



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA EN DIRECCIÓN ESTRATÉGICA  
EN RECURSOS HUMANOS**

**“DISEÑO DE UN MODELO DE GESTION DE LA  
CALIDAD EN BASE A LA NORMA NTE INEN-ISO 9001-  
2009 PARA EL DEPARTAMENTO DE TALENTO  
HUMANO DEL ÁREA DE SALUD N° 16 HOSPITAL  
BÁSICO MACHACHI DEL MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA**

Realizado por:

Viviana Tayupanta  
Mayra Mejía

Director de Tesis:

Dr. Jaime Moreno

**Quito - Ecuador**



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

*Nosotras, Mayra Emérita Mejía Valdez con CI 171610818-6 y Viviana del Rocío Tayupanta Tuz con CI 171582210-0 autoras del trabajo de graduación titulado: “DISEÑO DE UN MODELO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN BASE A LA NORMA NTE INEN-ISO 9001:2009 PARA EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL ÁREA DE SALUD No. 16 HOSPITAL MACHACHI DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA”, previa a la obtención del grado Académico de: MAGÍSTER EN DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS, en la Facultad de Psicología.*

- 1. Declaramos tener pleno conocimiento de las obligaciones que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar en el SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión Pública respetando los derechos de autor.*
- 2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.*

*Quito, Abril 2015*

***Mayra Mejía V.***  
***C.I. 171610818-6***

***Viviana Tayupanta T.***  
***C.I. 171582210-0***



## **AGRADECIMIENTO**

*Queremos agradecer a Dios por darnos el don de la perseverancia para alcanzar nuestra meta.*

*A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que nos abrió sus puertas para impartirnos los conocimientos adquiridos.*

*Al Hospital Básico Machachi, por proveernos de las herramientas necesarias para desarrollar nuestra tesis.*

*Al Msc. Jaime Moreno y al Msc. Paúl Idrovo quienes con su conocimiento, apoyo incondicional, su orientación y su motivación hicieron posible que este proyecto llegase con éxito a su culminación.*

***Viviana Tayupanta Tuz***  
***/ Mayra Mejía Valdez***



## **DEDICATORIA**

*A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.*

*A mi esposo por su amor incondicional como amigo y compañero inseparable durante mis estudios y el apoyo constante para seguir adelante con la tesis.*

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, tanto profesional como personal, por su apoyo incondicional perfectamente mantenido a través del tiempo.*

*A mis hermanos que han sido de mucha ayuda a lo largo de mi vida, gracias a sus consejos y al amor que me brindaron.*

*A mis sobrinos por su amor, sus ocurrencias y por brindarme todo la felicidad y paz durante mis estudios.*

**Mayra Mejía V.**

*A Dios por haberme dado la fortaleza para llegar y culminar con esta nueva meta y sobre todo por haberme dado la vida para lograr mis objetivos,*

*A mis padres por ser ejemplos de perseverancia y constancia, por inculcarme los valores para salir adelante, por enseñarme a ser la persona quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional, ya que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.*

*A mis hermanas, por su constante amor y apoyo inexplicable para mi superación personal.*

*Y sobre todo a ti tío José Rafael Tayupanta por ser fuente de motivación y por dejarme la herencia más importante: que el que persevera alcanza, gracias por tus consejos y al amor que siempre me brindaste.*

**Viviana Tayupanta Tuz.**



## **CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivo General .....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>10</b>
<b>ANTECEDENTE .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1 Presentación Institucional .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1.1 Antecedentes .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1.2 Misión .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1.3 Visión .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1.4 Valores Institucionales .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 OFERTAS INSTITUCIONALES .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.1 Líneas de Servicios .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.1.1 Emergencia .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1.2 Consulta Externa .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.1.3 Medicina General .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2.1.4 Pediatría .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.1.5 Ginecología .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2.1.6 Obstetricia.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.1.7 Psicología clínica .....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.1.8 Hospitalización .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1.9 Quirófano .....</b>	<b>24</b>
<b>1.3 RECURSO HUMANO .....</b>	<b>25</b>
<b>1.4 INFRAESTRUCTURA .....</b>	<b>26</b>
<b>1.5 RECURSO TÉCNICO .....</b>	<b>30</b>



<b>1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL MACHACHI ...</b>	<b>31</b>
<b>1.6.1 Organigrama Estructural Vigente .....</b>	<b>31</b>
<b>1.6.2 Principales Clientes .....</b>	<b>32</b>
<b>1.6.3 Principales Proveedores .....</b>	<b>32</b>
<b>1.7 RECURSO ECONÓMICO .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 MARCO TEORICO .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.1 Modelo del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.1.1 Antecedentes del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.1.2 Historia Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.1.3 Conceptos Básicos del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.1.4 Principios del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.1.5 Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1.1.6 Etapas del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>44</b>
<b>2.1.1.7 Modelo del Sistema de Gestión de la Calidad basado en Procesos .....</b>	<b>44</b>
<b>2.1.1.8 Beneficios de Sistema de Gestión de la Calidad por Procesos y la Mejora</b> <b>.....</b>	<b>47</b>
<b>2.1.1.9 Riesgos del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>48</b>
<b>2.1.1.10 Como implantar Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>48</b>
<b>2.1.1.11 Requisitos Generales del Sistema de Gestión de la Calidad .....</b>	<b>51</b>
<b>2.1.1.12 Requisitos de Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad</b>	<b>52</b>
<b>2.1.1.12. A) Manual de la Calidad .....</b>	<b>53</b>
<b>2.1.1.12. B) Registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los</b> <b>requisitos así como de la operación eficaz del SGC .....</b>	<b>54</b>
<b>b.1) Control de Documentos .....</b>	<b>54</b>
<b>b.2) Control de Registros .....</b>	<b>56</b>
<b>b.3) Auditorías Internas .....</b>	<b>57</b>
<b>b.4) Control de productos no conformes .....</b>	<b>61</b>
<b>b.5) Acciones correctivas .....</b>	<b>62</b>
<b>b.6) Acciones preventivas .....</b>	<b>63</b>



<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>64</b>
<b>3.1 SITUACIÓN ACTUAL</b> .....	<b>64</b>
<b>3.1.1 Departamento de Talento Humano</b> .....	<b>64</b>
<b>3.1.2 Ubicación de Talento Humano</b> .....	<b>65</b>
<b>3.1.3 Mapa de procesos actual</b> .....	<b>67</b>
<b>3.2 PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>70</b>
<b>3.3 INDICADORES DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>70</b>
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>71</b>
<b>4.1 DISEÑO DEL MODELO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>71</b>
<b>4.1.1.1 Art. 63.- Del Subsistema de Selección de Personal</b> .....	<b>71</b>
<b>4.1.1.2 Art. 58.- Contratación</b> .....	<b>71</b>
<b>4.1.1.3 Ingreso de personal al Sistema Informático (ESIPREN)</b> .....	<b>72</b>
<b>4.1.1.4 Inducción</b> .....	<b>72</b>
<b>4.1.1.5 Art. 69.- Del Subsistema de Capacitación</b> .....	<b>72</b>
<b>4.1.1.6 Art. 76.- Del Subsistema Evaluación de Desempeño</b> .....	<b>73</b>
<b>4.1.1.7 Seguridad y Salud Ocupacional</b> .....	<b>73</b>
<b>4.2 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>73</b>
<b>4.3 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>74</b>
<b>4.4 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>75</b>
<b>4.5 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE TALENTO HUMANO</b> .....	<b>76</b>
<b>4.6 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES (PERFIL DEL CARGO)</b> .....	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>78</b>
<b>5.1 MARCO CONCLUSIVO</b> .....	<b>78</b>



<b>5.1.1</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>5.1.2</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>80</b>
<b>5.1.3</b>	<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1.4</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1.5</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>

## INTRODUCCIÓN

El Departamento de Talento Humano del Hospital Básico Machachi no cuenta con un Sistema de Gestión que garantice el eficiente funcionamiento en beneficio tanto del usuario interno como del usuario externo.

El Centro de Salud Hospital Machachi es una institución pública gubernamental sin fines de lucro creado para brindar atención en salud de manera integral que contribuya al desarrollo de la comunidad.

En sus inicios el Centro de Salud en el Departamento de Recursos Humanos contaba con 2 personas uno líder y un secretario, gestionando a 100 personas.



**ANTES**  
**Área de Salud N° 16 del**  
**Hospital Machachi**  
**Foto del año 2012**



**DESPUES**  
**FIGURA No. 1 Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**



Sin embargo de haber iniciativas para mejorar los procesos administrativos y también técnicos, las autoridades de turno han justificado la no implementación de nuevas metodologías bajo consideraciones estrictamente de carácter económico y burocrático. En caso de mantenerse la situación actual tanto en el hospital como en el departamento de Talento Humano y teniendo en consideración que en las instituciones del sector público, los cambios se realizan en periodos muy pausados, la consecuencia sería el statu quo.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo busca diseñar un modelo de sistema de gestión de la calidad en base a la Norma NTE INEN-ISO 9001:2009 para ser implementado en el departamento de Talento Humano del Área de Salud No.16 Hospital Básico Machachi.

Por lo expuesto creemos que es importante y justifica la realización de la presente investigación, más aun tratándose de una entidad pública cuyos servicios contribuyen a 81.335 habitantes quienes serían directamente beneficiados con el mejoramiento de los procesos internos del departamento.

## **OBJETIVO**

### **Objetivo General**

Diseñar un modelo de gestión para ser implementado y consecuentemente mejorar la calidad de los subsistemas del proceso de Talento Humano del Hospital Básico Machachi (HBM) que sea claramente percibido por los clientes internos y externos.

### **Objetivos Específicos**

- Lograr el desarrollo de todo el personal que trabaja en el HBM
- Fomentar una cultura de calidad en el HBM
- Medir, analizar y mejorar el proceso de Talento Humano mediante indicadores de gestión.



## **ANTECEDENTES**

El Departamento de Talento Humano del Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi ha determinado que actualmente existen subsistemas frágiles teniendo como consecuencia resultados de calidad deficiente, razón por la cual se propone la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, las expectativas esperadas son las siguientes:

- Identificación y Gestión de los Procesos y subprocesos del Departamento de Talento Humano que supere las barreras y defina claramente su estructura.
- Compromiso total de la máxima autoridad y de todo el equipo directivo.
- La satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).
- Desarrollo de un proceso de mejoramiento continuo en todas las actividades y subprocesos de la institución.
- Participación de todos los miembros de la institución y fomento del trabajo en equipo hacia una Gestión de Calidad.
- El establecimiento de la gestión en base a procesos.
- La estandarización de los procedimientos.
- Involucramiento de los proveedores en el Sistema de Gestión de Calidad de la institución, considerando el fundamental papel de éstos en la consecución de la Calidad del Departamento de Talento Humano.
- Toma de decisiones basada en indicadores, (hechos y datos) y establecimiento de objetivos.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 MARCO REFERENCIAL**

#### **1.1.1 Presentación Institucional**

##### **1.1.1.1 Antecedentes**

En sus inicios no se conocía como Centro de Salud Hospital Machachi, sino como la Casa de Salud Mariana de Jesús regentada por el Ilustre Municipio del Cantón Mejía en el parque de la Salud. La construcción del Centro de Salud Hospital Machachi comenzó aproximadamente por 1968 llegando a su culminación en el año 1973, después de algunos años de construcción se abre las puertas de atención al público el 11 de noviembre de 1973, bajo la Dirección del Dr. Ramón Arroba, en el Gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara.

El Centro de Salud Hospital Machachi es una institución pública gubernamental sin fines de lucro creado para brindar atención en salud de manera integral que contribuya al desarrollo de la comunidad. Se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el cantón Mejía en la Av. Luis Cordero 466 y Pérez Pareja.



**FIGURA No. 2 Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**



Para que la Institución cumpla con los objetivos trazados en los planes es necesaria la participación de todo el personal que labora bajo los regímenes de LOSEP, Contrato Colectivo y Código de Trabajo y de la comunidad del área de influencia de este centro hospitalario.

El Centro de Salud Hospital Machachi se rige a las bases legales antes anotadas y se guía por los principios conceptuales y operativos del modelo de autonomía de gestión de los servicios.

El Hospital de Machachi – Área de Salud No 16, está enfocado en los lineamientos de los nuevos modelos de atención, trabajando así para la satisfacción de los usuarios, basándose en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e interculturalidad.

Dentro de los procesos de gratuidad que cuenta actualmente este Centro de Salud se cita los siguientes:

- Emergencia;
- Consulta Externa:
- Medicina General,
- Pediatría,
- Ginecología,
- Obstetricia,
- Psicología Clínica;
- Hospitalización;
- Quirófano.

Además se cuenta con la entrega de medicamentos sin costo, para las principales causas de morbilidad.

En forma sintetizada y concreta podemos describir que el Hospital Básico Machachi mantiene un lema en sus actividades del día a día, esto es que cada profesional está orientado a brindar una buena atención a los usuarios, apoyándose en los recursos y equipos de última tecnología.



A la vez se destaca el importante apoyo del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud con la donación de recursos económicos para el mejoramiento de las instalaciones, contratación de personal, EBAS, adquisición de equipo médico con tecnología de punta, donación de mobiliarios y equipos por parte de la subsecretaria de la protección social en salud.

#### **1.1.1.2 Misión**

“Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda”. (Hospital Machachi, 2015)

#### **1.1.1.3 Visión**

“El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013”. (Hospital Machachi, 2015)

#### **1.1.1.4 Valores Institucionales**

##### ➤ **Integridad**

Somos honestos, sinceros y leales, inspiramos confianza entre todos bajo un enfoque de justicia, equidad, solidaridad, calidad y respeto por los principios legales, morales y éticos de la comunidad.

##### ➤ **Servicio al Usuario**

Estamos orientados a superar las expectativas de nuestros usuarios tanto internos como externos tomando decisiones con criterio, sentido común y agilidad.

##### ➤ **Innovación**

Tenemos pasión por la creatividad, la flexibilidad y la calidad.

##### ➤ **Nuestra Gente**

Promovemos el bienestar y el desarrollo humano del personal, reconocemos el conocimiento, talento y sobre todo la experiencia para ser cada día mejores.



