Área, debe solicitar el mantenimiento mediante Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) a la Jefatura de Administración o al Auxiliar de Mantenimiento para la ejecución del mantenimiento correspondiente.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		Para el caso de actividades en las que se requiera la intervención de personal técnico de mantenimiento (como instalaciones, movimientos y otros), deben solicitarse mediante Orden de Trabajos Diversos (F-AD-12) .
Realizar Mantenimiento Correctivo	Auxiliar de Mantenimiento / Proveedor de Servicio de Mantenimiento	2. Realizar el mantenimiento requerido y registrar las actividades realizadas en la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) . El proveedor de servicio debe entregar la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) al Supervisor de Mantenimiento.
Conformidad del Servicio	Jefe de Área	3. Verifica la operatividad del equipo y da la conformidad del servicio firmando la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) .
Reporte del Servicio	Proveedor de Servicio de Mantenimiento	4. Entrega la Orden de Trabajo de Mantenimiento (F-AD-02) al Encargado de administración y determinar la fecha de la presentación del Informe de Mantenimiento y emisión del Certificado correspondiente.
Registro del Mantenimiento	Supervisor de Mantenimiento	5. Registrar el mantenimiento realizado en la Ficha de Mantenimiento del Equipo (F-AD-02) .

7. FLUJO GRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

8.1 La Encargado de administración, el Supervisor de Mantenimiento y el Jefe de Control Patrimonial, conforman el Comité de Monitoreo de Mantenimiento.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-AD-01	Programa Anual de Mantenimiento de Maquinaria y Equipos	Supervisor de Mantenimiento	Físico	2 año
F-AD-02	Orden de Servicio de Mantenimiento	Encargado de administración	Físico	2 año
F-AD-03	Ficha de Mantenimiento del Equipo	Supervisor de Mantenimiento	Físico	2 año
---	Orden de Servicio	Encargado de administración	Electrónico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN

VERSIÓN	CAMBIOS REALIZADOS

11. ANEXOS

Ninguno.

Anexo 10-G

COMPRAS - ADMINISTRACIÓN



P-AD-03

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Abastecer en forma oportuna bienes y servicios que cumplan con los requisitos de compra especificados por cada una de las áreas de Clínica Arequipa, para el desempeño de sus actividades.

2. ALCANCE

Desde que el cliente interno identifica la necesidad de adquirir bienes y/o servicios, hasta que Almacén le hace entrega de lo solicitado.

3. DEFINICIONES

- **Cliente interno.-** Personal de la Clínica que identifica dentro de su proceso, la necesidad de adquirir un bien o servicio para su utilización.
- **Orden de compra.-** Documento que establece la información comercial específica para la adquisición de bienes el cual es emitido al proveedor. Este documento indica detalle del producto, precio, condiciones de pago entre otras.
- **Orden de servicio.-** Documento que establece la información comercial específica para la adquisición de servicios el cual es emitido al proveedor. Este documento indica detalle del servicio, precio, condiciones de pago entre otras.
- **Proveedor.-** Empresa o persona que proporciona bienes y/o servicios a la empresa.
- **Suministros (bienes de libre disposición).-** Materiales e insumos de primera necesidad que se suministran con una frecuencia determinada; tales como útiles de escritorio, papelería, tintas y toners, etc.
- **Equipos médicos.-** Los aparatos, accesorios, e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.
Servicio.- Producto intangible.
- **Requisición.-** Es la solicitud de productos o servicios que realiza algún personal del proceso.
- **Suministros/Bienes/Servicios Críticos.-** Aquellos cuyo uso o aplicación incide en la calidad del servicio prestado.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.

5. RESPONSABILIDADES

5.12.El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.13.El Encargado de almacén y Encargado de administración son los responsables de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.14.Las jefaturas de área son responsables de cumplir las directivas establecidas en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Compra de Suministros

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Solicita bien o servicio	Cliente interno	1. Identifica la necesidad de adquirir suministro, para el desarrollo de sus actividades, y lo solicita al Jefe de Área quien evalúa y determina si procede la requisición.
Realiza requisición	Jefe de Área	2. Registrar la requisición en el formato “ Pedido Interno de Producto ” y lo presenta al Encargado de administración para su aprobación.
Aprueba requisición	Encargado de Administración	3. Aprueba el “ Pedido Interno de Producto ” y lo entrega al Responsable de Almacén para la entrega del bien o elaboración de la orden de compra.
Compra de Suministro	Encargado de Almacén	4. Procede a la compra del suministro elaborando la Orden de Compra . (Continúa en el punto 6.2 (8) del presente procedimiento). En casos de compras a nuevos proveedores, se procede a la búsqueda de los mismos (Continúa en el punto 6.2 (4) del presente procedimiento). La compra de suministros de reposición automática no requiere autorización, ya que Almacén debe mantener un stock permanente de los mismos. Nota: La compra de suministros críticos se debe realizar a proveedores aprobados que figuren en el Listado de Proveedores Aprobados (F-AD-06) . En caso de no contar con ninguno aprobado, realizar la selección del mismo de acuerdo al procedimiento P-AD-05 Selección y Evaluación de Proveedores.

6.2 Compra de Bienes ó Servicios

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Solicita suministro ó servicio	Cliente interno	1. Identifica la necesidad de adquirir un bien activo o servicio para el desarrollo de sus actividades y lo comunica al Jefe de Área quien evalúa y determina si procede la requisición.
Realiza requisición	Jefe de Área	2. Efectuar la requisición, registrando los datos del mismo en el Formato de Requisición (F-AD-05) . Presenta el Formato de Requisición (F-AD-05) a las

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN								
		<p>siguientes instancias para su revisión:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Compra</th> <th>Presenta solicitud a:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No Recurrente</td> <td>Gerente General y Administrativo</td> </tr> <tr> <td>Equipos médicos</td> <td>Gerente Médico</td> </tr> <tr> <td>Servicios</td> <td>Encargado de administración</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de Compra	Presenta solicitud a:	No Recurrente	Gerente General y Administrativo	Equipos médicos	Gerente Médico	Servicios	Encargado de administración
Tipo de Compra	Presenta solicitud a:									
No Recurrente	Gerente General y Administrativo									
Equipos médicos	Gerente Médico									
Servicios	Encargado de administración									
Aprueba la requisición	Gerente General y Administrativo/ Gerente Médico	<p>3. Evalúa si lo requerido es necesario para el desempeño del proceso ó actividad del área solicitante, aprobando toda la requisición o parte de la misma, dando su V°B° en el formato de Requisición (F-AD-05). Entrega Formato de Requisición (F-AD-05) al Responsable de Almacén para el caso compra de bienes, o al Encargado de Administración si se trata de compra de Servicios.</p>								
Búsqueda de proveedor	Responsable de Almacén /Encargado de administración	<p>4. Realiza la búsqueda de tres proveedores tomando en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia. - Disponibilidad/Tiempo de Entrega - Garantía y servicio técnico - Precio. - Referencias. <p>Para el caso de bienes ó servicios críticos, verifica si existe un proveedor aprobado en el Listado de Proveedores Aprobados (F-AD-06), caso contrario procede a la selección de un proveedor de acuerdo a lo establecido en el procedimiento P-AD-05 Selección y Evaluación de Proveedores.</p>								
Realiza la cotización	Responsable de Almacén /Encargado de Administración	<p>5. Solicitar cotización del requerimiento a los proveedores. Recibir cotizaciones, registrar la información en el formato Cotizaciones de Bienes y/o Servicios (F-AD-07) y adjuntar cotizaciones enviadas por proveedores.</p> <p>Para el caso de equipos médicos deberán adjuntarse además las especificaciones propias del equipo como fichas técnicas o catálogos.</p> <p>Para el caso de equipos médicos presentar el formato Cotizaciones para Bienes y/o Servicios (F-AD-07)</p>								

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>al Jefe de Área solicitante y usuario(s) del equipo para que den su V°B° del o los equipos que se quieren adquirir.</p> <p>Nota: La cotización aplicara si el monto del bien o servicio a adquirir es mayor a S/ 200.00 de ser menor emite directamente la orden de compra.</p>
Aprueba la cotización	Gerente General y Administrativo/ Gerente médico	<p>6. El Gerente General y Administrativo revisa y da su V°B° al formato Cotizaciones para Bienes y/o Servicios (F-AD-07), indicando el proveedor seleccionado para la adquisición.</p> <p>Para el caso de equipos médicos la revisión y aprobación la realiza el Gerente General y Administrativo en coordinación con el Presidente del Directorio. Sin embargo si la compra es superior a \$ 10,000 (Diez mil dólares americanos) deberá adicionalmente presentarse al Directorio para su V°B°.</p>
Aprueba la cotización	Gerente General y Administrativo/ Gerente médico	<p>7. Entregar Formato de Cotizaciones para Bienes y/o Servicios (F-AD-07) aprobado al Responsable de Almacén o Encargado de Administración según sea el caso.</p>
Elabora la orden de compra u orden de servicio	Responsable de Almacén/ Encargado de Administración	<p>8. Registra en la Orden de Compra u Orden de Servicio la solicitud de bienes u servicios requeridos.</p> <p>Nota: Para el caso de servicios y cuando el monto del servicio a adquirir es mayor a S/. 1,000 (Mil y 00/100 nuevos soles) el Encargado de Administración elabora un Pre Contrato del Servicio donde se detalla las especificaciones de la compra. Dicho documento deberá estar firmado por el proveedor.</p>
Aprueba la orden de compra u orden de servicio	Gerente General y Administrativo/ Gerente Médico	<p>9. Da su V°B° a la Orden de Compra u Orden de Servicio, así como al Pre Contrato de Servicio.</p> <p>Para el caso de equipos médicos el Gerente Médico da su V°B°, si la compra es superior a \$ 10,000 (Diez mil dólares americanos) se deberá presentar al Directorio quien registra su V°B° en la orden.</p>
Envía la orden de compra y/o orden de servicio	Responsable de almacén/ Encargado de Administración	<p>10. Emite física y/o electrónicamente la Orden de Compra u Orden de Servicio al proveedor seleccionado.</p>
Recibe y verifica los bienes y/o servicios adquiridos	Responsable de Almacén	<p>11. El Responsable de Almacén recibe el bien verificando que cumpla con las especificaciones de la Orden de Compra u Orden de Servicio. Y da su conformidad firmando la Guía y/o Factura de la compra.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		Para el caso de equipos médicos, la verificación la realizara el usuario del equipo conjuntamente con el Jefe de Área, quienes darán su conformidad firmando la Guía y/o Factura de la compra.
	Encargado de administración	12. Verifica que el servicio realizado sea satisfactorio, revisando que las especificaciones del contrato se hayan cumplido, dando conformidad al servicio.
Ingresa la compra	Responsable de Almacén	13. El Responsable de Almacén ingresa la compra de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Gestión de Almacenes (P-AD-04).
Entrega facturas	Responsable de Almacén/ Encargado de Administración	14. Entrega las facturas de los proveedores al área de Contabilidad semanalmente para que realice su trámite de pago. Nota: En el caso de compras de bienes entregara adjunto a la factura la Orden de Compra , y el formato “Ingreso por Compra”.

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 Todo trabajador que haga uso de un registro, debe velar porque este permanezca legible y se conserve el tiempo definido.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-AD-05	Formato de Requisición	Responsable de Almacén	Físico	2 años
F-AD-06	Listado de Proveedores Aprobados	Responsable de Almacén	Electrónico	2 años
F-AD-07	Cotización de Bienes y Servicios	Responsable de Almacén	Físico	2 años
---	Pedido Interno de Producto	Responsable de Almacén	Físico	2 años
---	Orden de Compra	Responsable de Almacén	Electrónico	2 años
---	Orden de Servicio	Responsable de Almacén	Electrónico	2 años
---	Ingreso por Compra	Responsable de Almacén	Electrónico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

Ninguno



Anexo 10-H

SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES- ADMINISTRACIÓN



P-AD-04

FECHA DE EMISIÓN:	VERSIÓN:	PÁGINAS:
-------------------	----------	----------

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

El presente documento establece los criterios de selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a proveedores de bienes y servicios críticos.