➤ **Trabajo en Equipo**

Nuestros conocimientos compartimos para que sean escuchados con actitud positiva, promoviendo los esfuerzos comunes en beneficio de la institución.

➤ **Equidad y Respeto**

Respetamos los derechos de los clientes, empleados y usuarios en general, proporcionando trato justo, sin discriminación por razones de género, origen étnico o de edad, en todas las instancias del Área de Salud N° 16.

➤ **Seguridad**

Adoptamos las mejores prácticas y procedimientos orientados a la vigilancia y control de la seguridad operacional y actos ilícitos, que pudiesen suscitarse en el desarrollo de nuestras actividades.

➤ **Aprendizaje Permanente**

Fomentamos el aprendizaje de nuestros funcionarios a través de capacitaciones que fortalecen los conocimientos para ser implementados en la institución.

➤ **Compromiso**

Mantenemos un alto grado de responsabilidad en el cumplimiento de nuestras funciones y actividades dentro y fuera del Área de Salud N° 16.

➤ **Efectividad**

Hacemos uso eficiente y eficaz de los recursos y procesos, cuidamos la imagen, bienes e intereses del Área de Salud N° 16.

➤ **Comunidad**

Con alto sentido de responsabilidad social hacemos énfasis en seguridad y en la conservación del medio ambiente.” (Hospital Machachi, 2015)

## **1.2 OFERTAS INSTITUCIONALES**

### **1.2.1 Líneas de Servicios**

El área de Salud 16 Hospital Machachi, cuenta con varias líneas de servicio las mismas que corresponden al nivel de población existente en Machachi, de acuerdo a estadísticas emitidas por el Municipio del Cantón Mejía al 2015, cuenta con una población de 81.335 habitantes en una densidad de 55,11 hab/km<sup>2</sup>.

A continuación se detallan las líneas de servicio:

### 1.2.1.1 Emergencia.-

Este servicio presta atención inmediata las 24 horas a usuarios del Cantón Mejía como también a turistas que se encuentran por el sector, las especialidades en esta área son en: Medicina General, Obstetricia y Enfermería como se detalla en la **Tabla No.1. del Anexo 1.**



ANTES



AHORA

**FIGURA No. 3 Área de Emergencia de Salud N° 16 del Hospital Machachi**  
Foto del año 2015

### 1.2.1.2 Consulta Externa.-

Este servicio imparte atención médica a los enfermos no internados en el Hospital, la atención médica puede ser diversa en especialidades como Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Obstetricia, Medicina general, Odontología y Psicología Clínica como se detalla en la **Tabla No.2. del Anexo 1.**



**ANTES**

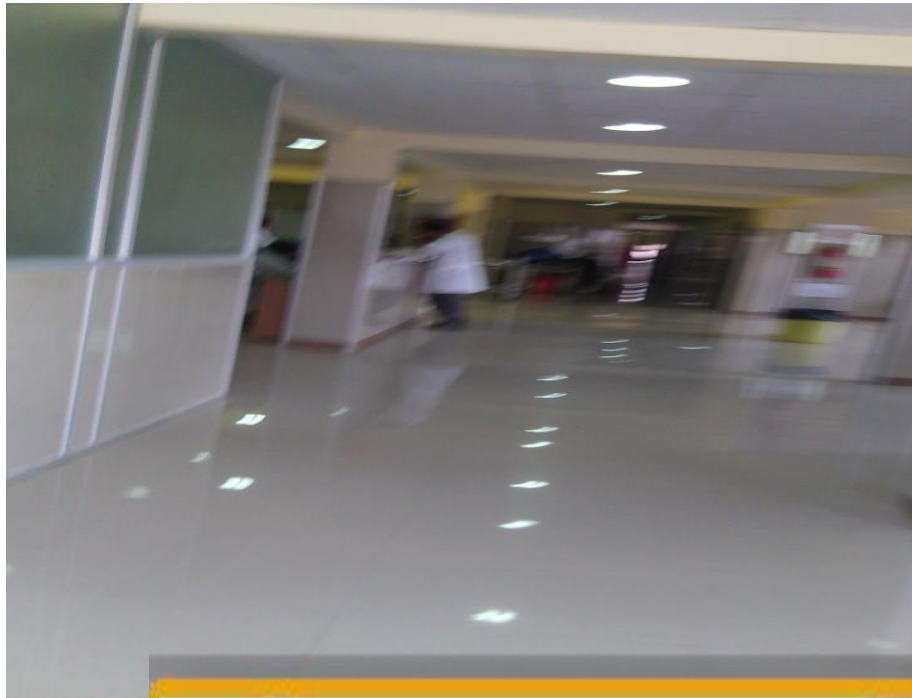


**AHORA**

**FIGURA No. 4 Área de Consulta Externa de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

### 1.2.1.3 Medicina General.-

Este servicio presta atención en patologías comunes que no tienen que ser de especialidad, como se detalla en la **Tabla No.3. del Anexo 1.**



**ANTES**



**AHORA**

**FIGURA No. 5 Área de Medicina General de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

#### **1.2.1.4 Pediatría.-**

Este servicio presta atención en la salud y las enfermedades de los niños en consulta externa, como también en la recepción de recién nacidos de cesáreas y partos complicados, como se detalla en la **Tabla No.4. del Anexo 1.**



**ANTES**

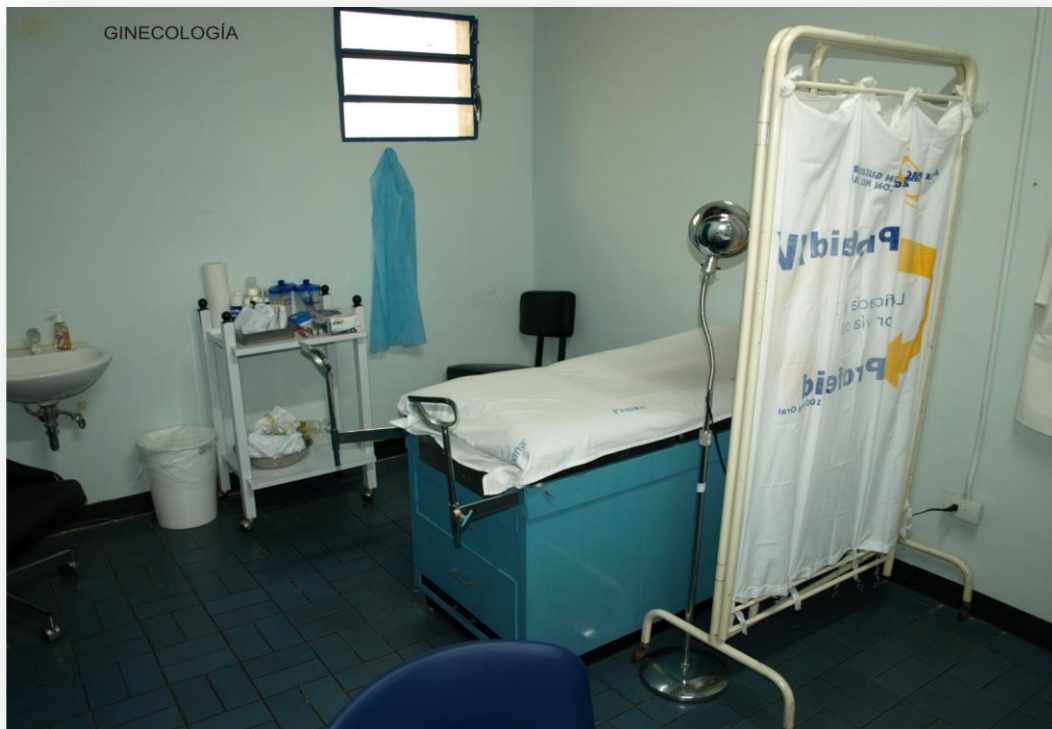


**AHORA**

**FIGURA No. 6 Área de Pediatría de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

### **1.2.1.5 Ginecología.-**

En este servicio se preocupa por el seguimiento y cuidado de la reproducción femenina prestando atención en la consulta externa, e interconsulta, valoración de pacientes en emergencia, cirugías programadas, y de emergencia, como se detalla en la **Tabla No.5. del Anexo 1.**



**FIGURA No. 7 Área de Ginecología de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

**1.2.1.6 Obstetricia.-**

Este servicio se dedica al cuidado de la mujer embarazada, del parto y en el período después del parto, es decir desde la consulta externa hasta la sala de partos, como se detalla en la **Tabla No.6. del Anexo 1.**



**ANTES**

**AHORA**

**FIGURA No. 8 Área de Obstetricia de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
 Foto del año 2015**

### 1.2.1.7 Psicología clínica.-

Este servicio presta atención en base a una evaluación clínica, permitiendo tener un diagnóstico de acuerdo a los factores que afectan a las personas en salud mental y de acuerdo la conducta adaptativa al entorno que está expuesto el paciente, como se detalla en la **Tabla No.7. del Anexo 1.**



**ANTES**



**AHORA**

**FIGURA No. 9 Área de Psicología Clínica de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

### **1.2.1.8 Hospitalización.-**

Este servicio brinda monitoreo al momento del ingreso de un paciente en camilla, entrega y recepción de medicamentos de acuerdo a lo prescrito por el médico de cabecera, como se detalla en la **Tabla No.8. del Anexo 1.**



**ANTES**



**AHORA**

**FIGURA No. 10 Área de Hospitalización de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

### 1.2.1.9 Quirófano.-

En este servicio se realizan las intervenciones quirúrgicas de emergencia como también cirugías planificadas, como se detalla en la **Tabla No.9 del Anexo 1.**



**ANTES**



**AHORA**

**FIGURA No. 11 Área de Quirófano de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Foto del año 2015**

### ANEXO 1

**TABLAS DE LAS LÍNEAS DE SERVICIOS DEL ÁREA DE SALUD 16  
HOSPITAL MACHACHI**

### 1.3 RECURSO HUMANO

El capital humano con el que cuenta el Departamento de Recursos Humanos es necesario para el manejo y funcionamiento de los demás recursos. Este capital humano posee las siguientes características:

- Posibilidad de desarrollo.
- Ideas, imaginación, creatividad, habilidades.
- Sentimientos
- Experiencias, conocimientos, etc.

Estas características los diferencian de acuerdo a la función que desempeñan y el nivel jerárquico en que se encuentren los demás recursos, estos pueden ser: administrativos, profesionales, técnicos, coordinadores, directores, etc.

El Área de Salud No. 16 Hospital Básico Machachi se encuentra conformada por 7 Subcentros Aloag, Aloasi, El Chaupi, Cutuglagua, Tambillo, Tandapi y Uyumbicho, siendo una población muy dispersa. El Hospital funge como Jefatura de área teniendo como recursos a 116 personas, bajo régimen de la LOSEP, CONTRATO COLECTIVO y CÓDIGO DE TRABAJO.

Cuenta con 35 partidas presupuestarias para personal de Código de trabajo, 25 partidas para personal de Nombramiento y 56 funcionarios a contrato ocasional.

Dentro de su distributivo posicional se encuentra clasificada en:

**Tabla No.10**

<b>PERSONAL ÁREA 16</b>	<b>NUMERO</b>
DIRECTOR TÉCNICO	1
ADMINISTRADOR	1
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO	1
COORDINADORA FINANCIERO	1
COORDINADORA DE ENFERMERÍA	1
COORDINADORA ADMINISTRATIVA	1
ENFERMERAS	27

MÉDICOS RESIDENTES	18
OBSTETRICES	5
MÉDICOS INTERNISTAS	3
CIRUJANOS	2
GINECÓLOGOS	2
ANASTESIÓLOGOS	2
PEDIATRAS	2
QUÍMICO FARMACEÚTICO	1
AUXILIARES DE FARMACIA	7
ESTADÍSTICA	5
TRABAJO SOCIAL	1
ASISTENTE DEL DIRECTOR	1
SOAT	1
ASISTENTE DE PLANILLA IESS	1
LIDER DE RRHH	1
ROPERÍA	3
ALIMENTACIÓN	3
LIMPIEZA	3
RAYOS X	5
LABORATORIO	7
ECOGRAFISTA	1
TRAUMATÓLOGO	1
SERVICIOS INSTITUCIONALES	1
PLANIFICACIÓN	1
CHOFERES	4
AMBULANCIA ALFA	1
ECU 911	1
<b>TOTAL DE TALENTO HUMANO</b>	<b>116</b>

**Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi**  
**Año 2015**

#### **1.4 INFRAESTRUCTURA**

Dentro de la investigación realizada sobre la infraestructura del Hospital Básico Machachi, podemos indicar que los recursos físicos son bienes tangibles aptos a ser utilizados para cumplir con las metas propuestas dentro de los objetivos del Área de

Salud No. 16. Razón por la cual se sugiere a la Dirección velar por la distribución y el manejo de recursos los físicos que requiere la institución.

Razón por la cual el HBM deberá contar con un extenso stock de bienes que permitan cubrir con la demanda necesaria para alcanzar con los objetivos principales de la institución.

Así también se deberá tener presente que el momento de comprar tecnología de punta en maquinarias nuevas el recurso humano del Hospital deberá contar con los conocimientos necesarios para el manejo de las mismas.

El Área de Salud No. 16 Hospital Básico Machachi cuenta con un espacio físico de 8716 m<sup>2</sup> y posee recursos físicos como:

- Bienes inmuebles: obras civiles, terrenos.
- Equipos y maquinaria
- Automotores
- Equipamiento de oficinas
- Equipamiento de consultorios
- Equipamiento de Habitaciones



**FIGURA No. 11 Infraestructura del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**



**FIGURA No. 12 Infraestructura del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**



**FIGURA No. 13 Infraestructura del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**



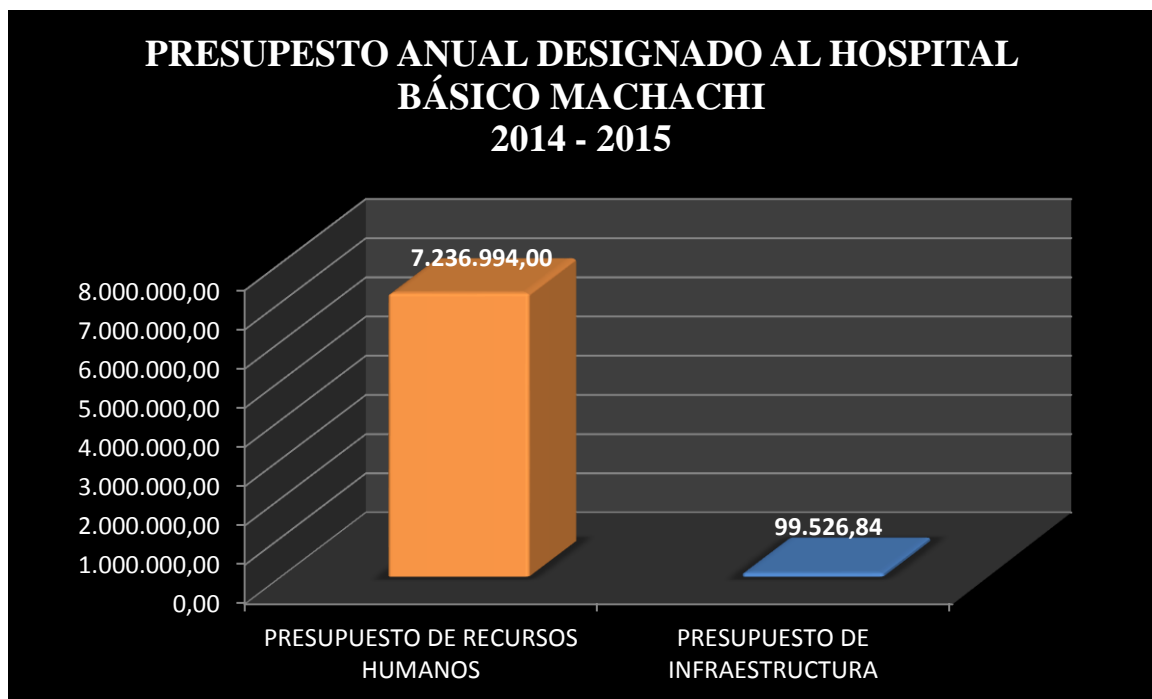
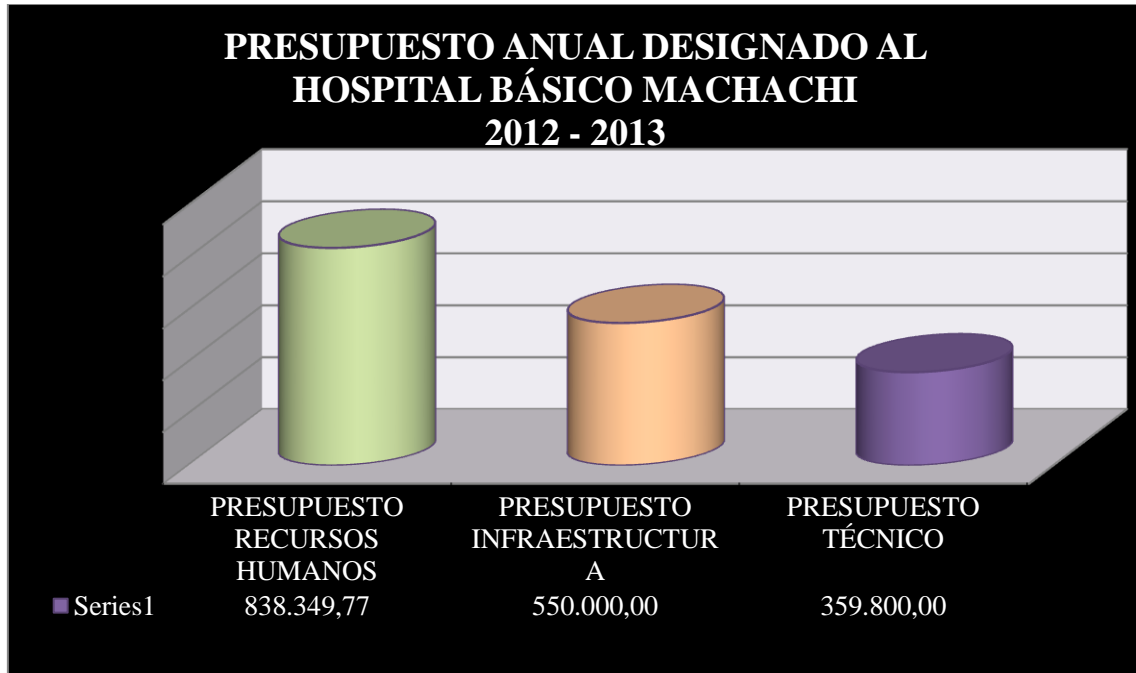
**FIGURA No. 14 Infraestructura del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**



**FIGURA No. 15 Infraestructura del Hospital Machachi**  
**Foto del año 2015**

## 1.5 RECURSO TÉCNICO

Son aquellos que sirven como herramientas e instrumentos auxiliares en la coordinación de los otros recursos. En el Área de Salud No. 16 Hospital Básico Machachi dispone con una planta eléctrica en un área de 6m<sup>2</sup>, además de 2 equipos para anestesia ,1 electro cauterio, 1 monitor, 1 autoclave y 1 succionador.



**FIGURA No. 16 Presupuesto Anual del Hospital Machachi**  
 Fuente: Ministerio de Finanzas, año 2015

## 1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL MACHACHI

### 1.6.1 Organigrama Estructural Vigente

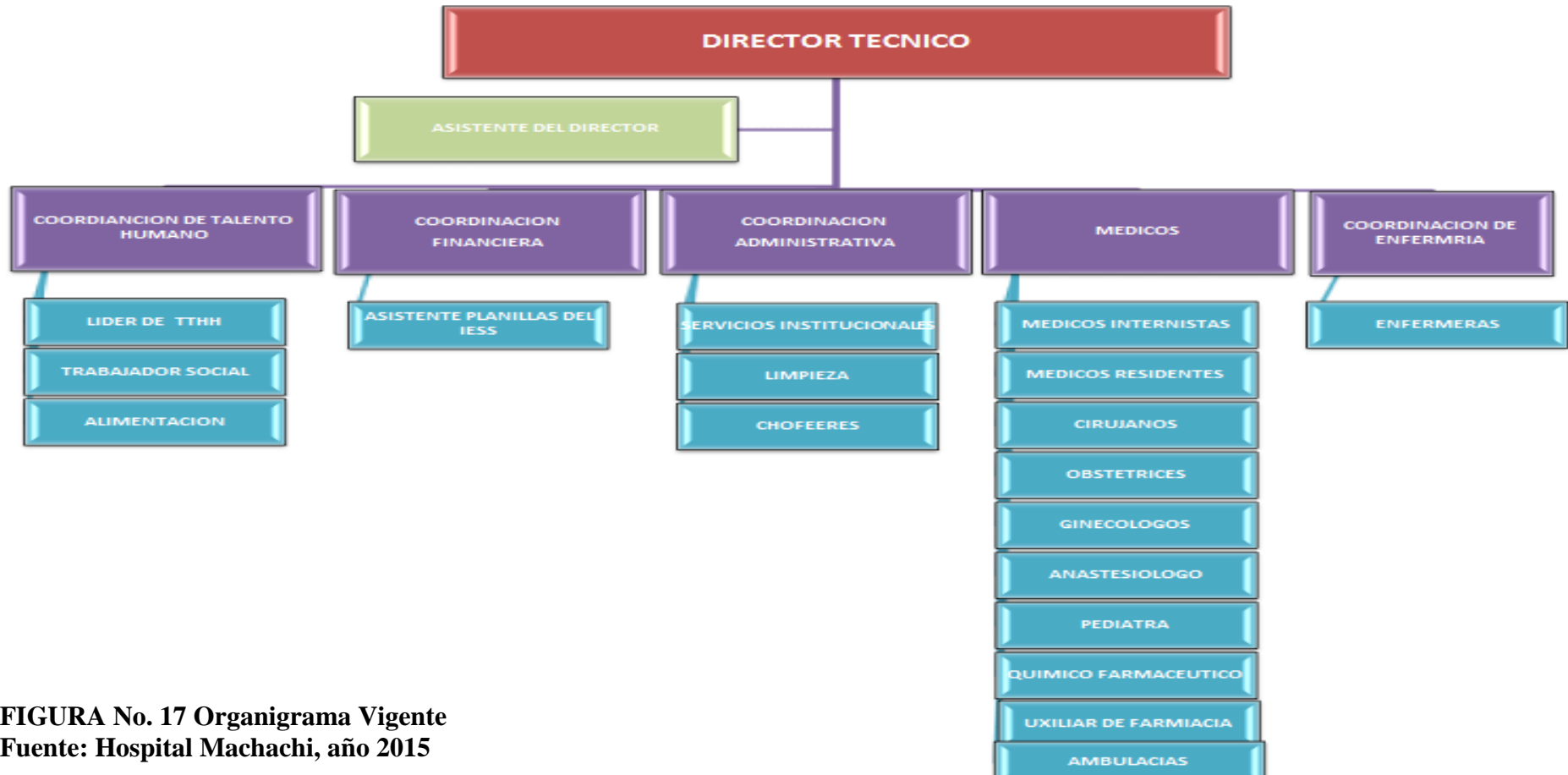


FIGURA No. 17 Organigrama Vigente  
 Fuente: Hospital Machachi, año 2015

### **1.6.2 Principales Clientes**

En toda organización, el cliente es un agregador de valor y una figura que siempre está presente, en el Hospital de Machachi como clientes internos tenemos a los Servidores, Servidoras y Trabajadores que laboran en la institución y como clientes externos tenemos a todos los usuarios de la comunidad, a quienes ofrecemos nuestros servicios.

### **1.6.3 Principales Proveedores**

En el sector público es obligatorio realizar la adquisición de los requerimientos por medio del INCOP, para esto se requiere tener una clave que es otorgada por el Instituto de Compras Públicas, el cual permite ingresar al portal y realizar las compras de acuerdo a las necesidades departamentales y que se encuentre reflejado en el presupuesto anual de compras (PAC), las entidades contratantes pueden transparentar, agilizar y desarrollar de manera eficiente cada uno de los procesos de contratación dentro de los parámetros que maneja la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (LOSNCB).

Los Proveedores pueden formar parte del Registro Único de Proveedores (RUP) para ofertar bienes, obras y servicios a las entidades contratantes utilizando las herramientas que se encuentran dentro del sistema.

## **1.7 RECURSOS ECONÓMICOS**

Este recurso es asignado a través del Ministerio de Finanzas mediante el sistema financiero eSIGEF quien regula el presupuesto de todas las entidades gubernamentales como es el de Salud, determinando así el presupuesto anual para el Área de Salud No. 16 Hospital Básico Machachi, quien a su vez es auditado por la Contraloría General del Estado.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 MARCO TEORICO**

Se considera que es importante y se justifica dentro del desarrollo de esta investigación, anteponiendo que la misma está dirigida para una entidad pública que los servicios que contribuyen son referentes conceptuales asociados a: sistemas organizacionales, sistemas de gestión de calidad, indicadores y los criterios para evaluación del sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Básico de Machachi.

#### **2.1.1 Modelo del Sistema de Gestión de la Calidad**

##### **2.1.1.1 Antecedentes del Sistema de Gestión de la Calidad**

“Se definirá una vez indagado en varios conceptos que el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) son series de actividades regularizadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo“. (Sistema de Gestion de Calidad, 2009)

“Según autores el sistema de gestión de calidad se considera como la articulación de métodos, recursos, personas e insumos que como efecto generan resultados asociados al uso racional de los recursos y se tiene como consecución de satisfacción de los clientes“. (Calidad Total y Productividad, México, 2009)

Dentro del mercado de la salud (Hospital Básico Machachi), mediante esta investigación se procurará implantar diferentes sistemas de gestión para ser más competitivos, cumplir con los requisitos establecidos y disminuir la posibilidad de resultaos de calidad deficiente.

“La Gestión de la Calidad permite que la política sea aplicada con la finalidad de que las diferentes actividades de la institución se dirijan a la obtención del nivel de calidad que cumpla y exceda las necesidades del cliente“. (Sistema de Gestión de Calidad)

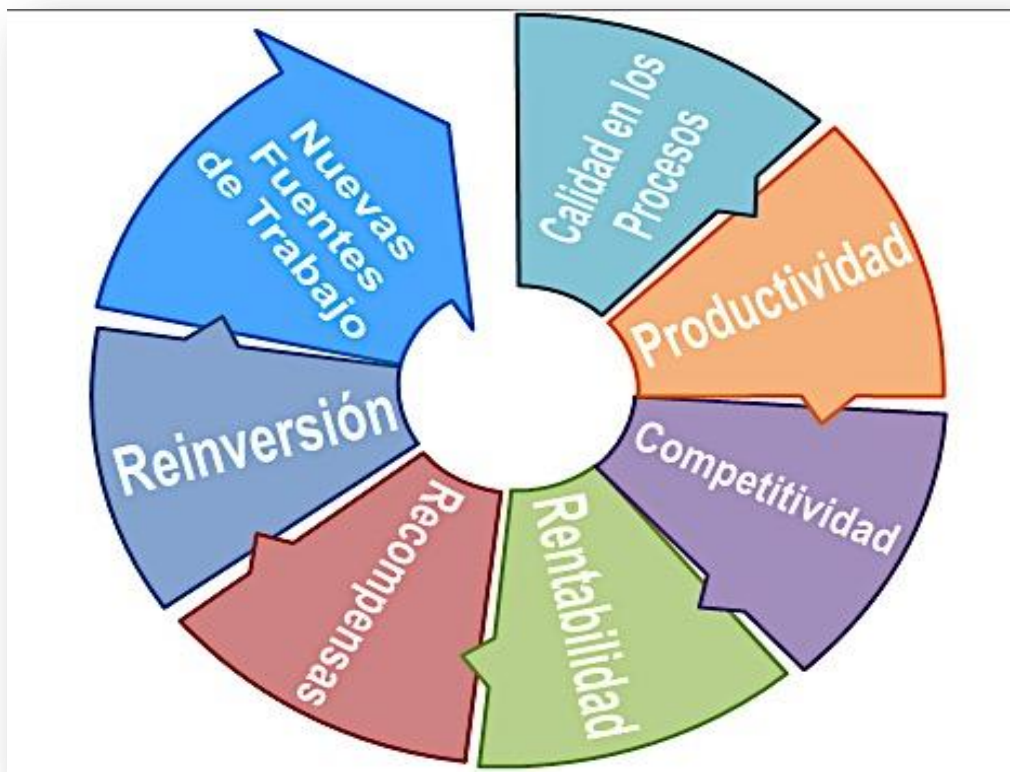
“La Gestión de Calidad Total enseña que el satisfacer y abarcar las necesidades y expectativas de los clientes tanto internos como externos es lo primordial y lo único que conlleva al éxito en los negocios“. (La Gestión por Calidad, 2009)

Como se conoce actualmente el concepto de “cliente” es concebido no solamente a quien compra un producto o servicio, sino que se debe ampliar e incluir además a los empleados, accionistas, sociedad, etc., conociendo que estos constituyen también quienes reciben un producto terminado, insumos físicos o intangibles dentro de la misma institución, definiéndole como “cliente interno“, quién va más allá del “cliente externo“ o “cliente final“. Concepción que se puede tener respecto del “proveedor“.  
(Calidad Total y Productividad, México, 2009)

Obteniendo posteriormente la relación “cliente–proveedor“ dentro de la institución, identificando los proveedores externos e internos quien debe satisfacer las necesidades y expectativas de sus respectivos clientes.