3. DEFINICIONES

- Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra bienes o servicios.
- Bienes y Servicios Críticos: Son aquellos cuyo uso o aplicación influye directamente en la calidad del producto ó servicio brindado.
- Evaluación de proveedores: Proceso mediante el cual se evalúa el grado en que un proveedor cumple los criterios de selección establecidos por Clínica Arequipa.
- Re-evaluación de proveedores: Proceso de evaluación que se realiza, en función a los resultados obtenidos al trabajar con un proveedor y conocer su desempeño respecto a los requisitos establecidos. La re-evaluación se realizara en periodos determinados por los resultados obtenidos.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.
- Manual del Sistema Integrado de Gestión de Clínica Arequipa.

5. RESPONSABILIDADES

5.15. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.16. El Responsable de Almacén y la Encargado de administración son responsables de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.17. Los Jefes de Área son responsables de cumplir las directivas establecidas en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Selección de Proveedores

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Identifica la necesidad de seleccionar proveedor	Responsable de Almacén / Encargado de Administración	1. Identifica la necesidad de seleccionar un nuevo proveedor.
Selecciona proveedor	Responsable de Almacén / Encargado de Administración	2. Realiza la búsqueda de tres proveedores y los evalúa en base a los siguientes criterios, haciendo uso del formato selección de proveedores F-AD-11 : - Experiencia en el rubro. - Disponibilidad del producto/servicio - Tiempo de Entrega

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Garantía - Precio. - Facilidades de pago - Prestigio de la empresa (Para Servicios)
	Responsable de Almacén / Encargado de Administración	<p>3. De acuerdo al puntaje obtenido selecciona al proveedor con el resultado más alto.</p> <p>Nota: Al mes de la primera entrega de la compra o prestación del servicio, se realizará la evaluación del proveedor seleccionado.</p>

6.2 Evaluación de Proveedores

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Conforma el Comité de evaluación	Responsable de almacén / Encargado de administración	1. Conforma el comité de evaluación de proveedores, para ello invita a los usuarios del bien o servicio proporcionado por el proveedor a evaluar.
Evalúa proveedores	Comité de evaluación de proveedores	<p>2. Realiza la evaluación del proveedor en base a los siguientes criterios, haciendo uso del formato evaluación de proveedores (F-AD-10):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Para productos: Calidad del producto Disponibilidad del producto Tiempo de entrega del producto Precio Experiencia Garantía Facilidades de pago</p> <p>Para servicios: Calidad del servicio Precio Experiencia Facilidades de pago Prestigio de la empresa</p> </div> <p>Nota: Dichos criterios se encuentran detallados en el anexo I.</p>
Analiza los resultados de la evaluación	Comité de evaluación de proveedores	3. De acuerdo al puntaje obtenido califica a los proveedores como:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	
		Puntaje	Concepto
		3	Excelente
		2	Bueno
		1	Insuficiente
Si su calificación es igual o mayor a 2, habilita al proveedor registrándolo en el listado maestro de proveedores (F-AD-06), caso contrario lo descarta.			
Reevalúa al proveedor	Comité evaluador	4. Al cabo de 12 meses de realizada la evaluación, se procede a re-evaluar al proveedor; registrando los resultados en el Listado de Proveedores Aprobados (F-AD-06).	
Comunica resultados	Responsable de almacén/ Encargado de administración	5. Comunica los resultados de la evaluación y re-evaluación a los proveedores, a fin de que estos puedan optimizar su atención.	

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

8.1 La re evaluación de los proveedores que figuran en al Listado de Proveedores Aprobados (F-AD-06), debe realizarse como mínimo una vez al año.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-AD-06	Listado de Proveedores Aprobados	Responsable de Almacén	Electrónico	1 año
F-AD-10	Evaluación de Proveedores	Responsable de Almacén	Físico	1 año
F-AD-11	Selección de Proveedores	Responsable de Almacén	Físico	1 año

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

ANEXO I

Criterios para la Selección y Evaluación de Proveedores

Nº	Calificación	Excelente	Bueno	Insuficiente
		3	2	1
1	Calidad del producto/servicio	El producto y/o servicio entregado, es conforme según el requerimiento efectuado; y supera las expectativas.	El producto y/o servicio entregado presentó, en alguna oportunidad, leves deficiencias en calidad.	El producto/servicio entregado no cumple con las especificaciones requeridas de calidad y es rechazado.
2	Disponibilidad de productos	El proveedor tiene disponibilidad inmediata del producto y/o servicio.	En ocasiones se presenta dificultad de disponibilidad de producto y/o servicio	No tiene disponibilidad de stock.
3	Tiempo de entrega del producto	La entrega de los productos y/o servicios se realiza dentro del plazo establecido y en algunas oportunidades antes de la fecha pactada con el proveedor.	La entrega de los productos y/o servicios no puede ser atendido en los plazos establecidos; el proveedor comunica la incidencia reprogramándose un nuevo el plazo de entrega.	La entrega de los productos y/o servicios se da después de la fecha acordada con el proveedor. No se cumple con los plazos de entrega y no se recibe comunicación sobre el retraso y/o incumplimiento.
4	Experiencia	5 años de experiencia relacionada a mas	Entre 2 a 5 años de experiencia relacionada	Menos de 2 años de experiencia
5	Precio de productos y/o servicios	Promedio al mercado. Precios relativos a la calidad del producto y/o servicio. (No presenta variación de precios).	Promedio al mercado. Precios relativos a la calidad del producto y/o servicio. (Presenta variación de precios).	Precios por encima del mercado. Precios superiores al promedio del mercado.
6	Facilidades de pago	Crédito mayor igual a 30 Días	Crédito hasta 15 días	No presenta facilidades de pago.
7	Garantía	Otorga garantía extendida (adicional al propio del producto), soporte técnico y acepta devolución o cambio.	No otorga periodo de garantía pero presenta otras alternativas de solución.	No otorga periodo de garantía ni acepta devoluciones.
8	Prestigio de la empresa	Reconocida a nivel internacional y/o nacional.	Reconocida a nivel local o regional.	Proveedor nuevo o sin prestigio.

Anexo 10-I

CALIBRACIÓN



P-AD-02

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para realizar la calibración y/o verificación de dispositivos de medición críticos en Clínica Arequipa, con el fin de asegurar su correcta operatividad.

2. ALCANCE

Se aplica desde la identificación de los dispositivos y equipos de medición críticos, hasta la calibración y/o verificación de los mismos.

3. DEFINICIONES

- **Calibración:** Conjunto de operaciones que establecen, en condiciones especificadas, la relación existente entre los valores de una magnitud indicados por un instrumento de medida o un sistema de medida, o los valores representados por una medida materializada o por un material de referencia, y los valores correspondientes de esa magnitud realizados por los patrones. [VIM, 611:2000].
- **Verificación:** La verificación consiste en comparar las medidas proporcionadas por el instrumento con las de un equipo calibrado y de calidad metrológica igual o superior al equipo a verificar, con el fin de confirmar que el equipo mide con un error menor al especificado por el fabricante o menor del requerido para la realización de un determinado trabajo.
- Las verificaciones se pueden aplicar a instrumentos de medida susceptibles de ser calibrados que no requieran una gran precisión por utilizarse para comprobar que los productos se encuentran entre unos niveles determinados de calidad o exactitud o que cumplen sobradamente con determinadas especificaciones.
- **Dispositivos de medición críticos:** Se definen como aquellos cuya medición incide directamente en la calidad de la atención ó servicio brindado.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.

5. RESPONSABILIDADES

5.18. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.19. El Encargado de Administración es responsable de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.20. Las jefaturas de área son responsables de cumplir las directivas establecidas en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Programación de Calibraciones

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Actualizar Inventario	Jefe de Control Patrimonial	1. Realiza la actualización del inventario de maquinarias y equipos, cuando se realizan adquisiciones o bajas de los mismos. Envía un informe mensual al Encargado de Administración.
Elabora el programa anual de calibración equipos médicos críticos	Encargado de Administración	2. En base a la información del inventario actualizado, restablece el Listado de Dispositivos a Calibrar y elabora el Programa Anual de Calibración (F-AD-04), teniendo en cuenta los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - La frecuencia de calibraciones comprometidas por la garantía de equipos con dispositivos para calibración. - La frecuencia recomendada por los proveedores de los equipos. - Manuales de equipos o personal especializado en el mantenimiento y calibración de equipos. - Indicaciones del personal especializado de mantenimiento. <p>Nota: Cuando se detecte la necesidad de realizar una calibración, debe incluirse el dispositivo en el programa y solicitar la aprobación respectiva.</p>
Aprueba el programa anual de calibración de equipos médicos críticos	Gerente General y Administrativo	3. Revisa y aprueba el Programa Anual de Calibración (F-AD-04). <p>Nota: En caso de existir observaciones, la Gerencia General y Administrativa, solicitará las modificaciones que considere necesarias antes de su aprobación.</p>
Comunica el programa anual de calibración de equipos médicos críticos	Encargado de Administración	4. Comunica las fechas del Programa Anual de Calibración (F-AD-04) aprobado a las jefaturas de área para que consideren esta planificación en el desarrollo sus actividades.

6.2 Ejecución de Calibraciones

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Gestiona compra de servicios de calibración	Encargado de Administración	5. Realizan la gestión para la compra de los servicios de calibraciones, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Compras de Almacén - Administración (P-AD-03).

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Ejecuta la calibración	Proveedor de servicio	<p>6. El Encargado de Administración coordina con el Jefe de Área donde se encuentra ubicado el equipo, la fecha y hora de la calibración.</p> <p>El proveedor de servicio seleccionado en presencia del personal designado por el Jefe de Área, realiza la calibración requerida y posterior al mismo registra el mantenimiento realizado en Orden de Servicio de Mantenimiento (F-AD-02). Ver procedimiento de Mantenimiento (P-AD-01).</p> <p>Nota: De ser necesario que el dispositivo de medición crítico sea calibrado en una instalación, el Encargado de Administración gestionará su salida y retorno y el registro de la información correspondiente.</p>
Da Conformidad a la calibración	Jefe de área	7. Verifica la operatividad del equipo y dar conformidad del servicio firmando la Orden de Servicio de Mantenimiento (F-AD-02).
Reporte de la calibración	Proveedor de servicio	8. Determina la fecha de la presentación del Informe de Calibración y emisión del Certificado correspondiente de los patrones utilizados en la calibración. (Puede estar ya pre-establecida en el contrato).
Registro de calibración	Auxiliar de Mantenimiento	9. Registra la calibración realizada en el formato Ficha de Mantenimiento del equipo (F-AD-03).
Seguimiento y Reporte	Encargado de Administración	<p>10. Realizar el seguimiento al Programa Anual de Calibración (F-AD-04).</p> <p>En caso de mantenimientos no realizados, estos deben ser reprogramados a la brevedad posible, registrando dicha programación en el Programa Anual de Calibración (F-AD-04).</p> <p>Trimestralmente informa al Gerente General y Administrativo el cumplimiento del programa.</p>