“Toda institución tiene 4 metas claves“: (La Gestión por Calidad, 2009)

1. Satisfacer a sus clientes.
2. Alcanzar un grado de satisfacción más alto que sus competidores.
3. Retener el máximo tiempo a sus clientes.
4. Ganar cuota del mercado.



**FIGURA No. 18 Relación Cliente – Proveedor - Cadena de la Calidad**  
Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos generales



Para mejorar el desempeño del Hospital Básico Machachi la dirección debe tomar decisiones estratégicas que sean esenciales para todo el personal, razón por la cual dentro de este proyecto una de la guías principales será el diseño de Sistema de Gestión de Calidad.

Una vez que la dirección del hospital cuente con el “Diseño del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma Técnica Ecuatoriana ISO 9001 – 2009, para el departamento de Talento Humano“, podrá inmediatamente implementarlo y será decisión de la dirección avanzar hacia la obtención de la certificación del sistema y con ello entre otros beneficios se tendría el reconocimiento externo por parte de las instancias acreditadas y de la comunidad.

El modelo del SGC del departamento de talento humano del HBM, se fundamenta en los principios de enfoque al cliente, mismo que está basado en procesos que propone la norma ISO 9001:2008 como Norma Internacional y la Norma Técnica Ecuatoriana NTE-INEN-ISO 9001-2009, con la finalidad de lograr el incremento permanente de la satisfacción de los clientes internos y la estandarización de los servicios.

Con este antecedente se ha permitido identificar los procesos que se los ha clasificado como estratégicos, claves y de soporte con los que se trabaja actualmente y de los cuales se diseñara la nueva propuesta..

### **2.1.1.2 Historia Sistema de Gestión de la Calidad**

La historia de la normativa de calidad se remonta a los Estados Unidos más precisamente a la época de la Segunda Guerra Mundial, esta familia de normas tomando como base la norma británica BS 5750 apareció en 1987, experimentando su mayor crecimiento a partir de la versión de 1994.

Con la revisión del año 2000 se consiguió una norma menos pesada, adecuada para organizaciones de todo tipo, aplicable sin problemas en instituciones de servicios e incluso en la administración pública.

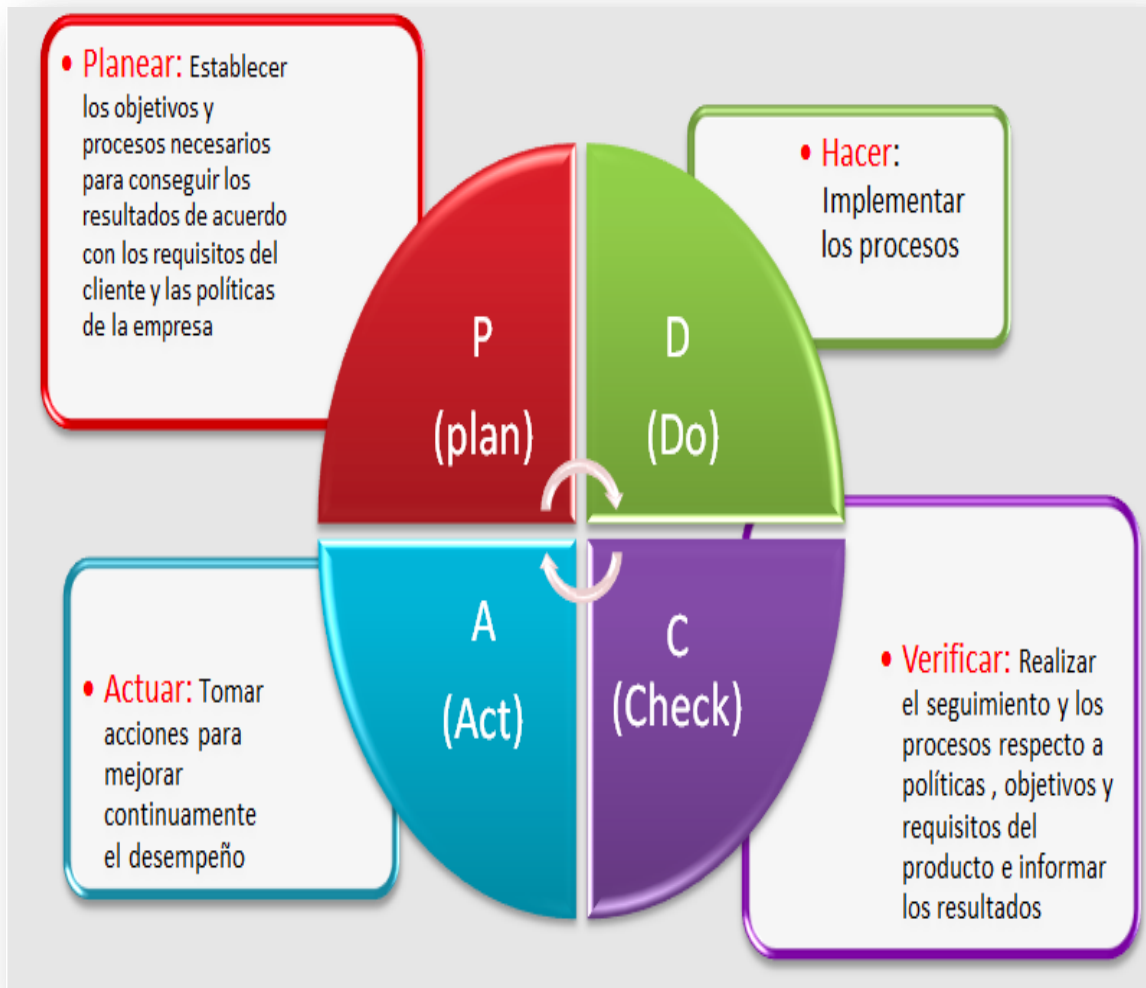
#### ***Revisiones ISO 9001***

- ISO 9001:1987: Versión Original.
- ISO 9001:1994: Primera revisión del modelo original.
- ISO 9001:2000: Segunda revisión del modelo original.
- ISO 9001:2008: Tercera revisión del modelo original.

La ISO 9000:2000 se va a presentar con una estructura válida para diseñar e implantar cualquier sistema de gestión, no solo el de calidad, e incluso, para integrar diferentes versiones.

Así llegamos a la Norma ISO 9001-2008 - Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos, versión actual que data de 2008, publicada el 13 de noviembre de 2008 a nivel Internacional y la Norma Técnica Ecuatoriana INEN-ISO 9001-2009, publicada el 19 de junio de 2009 a nivel Nacional. quien a su vez se constituyó como una de las principales las Normas ISO.

ISO 9001:2008 mantienen similitud con el famoso “PDCA”: acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar). Con la estructurada de estos grandes cuatro bloques, completamente lógicos, se puede desarrollar en cualquier actividad.



**FIGURA No. 19 Ciclo de Deming – Mejora Continua**  
**Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.**

Dentro de las Normas Internacionales se publican los acuerdos internacionales, trabajos que están sujetos a la Organización Internacional de Normalización (ISO)<sup>1</sup>.

La ISO 9001-2008 siendo la versión más reciente, deberá ser aplicada cuando el objeto sea:

- Lograr la satisfacción del usuario con los productos y servicios que presta la institución.
- Manifiestar la capacidad para demostrar la conformidad con los requisitos del usuario y de los reglamentos aplicables para mejorar el SGC.
- Certificar aquellas instituciones que buscan el reconocimiento del SGC.

Cada institución cuida por medio de la familia ISO 9000 la serie que se relacionan directamente con normas y directrices, en la realización del sistema de gestión de la calidad (SGC).

La historia de la SGC se encuentra definida mediante:

- Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los Fundamentos y vocabulario pertenecen a la Norma ISO 9000.
- **Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los Requisitos pertenecen a la Norma ISO 9001.**
- Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad las Directrices para la mejora continua del desempeño pertenecen a la Norma ISO 9004.

**Dentro de la norma ISO 9000:2000,** que constituye la filosofía inspiradora para los requisitos de la norma ISO 9001:2000, contiene todos los fundamentos o principios de gestión de la calidad. Así también contiene todo el vocabulario utilizado en la serie de normas ISO 9000. Uno de los aspectos que hay que destacar es que esta versión del 2000 de la familia ISO 9000 ha introducido una serie de cambios muy significativos respecto a la versión anterior del año 1994, de manera que los requisitos y directrices se

---

<sup>1</sup> La diferencia entre una norma ISO y una norma EN, elaborada por el Comité Europeo de Normalización (CEN), es que los organismos de normalización de la UE (AENOR en España) están obligados a adoptar las normas EN íntegramente como norma nacional. Aunque una norma se adopte a nivel europeo o internacional, para imponer la obligatoriedad de su cumplimiento se precisa una reglamentación específica y su incorporación a la legislación de cada estado miembro. En España, las normas CEN reciben la denominación UNE-EN.

sostienen y fundamentan en una serie de principios de gestión, que le confieren una clara “orientación hacia los resultados”, principalmente relacionados con el cliente.

Para encontrar un concepto de Organización dentro del conjunto de la ISO 9000, se define a este término como el grupo humano y físico que tiene obligaciones y responsabilidades.

**Dentro de la norma ISO 9001,** que es la referencia por la que las instituciones establecen, documentan e implantan sus sistemas de gestión de la calidad, su principal objeto es demostrar su capacidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos de los clientes y que estén orientados a la satisfacción de los mismos.

La adopción de los requisitos de esta norma permite en la actualidad la posibilidad de obtener un reconocimiento externo a través de entidades certificadoras y acreditadas.

Los requisitos para los SGC, en cualquier sector de servicio o de producción, deben ser desarrolladas de acuerdo a lo indica la norma internacional.

Consecuentemente, para alcanzar la certificación del sistema de gestión de calidad, la institución deberá estar de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001:2000, que corresponde a tener documentación bajo la salvedad de cualquier solicitud de la normativa que no aplique.

“Cada documentación del sistema de gestión de calidad de la organización debe ser adecuada de la manera que sea apropiada a sus actividades, mientras aún cubra los requisitos de éste estándar internacional. “ (Sistema de Gestión de Calidad)

**Dentro de la norma ISO 9004** que se encuentra ligada a la versión del 2000, tiene por objeto el establecer directrices que permitan a una institución avanzar desde un sistema de gestión de la calidad orientado a la satisfacción del cliente hacia un sistema orientado a todos los grupos de interés de una institución (clientes, accionistas, aliados, personas y sociedad).

Preocupándose por la mejora global del desempeño de la institución, tanto en términos de eficacia como de eficiencia, es decir, no solo se orienta a obtener los resultados deseados (objetivos), sino a alcanzarlos con la menor utilización de recursos posible.

### **2.1.1.3 Conceptos Básicos del Sistema de Gestión de la Calidad**

#### ***Según la ISO - Norma es:***

“Se la puede definir como “un documento determinado que es aprobado por un organismo mediante consenso, el mismo que tramita su uso de acuerdo a los parámetros que se quiera alcanzar en los resultados a cumplir.” (ISO/IEC Guía 2:1996)

Internacionalmente hay Instituciones que por su naturaleza del producto o servicio utilizan los parámetros de fabricación para un mejor resultado“. (Sistema de Gestión de Calidad)

En un principio las normas fueron diseñadas, como respuesta a la necesidad de documentar procedimientos eficaces y más tarde se comercializaron para utilizarlas en procedimientos administrativos“.

#### ***¿Qué significa “ISO”?***

“ISO (International Standard Organization) u Organización Internacional de Normalización, es un organismo que se dedica a publicar normas a escala internacional y que en este caso (el campo de la gestión de la calidad), tomando como base la norma British Standard: BS-5720, ha venido confeccionando la serie de normas ISO 9000 referidas a los Sistemas de la Calidad desde hace varios años.“ (Sistema de Gestión de Calidad)

“La primera versión nació en 1987 y fue revisada en 1994, por lo que esta nueva edición del año 2000 supone la tercera modificación de la misma.“

“Cerca de noventa países se encuentran fusionados en esta organización internacional (ISO), a través de intereses y fines en común. “ (Sistema de Gestión de Calidad)

#### ***¿Qué es calidad?***

Calidad es un término que a lo largo del tiempo ha evolucionado; razón por la cual se ha recopilado algunas definiciones como:

- “La mercadería compensa el empleo previsto, según la Constitución” (Asociación Alemana para la Calidad, DGQ, 1972);

- “Los producto o servicio son conjuntos con propiedades y características para satisfacer las necesidades” (Instituto Alemán para la Normalización, DIN 55 350-11, 1979);
- “Son características que le confieren aptitudes para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas” (Instituto Centroamericano de Tecnología Industrial - Comisión Panamericana de Normas Técnicas - Organización Internacional de Normalización ICAITI-COPANT-ISO 8402, 1995)

Ante las definiciones expresadas, se indica que la calidad está dentro de los requerimientos de los consumidores con respecto a la complacencia de sus necesidades. “E identificaremos a las necesidades como la fusión de las características de un producto o servicio, que son cambiantes con el tiempo y se definirá como seguridad, utilidad, viabilidad, versatilidad, compatibilidad con otros productos bajos en costo, etc. “.