7. FLUJO GRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

8.1 Todo documento debe ser revisado, actualizado y/o modificado de manera anual o cuando se requiera de cambios.

8.2 Los flujogramas se establecen para procedimientos operativos.

9. REGISTROS

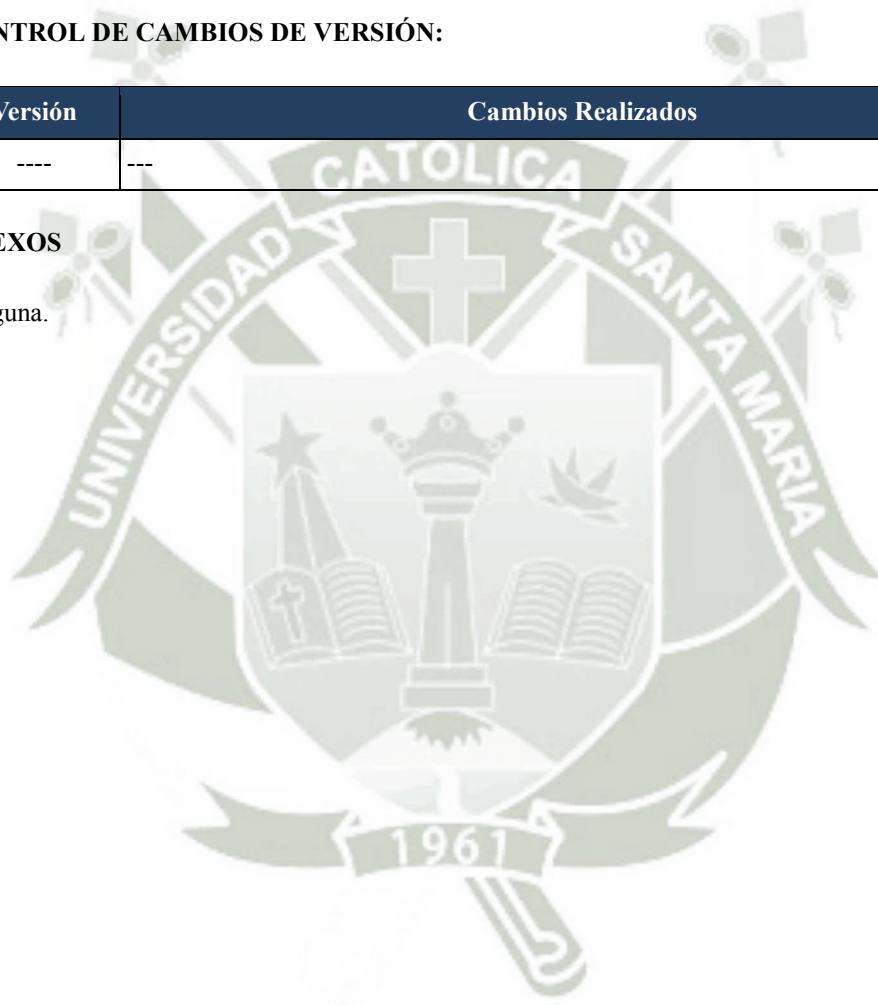
CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-AD-02	Orden de Servicio de Mantenimiento	Encargado de administración	Físico	2 años
F-AD-03	Ficha de Mantenimiento del equipo	Encargado de administración	Físico	2 años
F-AD-04	Programa anual de calibración	Encargado de administración	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

Ninguna.



Anexo 10-J

AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN



P-SG-03

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:	00	PÁGINAS:	6
-------------------	--	----------	----	----------	---

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Definir las responsabilidades y los requisitos para la planificación y realización de las auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión de CLINICA AREQUIPA S.A.

2. ALCANCE

Se aplica en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 para el Sistema de Gestión de Calidad.

3. DEFINICIONES

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

Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos (documentados o no) o requisitos (Norma ISO 9001, Requisitos de cliente y servicio).

Conformidad: Cumplimiento de un requisito especificado.

No Conformidad: Incumplimiento de requisitos especificados. Se aplica a la desviación o ausencia de los requisitos especificados de uno o más Sistemas de Gestión.

Potencial No Conformidad: Situación y/o condiciones que puede provocar una No Conformidad, un defecto o una situación no deseada al producto, proceso y/o al Sistema de Gestión de Calidad.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Oportunidad de Mejora: Situación y/o condición que puede generar una mejora en cualquier etapa del proceso productivo o del Sistema de Gestión de Calidad.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.
- Norma ISO 9000:2005.

5. RESPONSABILIDADES

5.21. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.22. El Representante de la Dirección y el Jefe del SIG son responsables de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.23. Las jefaturas de área y los Auditores Internos son responsables de cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Auditorias del Sistema de Gestión de Calidad

6.1.1 Programación y Planificación de Auditoria

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Programar Auditorias	Equipo Auditor	<p>1. En coordinación con las Gerencias elaborar el Programa Anual de Auditorías Internas F-SG-05.</p> <p>El Programa Anual de Auditorías Internas F-SG-05 define la programación de Auditorias indicando el mes en el que debe realizarse.</p> <p>Las auditorias del Sistema de Gestión de Calidad deben realizarse dos veces al año.</p> <p>Para la programación, considerar el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.</p> <p>Toda área/proceso debe ser auditado por lo menos una vez al año.</p>
Aprobar Programa	Gerencia General y Administrativa	2. Revisar y aprobar el Programa Anual de Auditorías Internas F-SG-05.
Enviar Programa	Jefe del SIG	3. Enviar vía correo electrónico el Programa Anual de Auditorías Internas F-SG-05 aprobado a Gerencias y Jefaturas.
Elaborar Plan	Equipo Auditor	4. En función al Programa Anual de Auditorías Internas, elaborar el Plan de Auditoria Interna F-SG-07 en el cual se definen los criterios de auditoría, auditores, fecha y hora de auditoria.
Aprobar Plan	Gerencia General y Administrativa	5. Revisar y aprobar el Plan de Auditoria Interna F-SG-07.
Enviar Plan	Jefe del SIG	6. Enviar el Plan de Auditoria Interna F-SG-07 a Gerencias y Jefaturas, con quince días de anticipación.