Con lo que se determinó se puede explicar que las empresas procuran satisfacer las necesidades de los usuarios en forma eficiente sin tener que disminuir la calidad de los productos.

Según la investigación realizada hemos se ha podido identificar a los costos como: controlables o medidos y/o no controlables u ocultos.

Mediante el trabajo en conjunto del departamento de control de calidad, los miembros de la institución y la alta dirección, se podrá lograr la certificación que se requiere para una mejor práctica de calidad.

#### **2.1.1.4 Principios del Sistema de Gestión de la Calidad**

En cada Institución se puede reconocer los ocho principios básicos de la gestión de la calidad, los mismos que para hacer funcionar una institución deberán cumplir con la principal regla que es la mejora continua.

##### ***1. ENFOQUE AL CLIENTE***

Toda organización depende de las necesidades que tengan los clientes para poder satisfacer los requisitos y expectativas que tengan.

## **2. LIDERAZGO**

Los líderes son aquellos que tienen un propósito de motivación, de influencia, para que el personal de una organización se involucre y llegue a cumplir con los objetivos de la Organización.

## **3. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL**

Es importante que todo el personal se involucre en una organización y tenga el compromiso de llegar a cumplir las metas propuestas.

## **4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS**

Para que un resultado sea eficiente en una organización se requiere tener procesos claros.

## **5. ENFOQUE DE SISTEMA PARA LA GESTIÓN**

Dentro de un sistema de gestión es importante que los procesos se encuentren interrelacionados para que contribuyan de una manera eficiente a la organización.

## **6. MEJORA CONTINUA**

La mejora continua en cada uno de los departamentos permitirá cumplir el desempeño de la organización.

## **7. ENFOQUE BASADO EN HECHOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN**

Los análisis y datos son importantes para una toma de decisiones.

## **8. RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON EL PROVEEDOR**

La relación que se tenga entre el proveedor y la organización es importante para cumplir con el fin común.

*Dentro de la Gestión de la Calidad los 8 principios implantan  
la base de las normas ISO 9000.*

### **2.1.1.5 Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad**

El SGC del HBM, se basará en uno de los principios de la Gestión de la Calidad llamado **“ENFOQUE BASADO EN LOS PROCESOS”**, es decir, esta norma ISO 9001 quedará organizada en 8 secciones. De las cuales las 4, 5, 6, 7 y 8 abarcan los requisitos de (SGC).

Para determinar en este proceso de investigación las 3 secciones primeras de la norma (1, 2 y 3) no abarcan los requisitos.

**1) Sección 1: *Objeto y campo de aplicación.***

Norma ISO y la manera de aplicar en las organizaciones.

**2) Sección 2: *Referencias normativas.***

Omite documentos a utilizar junto con la norma ISO 9001:2008, SGC – Fundamentos y Vocabulario ISO 9000:2005.

**3) Sección 3: *Términos y definiciones.***

Términos y definiciones adaptables que consta en esta Norma ISO 9000.

**4) Sección 4: *SGC, requisitos generales.***

Determina los requisitos que debe cumplir una institución interesada

**5) Sección 5: *Responsabilidad de la dirección.***

Compromiso y papel que cumple la dirección.

Compromiso con la implantación efectiva del SGC.

Dirigir, participar, demostrar y dedicarle tiempo al SGC.

Manifiestar el compromiso de las siguientes formas:

- Concurrir a cursos, seminarios, conferencias.
- Participar y presidir conferencias de temas de calidad.
- Presentarse como delegados y/o ponentes en reuniones
- Conceder discursos a los trabajadores.
- Proveer los recursos necesarios

**6) Sección 6: *Gestión de recursos.***

Gestionar las condiciones que determinen y proporcionen recursos, a toda la Institución.

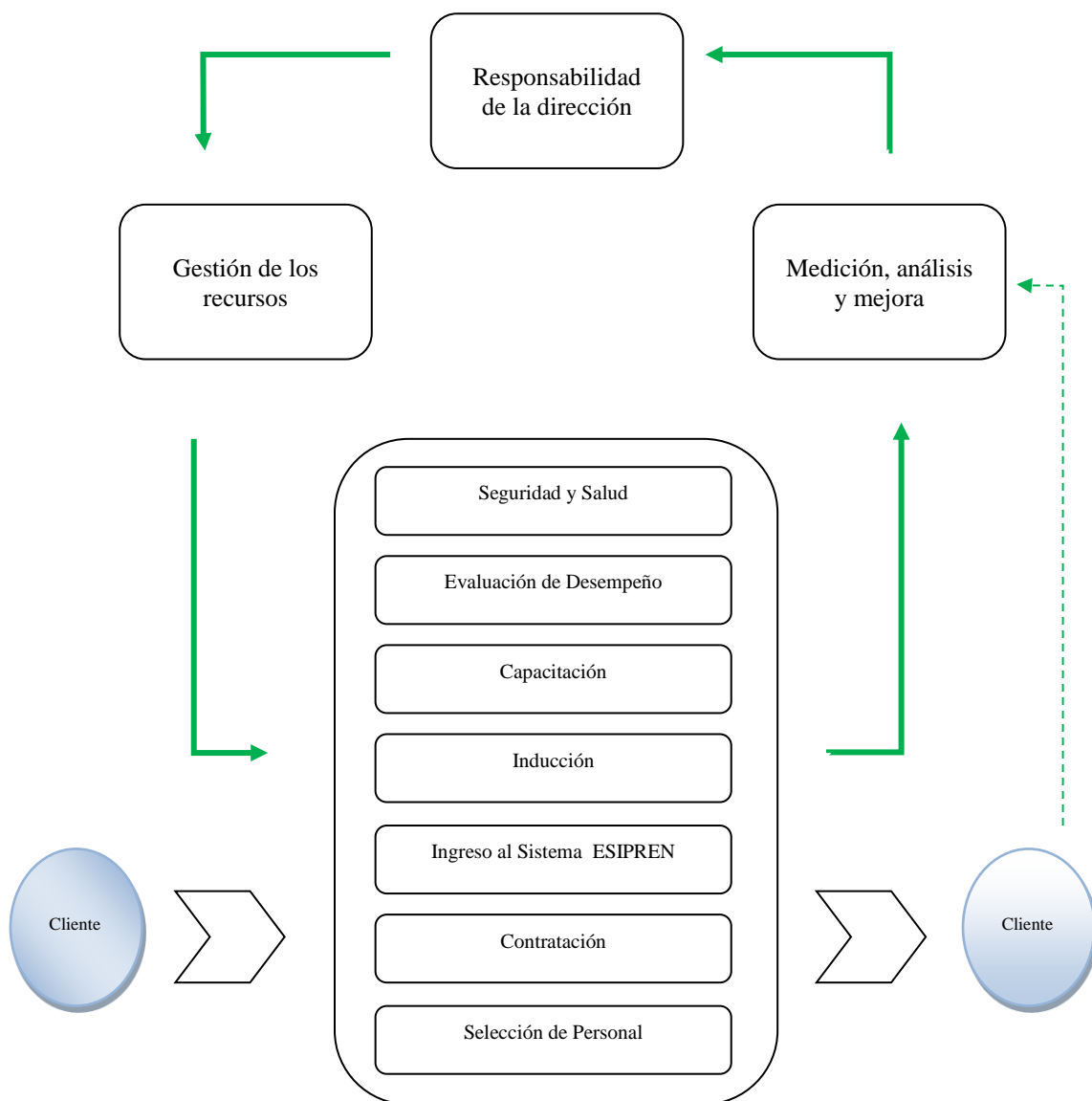
**7) Sección 7: Realización del producto.**

Detallar los exigencias para la producción del producto o el servicio.

**8) Sección 8: Medición, análisis y mejora.**

Generar los requerimientos para el seguimiento y medición de los procesos, y la ejecución de las auditorías internas al SGC.

Para el caso del HBM el modelo del sistema de gestión de la calidad basado en los procesos identificados:



**FIGURA No. 20 Modelo del Sistema de Gestión de la Calidad del HBM**

**Fuente Hospital Machachi, año 2012**

### **2.1.1.6 Etapas del Sistema de Gestión de la Calidad**

“Este proceso se desarrolla en las siguientes etapas“: (Ing. Jorge Ugarte)

#### ➤ **DIAGNÓSTICO**

Con los requisitos de la Norma ISO 9001, permitirá identificar las fortalezas y debilidades, que serán plasmadas en un plan de acción.

#### ➤ **COMPROMISO**

La máxima autoridad será quien tenga el compromiso total con la organización.

#### ➤ **FORMACIÓN INICIAL**

Se deberá iniciar con una formación a todo el personal que permita tener los conocimientos claros en cuanto al SGC.

#### ➤ **GESTIÓN DE LOS PROCESOS**

Permite mejorar los procesos de la organización.

#### ➤ **DOCUMENTACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA**

Dentro del SGC, debe encontrarse todo respaldado.

#### ➤ **IMPLANTACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA**

De acuerdo a requerimientos de la SGC.

#### ➤ **AUDITORIAS INTERNAS**

Que sean implementadas y se cumplan en la práctica.

#### ➤ **CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD**

Esta fase no es obligatoria en el proceso de implantación ya que el reconocimiento da un tercero.

### **2.1.1.7 Modelo del Sistema de Gestión de la Calidad basado en Procesos.**

Dentro del Sistema de Gestión de Calidad se debe indicar que es importante tener presente los siguientes puntos:

- a) Los requisitos deben ser cumplidos e interpretados a cabalidad
- b) Todo proceso debe aportar valor
- c) Con cada proceso se logrará resultados del desempeño y eficacia planteada.
- d) Una vez conseguida las mediciones objetivas mejorar permanentemente los procesos.

**¿Proceso como definición?**

“Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados“. (Glosario)

Es decir, Dentro de un proceso se requiere de la participación de personas y de recursos materiales para que las actividades planificadas se puedan coordinar, relacionar e interactuar a partir de unas varias entradas que permitan conseguir un objetivo previamente identificado.

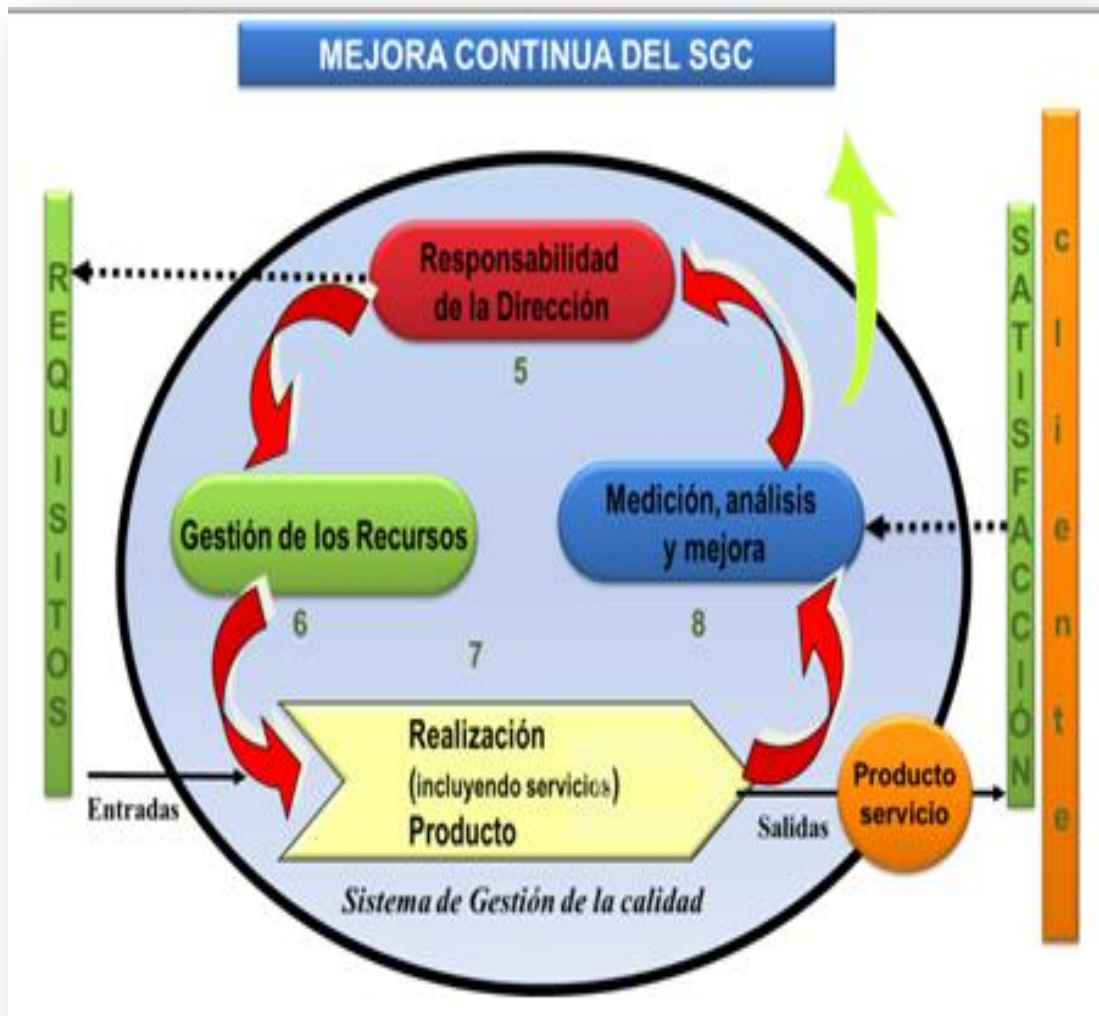


**FIGURA No. 21** Que es un proceso

**Fuente:** Gestión por procesos de José Antonio Pérez Velasco, 2004

**Elementos de un Proceso**

- Nombre del proceso
- Responsable del proceso
- Límites del proceso
- Procesos proveedores
- Procesos clientes
- Recursos
- Controles
- Indicadores
- Restricción



**FIGURA No. 22 Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos.**  
**Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.**

Dentro de lo que es un proceso no se deberá gestionar: departamentos como tales, áreas, dependencias, puestos, o funciones de la institución, sino más bien los procesos identificados en los cuales pueden estar inmersos uno o varios departamentos o áreas pero que tienen un objetivo común.

Para la gestión basada en procesos la institución debe:

- Reconocer los procesos.
- Establecer su orden e interacción.
- Establecer juicios y técnicas que aseguren que la operación y control sean efectivos.
- Para desarrollar la operación y el seguimiento se debe disponer de recursos e información
- Hacer los trabajos de seguimiento, medición y análisis.
- Establecer actividades que logren resultados proyectados a mejorar.

#### **2.1.1.8 Beneficios de Sistema de Gestión de la Calidad por Procesos y la Mejora Continua**

Dentro del SGC se puede indicar que podremos encontrar ventajas que se logran de la definición, desarrollo e implantación como:

- Externamente se indica que:
  - Ante clientes externos cuando el progreso de la Institución aumenta, sube su nivel de satisfacción y la confianza en las relaciones cliente-proveedor.
  - Todos los objetivos deben estar apegados a leyes y normas vigentes.
  - En toda relación comercial se debe certificar la calidad.
- Internamente se indica que:
  - Dentro de la Institución los procesos deberán mejorar la calidad de los servicios y funciones de la institución.
  - Mantener la mejora continua y exigir calidad en los sistemas de gestión y servicios.
  - Los costos de operación deberán ser reducidos (costos de no calidad)

- Aumentar la eficiencia y satisfacción personal.
- En todo servicio se debe reducir los reclamos y quejas.
- Se han investigado varios conceptos sobre la mejora continua relacionados con la norma ISO 9000:2005 como:
  - Se define como un trabajo periódico que aumenta la cabida para cumplir con los requisitos. Siendo por supuesto una acción sistemática y planificada que no debe terminar en el tiempo.
  - En el HBM el mejoramiento continuo se desarrollará conforme se establece en el Manual de Mejoramiento Continuo.

#### **2.1.1.9 Riesgos del Sistema de Gestión de la Calidad**

- Si no se asume al SGC como una oportunidad de mejora podría tener riesgos en su implementación.
- Los sistemas si no proporcionan actividades de calidad pueden volverse tediosos y burocráticos para el nivel directivo.
- El no tener una buena comunicación puede complicar en el desarrollo del análisis e implantación de los requisitos.

#### **2.1.2.10 Como implantar Sistema de Gestión de la Calidad (Formación y Capacitación)**

Básicamente se deben seguir en 6 pasos:

##### **1. Información**

Es necesario tener conocimiento de la norma ISO 9000 e ISO 9001 para implementarla en su empresa

##### **2. Planificación**

Cada proyecto comienza con un buen plan. Compare su sistema de gestión de calidad (SGC) actual con los requerimientos de la norma 9001. Haga un perfil de su plan y prepare un programa de implementación.

##### **3. Desarrollo**

Según los requerimientos del sistema implantado.

#### **4. Auditorias**

Todo SGC deberá sustentar mediante documentos según la norma 9001. Tomando en cuenta la ejecución del manual de calidad, y el desarrollo de los procedimientos requeridos.

#### **5. Capacitación**

Dentro de la norma ISO 9001, los trabajadores serán capacitados para trabajar y cumplir con lo designado. Demostrando que el sistema es efectivo.

De igual forma se comparará el SGC con los requerimientos de la norma ISO 9001 mediante las auditorías internas realizadas por el equipo interno designado, mismo que debe formarse y capacitarse constantemente

#### **6. Auditoria de registro**

El auditor de registro será contratado externamente. Quién manejará la auditoría y el registro completo de la misma. Y sí se requiere y se prevé provechoso sería mejor solicitar la certificación de su SGC por medio de una empresa certificadora externa.

#### ***¿Qué establece la Norma ISO 9001:2008 y sus características?***

Para obtener la mejor competitividad de la institución la norma ISO 9001:2008 instaure que para garantizar la aprobación de los productos o servicios, las obligaciones mínimas de un SGC, serán el deleite del cliente mediante la eficacia y la disminución del costo de "no" calidad.

“Para una mejor comprensión la norma ISO 9001:2008 se caracteriza por“: (Sistema, 2008)

- Su éxito moderno es basado en los procesos.
- Es compatible con otras normas de gestión.
- Su certificación es la principal del mundo.
- Cumple con los requisitos legales y/o reglamentarios.
- Los procedimientos documentados son de menor afectación.
- La dirección tendrá mayor participación y compromiso de calidad.

- Las funciones y niveles relevantes serán medibles de acuerdo a los objetivos de la organización.
- Los recursos tendrán mayor disponibilidad.
- A todo cliente se debe comprender y satisfacer con énfasis sus necesidades.
- La satisfacción del cliente deberá tener seguimiento y análisis de la información.
- En base a la investigación de información se tomará decisiones.
- Continuamente se deberá controlar la mejora continua y su análisis.

*¿“Por qué las empresas invierten en asesorarse sobre Sistemas de Gestión de la Calidad“? (Sistema, 2008)*

- 1) En primer lugar el cliente es el principal elemento por el cual, la organización debe decidir en orientar su estructura su gestión y satisfacer sus requerimientos.
- 2) Los SGC son la mejor herramienta para reducir a la mínima expresión los costos de calidad no conforme.
- 3) La certificación del SGC de una empresa genera seguridad, creencia, y nuevas aperturas en el mercado.
- 4) Los SGC mejora en tener una aptitud laboral competitiva dentro de la organización, frente a la competencia.

*“Dentro de la certificación ISO 9001 se presentan datos de empresas relacionadas con esta norma “ (Sistema, 2008)*

Varias Instituciones (85%) que se encuentran certificadas reportan beneficios externos:

- “Mayor percepción de la calidad” (Sistema, 2008)
- “Incremento de la demanda” (Sistema, 2008)

Varias Instituciones (95%) que se encuentran certificadas reportan beneficios externos:

- “Mayor toma de conciencia de los trabajadores” (Sistema, 2008)
- “Aumento de la eficiencia operativa” (Sistema, 2008)
- “Reducción de costos en desperdicio” (Sistema, 2008)

Según Irwin Professional Publishing de (USA) demuestran mediante un sondeo que:

- Solo 30% de Instituciones certificadas poseen un aumento de demanda
- Solo 50% de Instituciones certificadas poseen el 80% de satisfacción por parte del cliente.
- Solo 69% de Instituciones certificadas poseen ventajas competitivas
- Productos (83%) con alta calidad en el mercado son de Instituciones certificadas.

*“Si la Institución quiere ver progresos, no necesita esperar a la certificación ya que los beneficios se manifiestan desde la implementación del proyecto”.* (Sistema, 2008)

#### **2.1.1.11 “Requisitos Generales del Sistema de Gestión de la Calidad“** (Formación y Capacitación)

Para mantener el SGC progresivamente se deberá ir mejorando y controlando la eficacia de la institución, misma que debe establecerse, documentarse, implementarse y mantenerse según los requisitos de esta Norma Internacional.

Cada institución deberá:

- Establecer procesos obligatorios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la institución.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- Comprobar que la operación y el control de los procesos sean efectivos.
- En los procesos tanto los recursos como la información son importantes para apoyar la operación y el seguimiento.
- Los procesos deberán tener un control para cuando sean aplicables y analizables.
- Para llegar a los resultados proyectados de estos procesos se deberá ejecutar acciones necesarias.
- Todo proceso se tramita según los requisitos de la norma internacional.

Lo citado anteriormente sobre los procesos indica que la necesidad recae sobre los proyectos de la dirección, la reserva de recursos, la ejecución del producto, la medición, el análisis y su mejora.

Si se realiza contrataciones externas la Institución no se excusa del control de los procesos y la responsabilidad de efectuar con todos los requisitos del cliente, legales y reglamentarios.

Externamente el grado de control puede estar afectado por variables como:

- Impacto potencial - suministrar servicios de acuerdo a los requisitos.
- Grado de control compartido sobre el proceso,

#### **2.1.1.12 “Requisitos de Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad”** (Formación y Capacitación)

Todo sistema de gestión de la calidad en los requisitos de la documentación debe incluir:

- a) Una política y objetivos de la calidad.
- b) Un manual de la calidad.**
- c) Procedimientos debidamente documentados y que tengan registros a esta Norma Internacional:
  - d) Para asegurar la planificación, la operación y el control de los procesos se requiere tener una documentación necesaria.
  - e) Los registros que permiten proporcionar la evidencia de la conformidad de una operación eficaz en el SGC son:
    - c.1. Control de la documentación.
    - c.2. Control de los registros.
    - c.3. Auditorías internas.
    - c.4. Control de productos no conformes.
    - c.5. Acciones correctivas.
    - c.6. Acciones preventivas.

El sistema de gestión de la calidad puede diferir en la extensión de una institución a otra debido a:

- Depende del tamaño de la institución y de su razón de ser
- De procesos complejos y de su interacción, y
- Del personal competitivo.
- La documentación que pueda estar en cualquier formato o medio.

#### **2.1.1.12. A) Manual de la Calidad**

“Dentro del Hospital Básico de Machachi al Manual de Calidad se lo definirá como un documento donde se especifica la política de la calidad y los objetivos que apuntan al cumplimiento de dicha política“. (Sistema de Gestión de la Calidad)

Llamado también "Maestro", que establece como dar cumplimiento a la Norma ISO 9001-2008 y del mismo se derivan Procedimientos, Instructivos, Formatos. etc.

Este es el documento principal del Sistema de Gestión de Calidad, en él esta descrito como el HBM implementará las acciones para dar cumplimiento a los requisitos exigidos por ISO 9001:2008.

Para desarrollar este documento se deberá tener presente que este debe estar debidamente elaborado, revisado y aprobado de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de control de documentos, incluye el alcance del SGC, las exclusiones con sus respectivas justificaciones, explicación general del cumplimiento de cada uno de los requisitos de las normas, relacionando los procesos con los responsables, se referencia a los procedimientos y se anexan los documentos de apoyo que ayudan a la comprensión del SGC.

Cada institución dentro de su manual de la calidad deberá tener inmerso los siguientes puntos:

- El SGC y su alcance, tomando en cuenta detalles y justificación de cualquier supresión.
- El SGC y sus procedimientos documentados instituidos.
- El SGC y la explicación de la interacción entre los procesos.

#### **Estructura del Manual de Calidad**

Se abordan en extenso cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001. Se atienden sus exigencias en los Procedimientos de Gestión, que se referencian con nombre y codificación detalladamente en cada una de sus partes.

El Manual de Calidad tiene la siguiente estructura:

- Presentación de la institución
- Objetivo y campo de aplicación



- Definiciones y terminología
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Registros y anexos
- Referencias

### **Aprobación y Distribución del Manual de Calidad**

La aprobación y distribución del Manual se realiza de acuerdo a lo que se indica en el procedimiento de control de documentos y datos que se detalla en el ANEXO N° 2 - **TH - PA-01 -2012**

#### **2.1.1.12. B) Registros de evidencia de conformidad con los requisitos y la operación eficaz del SGC**

##### ***b.1) Control de los Documentos***

Para el manejo del Control de los Documentos el HBM cuenta con el procedimiento documentado que se encuentra detallado en el **ANEXO N°3 – TH-PA-01-2012- CONTROL DE DOCUMENTOS**, documento que garantiza el control de los documentos externos e internos del Sistema, estos últimos en cuanto a su elaboración, adecuación (cambios), revisión, aprobación, identificación de cambios, versión y distribución.

Su objetivo principal es prevenir un uso no intencional los documentos obsoletos debiendo estos recogidos e identificados. Dentro de los documentos especiales se encuentran los registros que deben registrarse de acuerdo a lo señalado.

Para inspeccionar un procedimiento documentado se debe implantar:

- La autorización y adecuación de los documentos antes de su difusión
- Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- Estar pendiente de la vigencia, los cambios y el estado de los documentos.
- Tomar en cuenta que los documentos adaptables deben poseer versiones acertadas en los puntos de uso.
- Todo documento debe subsistir legibles y sencillamente identificables.

- Cada institución establece los documentos que son necesarios para planificar, operar, identificar y que controlan su repartición.
- No usar documentación obsoleta e identificar si se mantiene alguna por cualquier razón.



**FIGURA No. 23 Control de Documentos.**  
**Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.**

### ***b.2) Control de los Registros***

El Hospital Básico Machachi para proceder con lo establecido en la Norma y dando seguimiento a sus directrices hace que la Dirección resguarde sus archivos, su razón porque dentro del SGC son evidencias que proporcionan la aprobación.

Dentro de esta institución se deberá plantear procedimientos documentados que definían los controles necesarios para el manejo completo de los archivos, mismos que se encuentra detallado en el **ANEXO N°4 – TH-PA-02-2012-CONTROL DE REGISTROS**.

Dentro de los procesos documentables, estos deben estar comprensibles y fácilmente reconocibles, estableciendo el tiempo que serán necesarios (como el tiempo en que se encuentra determinado por bases legales, financieras, responsabilidad civil o por indicaciones de clientes) dónde se encuentran ubicados y cómo se procederá a destruir si es el caso.

Para generar un archivo de registros se puede elaborar en cualquier formato (ejemplo, foto copia o proceso electrónico). Para ejecutar el archivo correspondiente deberá contar con los soportes necesarios y proceder con el control previo para combatir el riesgo de deterioro o pérdida. Con estos antecedentes se determinará quién tiene acceso a los archivos y con qué facilidad se dispone de los mismos.

Este proceso de registros de documentos debe tener presente los siguientes puntos:

- Que son evidencia de la aprobación y operación eficaz del SGC
- Que deben quedarse legibles, fácil de identificar y recuperables

Este procedimiento documentado debe tener presente los siguientes controles:

- La identificación.
- El almacenamiento.
- La protección.
- La recuperación.
- El tiempo de retención.
- La disposición



**FIGURA No. 24 Control de Registros.**  
**Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.**

### ***b.3) Auditorías Internas***

Mandatoriamente, la norma ISO 9001 dispone que se debe realizar auditorías internas o de primera parte, a intervalos establecidos de tal manera que permita determinar si es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma y con los requisitos establecidos en el SGC por el propio departamento de Talento Humano del HBM, así como para verificar si se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, considerando que la institución debe:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios internos y externos
- Entregar servicios que aporten valor a los usuarios
- Realizar un enfoque de la gestión basado en procesos
- Gestionar con eficacia y eficiencia
- Buscar la mejora continua.
- Buscar los principios de calidad y calidez orientado a lo que el Gobierno quiere implementar en los hospitales del Ecuador.