6.1.2 Proceso de Auditoria

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Elaborar Lista de Verificación	Auditores	1. Elaborar la Lista de Verificación F-SG-11 en base a los criterios de auditoria definidos para el área/proceso, indicados en el Plan de Auditoria Interna F-SG-07, así como la normativa legal aplicable.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>Enviar Lista de Verificación F-SG-07 al SIG para su revisión.</p> <p>En caso de tener observaciones el SIG realizará la retroalimentación al auditor.</p>
Apertura de Auditoria	Equipo Auditor/Gerencias y Jefaturas	<p>2. Llevar a cabo la reunión de apertura de la auditoria, de acuerdo a lo indicado en el Plan de Auditoria Interna F-SG-07.</p> <p>En la reunión de apertura se tratan los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación de objetivos y alcance de la auditoría. - Explicación de criterios de auditoría. - Explicación de la metodología de trabajo. - Confirmación de fechas y horarios de auditorías. - Confirmación de auditores y auditados. - Fecha y horario de reunión de cierre. - Explicación el sistema de clasificación de los hallazgos. <p>De ser necesario realizar cambios en fechas u horarios, se deben confirmar los mismos durante la reunión de apertura y modificar el Plan de Auditoria Interna F-SG-07.</p> <p>Registrar la asistencia en el formato Reunión de Apertura y Cierre de Auditoría Interna F-SG-08.</p>
Ejecutar Auditoria	Auditores	<p>3. Ejecuta la auditoria, en base a la Lista de Verificación F-SG-11, recolectando por muestreo evidencias objetivas acerca del funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad en el área/proceso auditado; a través de entrevistas y observaciones de las actividades.</p> <p>Los indicios de no conformidades, deben ser investigados aun cuando no se encuentren en la la Lista de Verificación F-SG-11.</p> <p>Para la evaluación de los hallazgos se consideran los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conforme: Si cumple con los criterios o requisitos definidos. - No conforme: No cumple con los criterios o requisitos definidos. - Observación: Existe una potencial no conformidad.
Ejecutar Auditoria	Auditores	<p>4. Retroalimenta los hallazgos a la jefatura del área/proceso auditado, al momento de finalizar la auditoria.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Cierre de Auditoria	Equipo Auditor/Gerencias y Jefaturas	5. Llevar a cabo la reunión de cierre de auditoria, donde los auditores deben presentar su Informe Final de Auditoria F-SG-09, dando lectura de las no conformidades, u observaciones detectadas. Registrar la asistencia en el formato Reunión de Apertura y Cierre de Auditoría Interna F-SG-08.

6.1.2 Informe Final de Auditoria y Registro de Acciones

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Informar resultados de auditoria	Auditor Líder	6. En base a los informes de auditoría, preparar el informe final de auditoria en el formato Informe Final de Auditoria F-SG-09 y presentarlo al Representante de la Dirección.
Registrar Acciones	Equipo Auditor	7. Registrar las acciones correctivas, preventivas o de mejora correspondientes a las no conformidades, u observaciones declaradas en el Informe Final de Auditoria F-SG-09, en base a lo establecido en el procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora P-SG-04

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 El equipo auditor debe estar compuesto por Auditores Internos Calificados, que no tengan compromiso directo con la actividad a auditar, para asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.

8.2 Los auditores calificados se encuentran registrados en el formato Lista de Auditores Internos Calificados F-SG-06

8.3 El Auditor Líder dirige las actividades del equipo auditor.

8.4 Para la calificación de los Auditores Internos se ha definido los siguientes requisitos:

- Ser profesional titulado.
- Tener como mínimo seis meses de vínculo laboral con la empresa.
- Haber aprobado el curso Interpretación de la norma ISO 9001.
- Haber aprobado el curso de Auditor Interno ISO 9001.
- Presentar los siguientes atributos personales: cordialidad con el auditado, buena capacidad de análisis, seriedad en la conducción en el proceso de auditoría, capacidad de conciliar la actividad de auditoría con la función normal, disciplina y puntualidad.
- Haber participado como observador en por lo menos una auditoria interna.

.5 Se evaluará el desempeño de los auditores por lo menos una vez al año utilizando el formato Evaluación de Auditores Internos F-SG-10, y en función a esto se tomaran acciones como capacitación o retiro de la lista de auditores calificados.

8.6 Una auditoria interna también puede ser realizada por una empresa especializada contratada para este fin. Esta empresa debe tener una antigüedad mayor a 2 años en el rubro de auditoria de Sistemas de Gestión.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-SG-05	Programa Anual de Auditorías Internas	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-06	Lista de Auditores Internos Calificados	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-07	Plan de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-08	Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-09	Informe Final de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-10	Evaluación de Auditores Internos	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-11	Lista de Verificación	Jefatura del SIG	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
----	---

11. ANEXOS

Ninguno.

Anexo 10-K

**ACCIONES CORRECTIVAS,
PREVENTIVAS Y DE MEJORA**



P-SG-04

FECHA DE EMISIÓN:		VERSIÓN:		PÁGINAS:	
-------------------	--	----------	--	----------	--

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:		NOMBRE:		NOMBRE:	
CARGO:		CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora, orientadas a determinar y eliminar la causa de las no conformidades reales ó potenciales; para asegurarnos que no vuelvan a ocurrir o prevenir su ocurrencia.

2. ALCANCE

Se aplica en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 para el Sistema de Gestión de Calidad de Clínica Arequipa.

3. DEFINICIONES

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Criterios de Auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos (documentados o no) ó requisitos (Norma ISO 9001, Requisitos de cliente y servicio).
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito especificado.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de requisitos especificados. Se aplica a la desviación o ausencia de los requisitos especificados de uno o más Sistemas de Gestión.
- **Potencial No Conformidad:** Situación y/o condiciones que puede provocar una No Conformidad, un defecto o una situación no deseada al producto, proceso y/o al Sistema de Gestión de Calidad.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
- **Oportunidad de Mejora:** Situación y/o condición que puede generar una mejora en cualquier etapa del proceso productivo o del Sistema de Gestión de Calidad.
- **SAC:** F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora.
- **Emisor de SAC:** Jefatura de Área ó Auditor de Calidad.
- **Responsable de SAC:** Jefatura de Área responsable del proceso implicado en la no conformidad potencial u oportunidad de mejora.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008.
- Norma ISO 9000:2005.