La auditoría interna es una actividad independiente que se lleva a cabo dentro de la institución encaminada a la verificación del cumplimiento de todos los requisitos de la norma con la finalidad de contar con un valor agregado dentro del SGC.

Normalmente la auditoría interna se realiza antes de la auditoría externa por la necesidad de mantener un control permanente y más eficaz dentro de la institución y de hacer más rápida y eficaz la tarea del auditor externo.

La ejecución incluso se realiza en un mayor tiempo y con mayor profundidad debido a que los auditores internos conocen las interioridades de la organización y de su SGC, motivo por el cual como resultado suelen aparecer más oportunidades de mejora que en una auditoría externa.

La auditoría interna constituye una herramienta de gestión de gran valor para la dirección, a través de la cual se mide el avance del SGC así como las debilidades que pudiera tener para que se realicen los correctivos correspondientes.

Se debe recordar que en las auditorías internas o externas de un SGC no se busca culpabilidad de las personas sino fortalezas o debilidades en los procesos. Los resultados de la auditoría interna constituyen información de entrada para la revisión por la dirección.

En el cronograma de actividades del departamento de Talento Humano se ha establecido también la frecuencia con la que llevará cabo las auditorías interna del SGC considerando el estado y la importancia de los procesos, los juicios y alcances de la auditoría, su periodicidad y sus técnicas.

La elección y contratación de los auditores y la ejecución de las auditorías son actividades que no deben perder de vista la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría, por lo que los auditores internos no deben auditarse o auditar a sus procesos, procedimientos o equipo de trabajo.

Este tipo de auditorías se realizan por pedido de clientes o proveedores del SGC y tiene como finalidad evaluar la idoneidad de un proveedor para suministrar determinados

productos o servicios. De esta manera se podrá calificar proveedores y además realizar re evaluación de proveedores.

### ***Requisitos para una Auditoria Internos***

- Apoyo de la Dirección
- Auditores entrenados
- Independencia de los auditores
- Acceso a documentos
- Acceso a todos los niveles
- Procedimiento de auditoría establecido que se encuentra detallado en el **ANEXO N°5 – TH-PA-03-2012-AUDITORIA INTERNA.**

### ***Fundamentos y Principios para la Gestión de Auditorías***

El personal que ha sido calificado y realiza las auditorías debe tener siempre los principios que mencionamos a continuación:

#### ▪ **Conducta Ética**

Condición que le permite ser íntegro, correcto y confidente de tal manera que pueda demostrar reserva absoluta en lo concerniente a documentación observada, técnicas, fórmulas, know-how de los procesos auditados.

#### ▪ **Presentación Precisa**

Los auditores deben ser muy claros, precisos sin ambigüedades en sus hallazgos y explicar con apego a las evidencias los resultados de las auditorías, no conformidades, elementos críticos y por supuesto los elementos positivos dignos de ser mencionados.

#### ▪ **Esmero Profesional**

En el trato de los temas, de las personas entrevistadas de la responsabilidad en los contactos con la dirección. Deben disponer de la necesaria y suficiente preparación para profundizar y razonar los argumentos que se expongan.

#### ▪ **Independencia**

El auditor debe actuar todo el tiempo en forma neutral y ecuánime.

▪ **Evidencias.**

Esta es la tarea más importante ya que con ella agrega valor al trabajo realizado. Mediante registros, documentos, pruebas demostrará objetivamente todos los hallazgos encontrados en la auditoría.

***Auditoria de Certificación***

La certificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza luego de haberse ejecutado la auditoría externa llamada también de tercera parte por parte de una entidad independiente. Necesariamente esta auditoría se realiza por la voluntad y el requerimiento de la dirección de la institución, por lo que luego de las correspondientes auditorías internas, la dirección del hospital puede contratar con una entidad externa acreditada la realización de la auditoría de certificación del SGC del departamento de Talento Humano del HBM.

El objetivo de la auditoría de certificación es evaluar la capacidad y conformidad para cumplir los requisitos de la norma ISO 9001:2008 previo a la certificación o reconocimiento por un ente certificador externo y con ello ofrecer a sus clientes una mayor confianza en sus servicios.

Al finalizar exitosamente el proceso, la institución recibe un documento de Certificación y se somete a un ciclo de auditorías de seguimiento que normalmente se realiza cada seis meses y a una auditoría de renovación a los tres años de haber sido certificada inicialmente.

***Ventajas de la Certificación***

- Incrementar la confianza de los clientes
- Mejorar la imagen
- Contar con un factor diferenciador con la competencia
- Estandarizar los procesos
- Reducir quejas y reclamos
- Reducir costos
- Promover sistemáticamente la mejora continua

***b.4) Control de Productos No Conformes.***

Un producto o servicio no conforme es todo aquel que no cumple con algunos requisitos determinado por el SGC. La institución deberá certificar de que el producto o servicio que no cumpla con los requisitos, será identificado y se tomará los correctivos inmediatos definidos en un procedimiento documentado, mismo que se detalla en el **ANEXO N°6 – TH-PA-04-2012- PRODUCTOS NO CONFORMES.**

La Institución ante una no conformidad debería seguir las siguientes pautas:

- Determinar qué productos o servicios son clasificados como no conformes.
- Identificar qué productos o servicios no conformes pueden distinguirse de los productos o servicios conformes.
- Documentar la existencia de las no conformidades, especificando en qué se han producido las irregularidades.
- Evaluar la naturaleza de la no conformidad y decidir qué disposición se tomará, registrando esta actividad.
- Ejercer un control físico de los movimientos, almacenamientos y demás procesos de los productos o servicios no conformes.
- Notificarlo a otras áreas afectadas o involucradas por la no conformidad.

“La Institución debe tratar los productos o servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras”: (ISO 9001 calidad)

- Ejecutar medidas que ayuden a excluir las no conformidades. La autoridad aprobará su desarrollo, liberación o aceptación en el caso de que sea aplicable.
- Ejecutar medidas para impedir su empleo o diligencia.

“La institución debe dejar claramente establecido quién tendrá la responsabilidad para decidir sobre productos o servicios no conformes, para lo cual se requerirá seguir el siguiente procedimiento documental”: (ISO 9001 calidad)

- *Procedimiento de Control de Recepción:* Se inspecciona el material adquirido y se identifica adecuadamente para asegurar la trazabilidad de los mismos. Se detalla además el modo de identificar y segregar el material recibido que no es conforme son los requisitos de compra.

- *Procedimiento de Almacenamiento, Preservación y Manipulación:* Además de reflejar los cuidados a tener durante la manipulación y almacenamiento del material para evitar su deterioro, se insiste en que los materiales no conformes sean identificados como tales y no se utilicen bajo ningún concepto como materiales conformes.
- *Procedimiento de Corte de Material:* Se indica el modo de identificar el material resultante de los procesos de corte, y el modo de identificar tanto los materiales conformes como los no conformes obtenidos.

#### ***b.5) Acciones correctivas.***

Las acciones correctivas evitan o intentan evitar que estas no conformidades vuelvan a repetirse en el futuro mismo que se detalla en el **ANEXO N°7 – TH-PA-05-2012-ACCIONES CORRECTIVAS**

“El resultado de las causas de estas incidencias o no conformidades pueden ser descubiertas gracias al análisis de”: (ISO 9001 calidad)

- Datos de inspección y ensayo.
- Datos de no conformidades o incidencias.
- Seguimiento de los procesos.
- Observaciones de auditorías internas y externas.
- Quejas del cliente.
- Las observaciones de carácter reglamentario o de los clientes.
- Las observaciones de los informes y sugerencias del personal.
- Los problemas de los proveedores, etc.
- En la empresa objeto del proyecto se han elaborado dos procedimientos que recogen los requisitos dictados por la norma.

Para poder proceder con el SGC se deberá verificar toda no conformidad (o incidencia) relativa, registrarla y corregirla, y posteriormente, mediante el proceso de Acciones de Mejora, se estudian las causas que las originaron y se aplican acciones correctivas para que no vuelvan a suceder, además de estudiar e implantar las acciones preventivas descritas a continuación.



**FIGURA No. 25 Acciones correctivas y preventivas.**  
**Fuente: ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.**

***b.6) Acciones preventivas.***

Dentro de una Institución se deberá trabajar con problemas ficticios mismos que ayudarán a ver que se puede hacer o resolver en un futuro. En muchos casos, derivan de sugerencias de mejora planteadas por el personal de la organización.

Todas estas sugerencias sirven para prevenir posibles problemas y evitar su probable aparición. Por tal razón una Acción Preventiva viene ligada por la detección de una No Conformidad, que a pesar de que todavía no haya ocurrido en la Institución, ésta prevé la posibilidad futura de que ocurra, mismo que se detalla en el **ANEXO N°7 – TH-PA-05-2012- ACCIONES PREVENTIVAS.**

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 SITUACIÓN ACTUAL**

Una vez realizada la presente investigación se conoció el porcentaje de cumplimiento de la Norma a la que está Institución por ser entidad Pública se rige. Identificando que dentro de la estructura principal del Hospital Básico Machachi el Departamento de Talento Humano se encuentra ubicado dentro de los procesos llamados Habilitantes de Apoyo, detalle que se lo puede precisar en la **Figura N° 26 Mapa de Procesos, pág.**

El Departamento de Talento Humano del Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi ha determinado que actualmente existen subsistemas frágiles teniendo como consecuencia resultados de calidad deficiente, razón por la cual se propone la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

#### **3.1.1 Departamento de Talento Humano**

Considerada en el HBM como un Departamento que se encuentra encaminada a desarrollar los productos y servicios de los subsistemas con los que se trabaja, así mismo su misión es fortalecer y potencializar las competencias del talento humano, permitiendo desempeñar en forma exitosa el trabajo dentro de los puestos asignados para ratificar la calidad de productos y servicios; de igual forma el asegurar la integridad del personal y de la institución, y, el de considera el desarrollo y la implementar el Sistema de Gestión de Calidad mediante la elaboración del: **ANEXO No. 2 - MANUAL DE CALIDAD.**

Actualmente el Departamento de Talento Humano cuenta con 2 puestos de trabajo, identificados como Coordinador y Asistente de Talento Humano, los mismos que se detallaran en el **ANEXO No. 8 - MANUAL DE FUNCIONES** del Sistema de Gestión de Calidad, cabe indicar que este documento es de vital importancia para el desempeño del Departamento de Talento Humano, ya que permite mejorar a la Institución y el cumplimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios.

El Manual de funciones también permitirá desarrollar las siguientes actividades dentro del departamento de Talento Humano:



- Asesorar a los dirigentes en niveles directivos como también a los trabajadores y empleados.
- Coordinar y participar en el cumplimiento de los beneficios de los empleados.
- Distribuir políticas y procedimientos actualizados.
- Proponer mejoramientos continuos.

A pesar de que no se cuenta con una misión aprobada del Departamento de Talento Humano del HBM se ha concluido que es indispensables el aplicar el Sistema Integrado de Desarrollo del Talento Humano motivando a los servidores al mejoramiento continuo en la calidad de los productos y servicios que se ofrecen y satisfaciendo las expectativas y demandas de los usuarios internos y externos, en función a alcanzar los objetivos estratégicos institucionales

El manejo de los subsistemas del Talento Humano a través de un modelo de procesos permitirá cumplir el desarrollo y crecimiento del recurso humano mediante la misión y visión del Hospital y sus normas y leyes vigentes, como se encuentra detallado en él. **ANEXO No. 9 - MANUAL DE PROCESOS.**

Dentro de los subsistemas del Departamento de Talento Humano, es importante aplicar un manual de procedimientos que permita tener una secuencia en las actividades o tareas que se desarrolla en base a los tiempos, como se detalla en el **ANEXO No.10 - MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.**

El Departamento de Talento Humano no cuenta con un plan de mejoramiento continuo que permita tener procesos analíticos, rendimiento óptimo y minimización de los costos para mejorar la calidad del servicio, razón por la cual se ha desarrollará un Manual de Mejoramiento Continuo como se detalla en el **ANEXO No. 11 - MANUAL DE MEJORAMIENO CONTINUO.**



### **3.1.4 Ubicación de Talento Humano.**

Dentro del Hospital Básico Machachi el Departamento de Talento Humano se constituye en una herramienta estratégica que permitirá garantizar el manejo y el desarrollo de sus subsistemas. Su ubicación se encuentra registrada como un proceso Habilitante de Apoyo actualmente de acuerdo a la Norma de Clasificación de Puestos emitido por el Ministerio de Trabajo, siendo que se deberá considerar que este Departamento no solo debería ser un Gestor de Servicio sino que debería ser un Gestor de Competencias.

Por tal razón una de nuestras propuestas es diseñar el nuevo mapa de procesos identificando la ubicación del Departamento de Talento Humano manteniendo la secuencia e interacción de los subsistemas aplicados de acuerdo a la Ley Orgánica del Servidor Público (LOSEP) y de los que se debería tener.

Actualmente este Departamento cuenta con 5 subsistemas mismos que hasta el momento han permitido el desarrollo y cumplimiento del trabajo diario, y dentro del diseño se abrirá a 7 subsistemas con los cuales la mayoría de Instituciones trabaja para cumplir con el sistema de Calidad y la eficacia de los resultados.