5. RESPONSABILIDADES

5.24. El Gerente General y Administrativo es el responsable de la aprobación del presente procedimiento y de asegurar la disponibilidad de recursos para su cumplimiento.

5.25. El Representante de la Dirección y el Jefe del SIG son responsables de velar por el cumplimiento del presente procedimiento.

5.26. Las jefaturas de área y los Auditores Internos son responsables de cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

6. DESARROLLO

6.1 Generación de SAC

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Identificar no conformidad, no conformidad potencial u oportunidad de mejora	Todo personal / Auditor de Calidad	1. Identifica una no conformidad, no conformidad potencial u oportunidad de mejora, producto de: <ul style="list-style-type: none"> • Auditorías internas o externas. • Reclamos o quejas del cliente. • Servicio no conformes. • Medición de la satisfacción del cliente. • Seguimiento de procesos y análisis de datos • Revisión por la dirección. • Incumplimiento de normativa legal aplicable a los servicios asistenciales.
Registrar SAC	Emisor de SAC	2. Registra la no conformidad, no conformidad potencial u oportunidad de mejora en el formato F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva ó de Mejora (SAC) y la envía vía correo electrónico al Jefe del SIG.
Revisar SAC	Jefe del SIG	3. Revisa F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva ó de Mejora y determina la necesidad de adoptar o no acciones, en función del impacto de la no conformidad, no conformidad potencial u oportunidad de mejora en el Sistema de Gestión de Calidad (asegurar que no vuelvan a ocurrir, o prevenir su ocurrencia.)
Identificar SAC	Jefe del SIG	4. En caso de determinar la necesidad de adoptar acciones, identifica la F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora con el código correlativo e indica en la misma el Responsable de SAC.
Enviar SAC	Jefe del SIG	5. Enviar vía correo electrónico F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora a Responsable de SAC, con copia a Emisor de SAC, para que se proceda a determinar causas y plantear acciones.
Determinar causa raíz / Plantear acciones	Responsable de SAC	6. Convoca a reunión a las jefaturas ó responsables de áreas involucradas, para: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa raíz de la no conformidad, potencial no conformidad u oportunidad de mejora. • Plantear las acciones a tomar en relación a las

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>mismas, responsables y fechas límite de ejecución.</p> <p>Nota 1: Esta reunión debe ejecutarse dentro de los 5 días hábiles posteriores a la emisión de la SAC.</p> <p>Nota 2: Para el análisis de causa se pueden utilizar cualquiera de las siguientes herramientas: lluvia de ideas, diagrama de Ishikawa ó 5 por qué, etc.</p>
Registro de causas y acciones	Responsable de SAC	7. Registrar la causa raíz y las acciones definidas, responsables y fechas límite de ejecución en la F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora , y enviarla vía correo electrónico al Jefe del SIG, para su validación.
Validación de causas y acciones	Jefatura del SIG	<p>8. Validar causa y acciones definidas en F-SG-12 Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora, y re enviar vía correo al Responsable de SAC con copia al Emisor de SAC.</p> <p>En caso de tener observaciones coordinar Responsable de SAC, para realizar las modificaciones necesarias.</p>

6.2 Implementar SAC

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Gestionar implementación	Responsable de SAC	1. Gestionar la implementación de las acciones definidas, teniendo en cuenta la fecha límite de ejecución.

6.3 Seguimiento de SAC

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Seguimiento de SAC	Asistente del SIG	1. Realizar seguimiento a las SAC pendientes de implementación, verificando el estado de implementación de las acciones definidas.
Reporte de SAC	Asistente del SIG	2. Semanalmente generar un reporte del estado de las SAC pendientes de implementación y enviarlo al Representante de la Dirección y Jefe del SIG con copia a los Responsables de SAC.

6.4 Verificación de SAC

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Verificación de ejecución y/o cumplimiento	Emisor de SAC	<p>1. Posterior a la fecha límite de ejecución proceder a verificar la o las acciones definidas en la SAC que registró. Buscando evidencia de su ejecución y cumplimiento.</p> <p>La verificación debe realizarse in situ con los responsables de la acción.</p>
Registro de verificación de ejecución y/o cumplimiento	Emisor de SAC	<p>2. Registrar la verificación de la o las acciones, indicando la evidencia de su ejecución y cumplimiento. Y adjuntando la misma a la SAC.</p> <p>En caso de no encontrarse ejecutadas y/o en cumplimiento, registrar también la evidencia correspondiente en la SAC.</p> <p>En ambos casos enviarla al Responsable de SAC con copia Jefe del SIG.</p>
Verificación de eficacia de SAC	SIG	<p>3. Mensualmente realizar la verificación de la eficacia de las acciones ejecutadas y verificadas, registrando la misma en la SAC y procediendo a su cierre.</p> <p>En caso de no haber sido eficaz, cerrar la SAC actual y generar una nueva indicando la evidencia del caso en la descripción de la misma.</p> <p>Archivar la SAC cerrada, adjuntando la evidencia de las acciones realizadas.</p>

7. FLUJOGRAMA

No Aplica.

8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 El equipo auditor debe estar compuesto por Auditores Internos Calificados, que no tengan compromiso directo con la actividad a auditar, para asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.

8.2 Los auditores calificados se encuentran registrados en el formato Lista de Auditores Internos Calificados F-SG-06

8.3 El Auditor Líder dirige las actividades del equipo auditor.

8.4 Para la calificación de los Auditores Internos se ha definido los siguientes requisitos:

- Ser profesional titulado.
- Tener como mínimo seis meses de vínculo laboral con la empresa.

- Haber aprobado el curso Interpretación de la norma ISO 9001.
- Haber aprobado el curso de Auditor Interno ISO 9001.
- Presentar los siguientes atributos personales: cordialidad con el auditado, buena capacidad de análisis, seriedad en la conducción en el proceso de auditoría, capacidad de conciliar la actividad de auditoría con la función normal, disciplina y puntualidad.
- Haber participado como observador en por lo menos una auditoria interna.

8.5 Se evaluará el desempeño de los auditores por lo menos una vez al año utilizando el formato Evaluación de Auditores Internos F-SG-10, y en función a esto se tomaran acciones como capacitación o retiro de la lista de auditores calificados.

8.6 Una auditoria interna también puede ser realizada por una empresa especializada contratada para este fin. Esta empresa debe tener una antigüedad mayor a 2 años en el rubro de auditoria de Sistemas de Gestión.

9. REGISTROS

CÓDIGO	NOMBRE	RESPONSABLE	MEDIO	TIEMPO CONSERVACIÓN
F-SG-05	Programa Anual de Auditorías Internas	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-06	Lista de Auditores Internos Calificados	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-07	Plan de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-08	Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-09	Informe Final de Auditoria Interna	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-10	Evaluación de Auditores Internos	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-11	Lista de Verificación	Jefatura del SIG	Físico	2 años
F-SG-12	Solicitud de Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora	Jefatura del SIG	Físico	2 años

10. CONTROL DE CAMBIOS DE VERSIÓN:

Versión	Cambios Realizados
---	---

11. ANEXOS

Ninguno.

Anexo 14
Reporte de No Conformidad

(LOGO DE LA EMPRESA)	REPORTE DE NO CONFORMIDAD	(CODIGO) VERSION (XX)
-------------------------	----------------------------------	--------------------------

Área: _____

Código SACP: _____

Fecha: _____

Detalla de la No Conformidad

--

Análisis de la Causa Raíz

--

Acción Correctora

--

Acción Correctiva	Responsable	Fecha de Cumplimiento

Acción Preventiva	Responsable	Fecha de Cumplimiento

Seguimiento de la Acción	Verificación de Acciones	Fecha de Seguimiento

Cierre de la Acción	Verificación Eficacia de las Acciones	Fecha de Cierre

Cierre de la No Conformidad	Firma	Fecha



Anexo 15
Plan Anual de Auditoría Interna

(LOGO DE LA EMPRESA)	PLAN ANUAL DE AUDITORIA INTERNA	(CODIGO) VERSION (XX)
-------------------------	--	--------------------------

Objetivo: _____

Año:

Nº	Proceso	Meses												Alcance	Criterios	Observación	
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre				

Elaborador por: _____

Aprobado por: _____

Anexo 16
Programa de Auditoría

(LOGO DE LA EMPRESA)	PROGRAMA DE AUDITORIA	(CODIGO) VERSION (XX)
-------------------------	------------------------------	--------------------------

Proceso Auditado:		Código de Auditoría:	
Objetivo:		Fecha :	
Equipo Auditor:	Auditor Líder:	Firma:	
	Equipo: 1.- 2.- 3.-	Firma:	

Alcance:

--

Fecha	Hora de Inicio	Hora de Término	Area/Proceso/Lugar	Audidores	Norma / Requisito

Dueño de Proceso y/o Area Notificado		
1.-		Firma:
2.-		Firma:
3.-		Firma:

*El refrigerio para el Equipo Auditor será entre las ___ y ___ horas.

*Los horarios pueden cambiar en función de las necesidades de los procesos y sus dueños, pero no se dejará de auditar ninguno de los requisitos planificados.

Anexo 17
Informe de Auditoría

(LOGO DE LA EMPRESA)	INFORME DE AUDITORIA	(CODIGO) VERSION (XX)
-------------------------	-----------------------------	--------------------------

Proceso Auditado:		Código de Auditoria:	
Objetivo:		Fecha :	
Equipo Auditor:	Auditor Líder:	Firma:	
	Equipo:	Firma:	

Alcance:

Número de Hallazgos por Elemento y Categoría:

Área	N° de No Conformidad	N° de Observaciones	Total
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
Total			

Nro	TIPO DE HALLAZGO	REQUISITO RELACIONADO	PROCESO	AUDITADO	HALLAZGOS
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					

OBSERVACIONES:

Anexo 18
Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

(LOGO DE LA EMPRESA)		REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS												(CODIGO) VERSION (XX)						
Nº de SAC	Tipo de Auditoria Interna o Externa	Código de Auditoria	Código SACP	Fecha de creación de la SACP	Criterio de Auditoria	Hallazgo	Tipo de Hallazgo (NC Mayor, NC Menor, Observación)	Requisito	Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Area	Responsable	Causa raíz	Acción a tomar	% de Avance	Estatus	Efectividad	Responsable del Seguimiento	Registro de los avances y Cumplimiento	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Anexo 19
Análisis de Causa Raíz

(LOGO DE LA
EMPRESA)

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

(CODIGO)
VERSIÓN(XX)

Código de Auditoría: _____
Código SACP _____
Criterio de Auditoría _____
Fecha: _____
Auditor: _____

No Conforme _____
Oport. Mejora _____
Observación _____
Falla _____
Otro _____

Responsable de la SACP:		Equipo de Análisis	
Proceso	Nombre	N°	Cargo
_____	_____	1	_____
_____	_____	2	_____
_____	_____	3	_____

Hallazgo	_____
Descripción del Hallazgo	_____

	Por qué	CM - 1	CM - 2	CM - 3	CM - 4	CM - 5	Remedio
¿Por qué se produjo?	1						
¿cómo puede suceder?	2						
¿cómo puede suceder?	3						
¿cómo puede suceder?	4						
¿por qué sucedió?	5						

Anexo 20

Acta de Revisión por la Dirección

(LOGO DE LA EMPRESA)	ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	(CODIGO) VERSION (XX)
----------------------	--	--------------------------

Lugar de Reunión: _____ Fecha: _____
 Hora: _____

OBJETIVOS

--

ASISTENTES

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma

AGENDA

Tema	Responsable	VºBº

ACUERDOS Y COMPROMISOS

Acuerdo/Compromiso	Responsable	Fecha de Cumplimiento