### 3.1.3 Actual mapa de Procesos del Hospital Básico Machachi

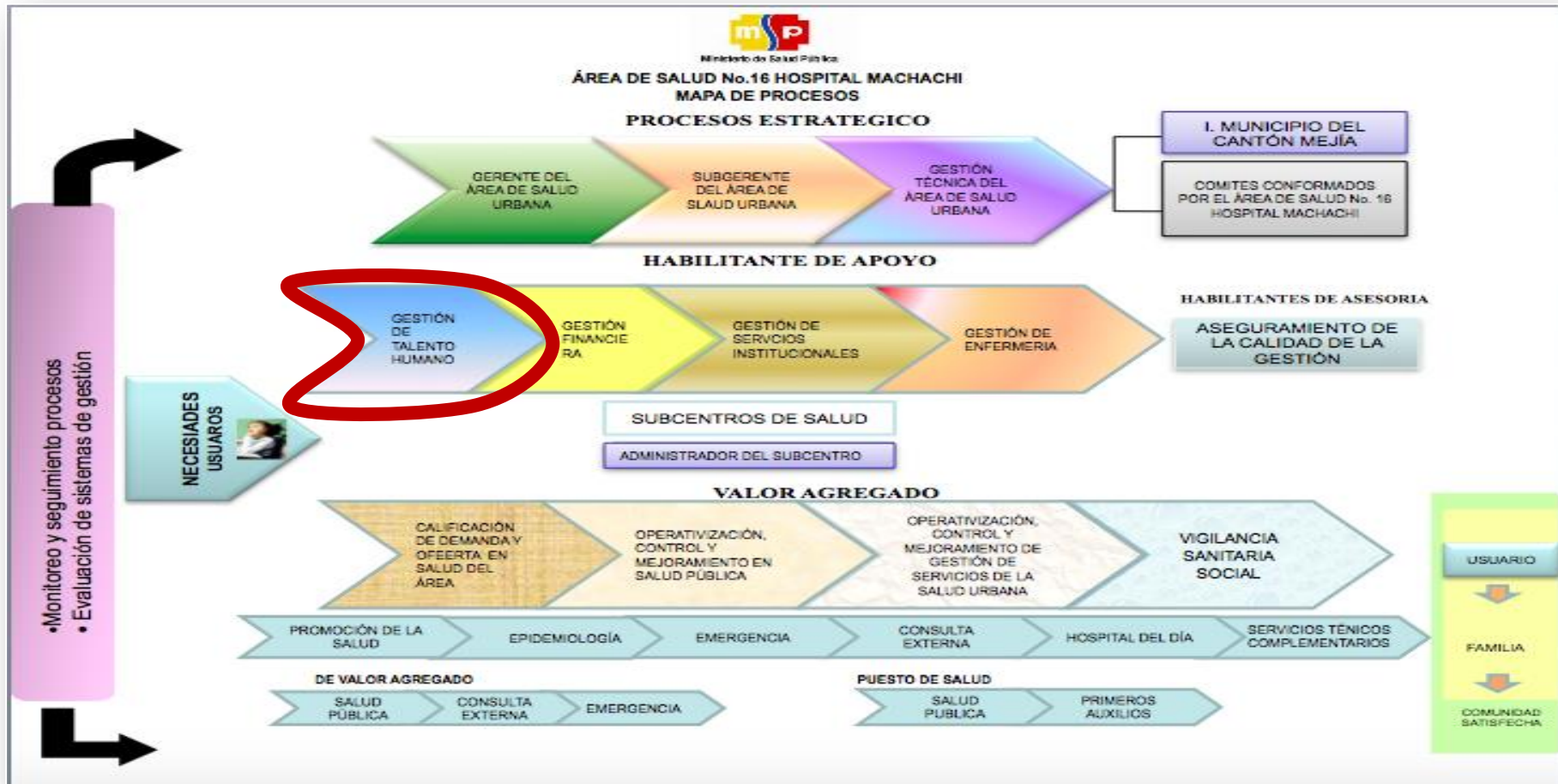


FIGURA No. 26 Mapa de Proceso del Salud N° 16  
 Fuente: Hospital Machachi, año 2012

### 3.1.6 Actual mapa de Procesos del Departamento de Talento Humano



FIGURA No. 27 Mapa de Proceso del Salud N° 16  
Fuente: Hospital Machachi, año 2012

### 3.1.7 Actual mapa de Procesos de los Subsistemas de Talento Humano



**FIGURA No. 28** Mapa de Proceso del Salud N° 16  
Fuente: Hospital Machachi, año 2012

### **3.2 PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO.**

El Departamento de Talento Humano del Hospital Básico Machachi al no contar con estructuras muy bien definidas, hace que los procedimientos se encuentren con falencias, por tal razón gracias a esta investigación se ha realizado el Diseño de todos los puntos clave con los que debe contar este Departamento para llegar a cumplir con el Sistema de Gestión de calidad y en un futuro poder certificarse en Calidad.

A continuación se detallará los Diseños planteados y elaborados mismos que se encuentran sustentados bajo la Norma ISO 9001-2008 versión internacional y la Norma Técnica Ecuatoriana INEN-ISO 9001-2009 versión nacional:

- DISEÑO 1.- MANUAL DE CALIDAD
- DISEÑO 2.- MANUAL DE FUNCIONES
- DISEÑO 3.- MANUAL DE PROCESOS
- DISEÑO 4.- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
- DISEÑO 5.- MANUAL DE MEJORA CONTINUA
- DISEÑO 6.- MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL

### **3.3 INDICADORES DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO**

Los indicadores del Proceso de Talento Humano del HBM se detallan a continuación en tabla general de indicadores mismos que se encuentra en el **ANEXO No. 12 – INDICADORES.**

## **CAPITULO IV**

### **4.1 DISEÑO DEL MODELO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO**

En la búsqueda actual de mejorar y optimizar los procesos dentro del Hospital Básico Machachi – Departamento de Talento Humano, los requerimientos de calidad son cada vez más rigurosos, ya que para garantizar la calidad del producto o servicio se debe contar y establecer las actividades que se requiere para ser más eficientes.

Con estos antecedentes la presente investigación tiene como meta el desarrollo del **“DISEÑO DEL MODELO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO”** mismo que se evidencia en los siguientes apartados de este capítulo.

Para implantar dicha Norma es necesario que el Departamento de Talento Humano evalúe las actividades que están realizando actualmente y se propongan estrategias para garantizar la adecuación de sus procesos respecto a los requisitos establecidos por la Norma.

#### **4.1.1.1 Art. 63.- Del Subsistema de Selección de Personal**

“Es un proceso que permite la vinculación del personal a través de normas, políticas, métodos y procedimientos que se evalúa de acuerdo a competencias conductuales y técnicas que permiten la idoneidad de las y los aspirantes de acuerdo a los requerimientos establecidos en el perfil del puesto a ser ocupado, garantizando con esto la equidad de género, la interculturalidad, personas con discapacidad y grupos de atención prioritaria” (LOSEP-Registro Oficial, 2010)

#### **4.1.1.2 Art. 58.- Contratación**

“Es el siguiente paso que se realiza para formalizar la futura relación de trabajo que permitan garantizar los intereses, derechos y deberes tanto del trabajador como de la institución. En el sector público la autoridad nominadora es quien autoriza la contratación del personal que vaya hacer el ingreso a la Institución previo al informe de



la Unidad de la Administración del Talento Humano, siempre y cuando se cuente con la partida presupuestaria y disponibilidad de los recursos económicos” (LOSEP-Registro Oficial, 2010)

#### **4.1.1.3 Ingreso de personal al Sistema Informático (ESIPREN)**

En el ámbito del Sistema Presupuestario de Remuneraciones y Nómina (eSIPREN), se ha desarrollado un modelo de solución, que permite consolidar la información de las nóminas procesadas para proceder a la generación del CUR de Compromiso y Devengado de las partidas de gastos en personal y al posterior pago de la Nómina y de todos los beneficiarios de descuentos y aportes que ésta ocasiona.

“Este sistema es aplicado para todas las instituciones del sector público, encargados directamente del manejo de la herramienta el personal de la Unidad de Talento Humano de las instituciones públicas, en el caso del Área de Salud No.16 Hospital Básico Machachi, el Ministerio de Salud Pública como ente rector, designa la clave de acceso a la persona responsable de ejecutar los procesos, mediante el ingreso directo a la página WEB del Ministerio de Finanzas”. (SUBSECRETARIA DE PRESUPUESTO, 2008)

#### **4.1.1.4 Inducción**

Las UATH (Unidad Administrativa de Talento Humano) efectuarán mecanismos de inducción que permitan al postulante tener una adecuada inserción en su nuevo puesto de trabajo, y a la cultura organizacional de la institución en la cual laborará.

“Dentro del período de inducción comprenderá aspectos relacionados con obligaciones, derechos, y responsabilidades del puesto, así como también el trato cordial que debe tener a sus compañeros, sin distensión alguna”. (REGLAMENTO LOSEP, 2010)

#### **4.1.1.5 Art. 69.- Del Subsistema de Capacitación**

“La Capacitación es un proceso orientado a la formación y al desarrollo integral del personal que permita actualizar conocimientos, adquirir técnicas, habilidades y valores dentro de una generación de una identidad tendiente a respetar los derechos humanos, de una manera eficiente y eficaz, apegado como seres humanos y a ejercer de esta forma el derecho al Buen Vivir”. (LOSEP-Registro Oficial, 2010)

#### **4.1.1.6 Art. 76.- Del Subsistema Evaluación de Desempeño**

“De acuerdo a los formatos emitidos por el Ministerio de Relaciones Laborales se debe aplicar al personal la Evaluación del Desempeño una vez al año apegándose a las normas, técnicas, métodos, y procedimientos que permita la transparencia imparcial y sistemáticamente al momento de evaluar bajo parámetros y objetivos que sean acordes a lo indicado en el perfil del puesto.

La evaluación identificará indicadores cuantitativos y cualitativos de gestión, que permitan la consecución de los parámetros y propósitos de la institución al desarrollo de los servidores públicos y al mejoramiento continuo de la calidad del servicio público”. (LOSEP-Registro Oficial, 2010)

#### **4.1.1.7 Seguridad y Salud Ocupacional**

“En el sector público es obligatorio tener un Plan Integral de Seguridad Ocupacional y Prevención de Riesgos, donde se desarrollará la matriz de causas y control de riesgos en el trabajo, conformación de comités paritarios, quienes realizarán programas de inducción y entrenamiento para prevención de accidentes, inspección y comprobación de buen funcionamiento de equipos, que será registrado en el Ministerio de Relaciones Laborales”. (REGLAMENTO LOSEP, 2010)

## **4.2 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE TALENTO HUMANO**

El manual de procedimientos se orienta a especificar actividades que normalmente se ejecutan en cada uno de los subsistemas del departamento de Talento Humano del H.B.M.

En el manual de procedimientos se detalla los siguientes puntos:

- Presentación de la Institución
- Objetivo y Campo de Aplicación
- Definiciones y Terminología
- Procedimientos
- Registros y Anexos
- Referencias

El manual de procedimientos contendrá la descripción de los siguientes subsistemas:

- Selección de personal
- Contratación de personal
- Ingreso al Sistema de personal
- Inducción
- Capacitación
- Evaluación de Desempeño
- Seguridad y Salud Ocupacional

Los procedimientos de los subsistemas del Departamento de Talento Humano constan en el Manual de Procedimientos. **TH – MA - 01 – 2012. (ANEXO 2)**

### **4.3 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS DE TALENTO HUMANO**

El manual de procesos se orienta a la recopilación de cada uno de los procesos necesarios para cumplir con la gestión de los subsistemas del departamento de Talento Humano del H.B.M.

Cada proceso despliega la siguiente información:

- Proveedor (Interno o Externo), Insumo, Transformación, Producto(s), Cliente (Interno o Externo), Responsables, Controles, Indicadores de gestión y Recursos.
- En el manual de procesos detalla los siguientes puntos:
- Presentación de la institución
- Objetivo y campo de aplicación
- Definiciones y terminología
- Procesos
- Registros y anexos
- Referencias

El manual de procesos contendrá la descripción de los siguientes subsistemas:



- Selección de personal
- Contratación de personal
- Ingreso al Sistema de personal
- Inducción
- Capacitación
- Evaluación de Desempeño
- Seguridad y Salud Ocupacional

Los procesos de los subsistemas del Departamento de Talento Humano constan en el Manual de Procesos. **TH – MA - 02 – 2012.(ANEXO 3)**

#### **4.4 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD DE TALENTO HUMANO**

El manual de Gestión de Calidad se ha realizado de acuerdo a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008.

En el manual de Gestión de Calidad detalla los siguientes puntos:

- Presentación de la Institución
- Objetivo y Campo de Aplicación
- Definiciones y Terminología
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Responsabilidad de la Dirección
- Gestión de Recursos
- Realización del Producto
- Medición, Análisis y Mejora
- Registros y Anexos
- Referencias

El manual de Gestión de Calidad tiene el siguiente código: **TH – MA - 03 – 2012.**  
**(ANEXO 4)**

#### **4.5 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE TALENTO HUMANO**

El manual de Mejoramiento Continuo se ha realizado de acuerdo a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008.

En el manual de Mejoramiento Continuo detalla los siguientes puntos:

- Presentación de la Institución
- Objetivo y Campo de Aplicación
- Definiciones y Terminología
  
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Responsabilidad de la Dirección
- Gestión de Recursos
- Realización del Producto
- Medición, Análisis y Mejora
- Registros y Anexos
- Referencias

El manual de Mejoramiento Continuo tiene el siguiente código: **TH – MA - 04 – 2012.**  
(ANEXO 5)

#### **4.6 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES (PERFIL DEL CARGO)**

El manual de Funciones (Perfil del Cargo) se ha realizado de acuerdo a los puestos existentes en el área

En el manual de Funciones (Perfil del Cargo) detalla los siguientes puntos:

- Presentación de la Institución
- Objetivo y Campo de Aplicación



- Definiciones y Terminología
- Funciones
- Registros y Anexos
- Referencias

El manual de Funciones (Perfil del Cargo) tiene el siguiente código: **TH – MA - 05 – 2012. (ANEXO 6)**

## **CAPÍTULO V**

### **5.1 MARCO CONCLUSIVO**

#### **5.1.1 CONCLUSIONES**

- a) Una vez realizada la investigación en el HBM y determinando que el Hospital tiene una gran carencia en el manejo de registros, carencia de control en todas las actividades realizadas, carencia de poder evaluar la eficiencia y eficacia de los procesos y toma de decisiones sobre las acciones correctivas y/o preventivas, se puede concluir que la propuesta un diseño de Sistema de Gestión de la Calidad para el departamento de Talento Humano en base a la norma técnica ecuatoriana ISO 9001:2009 y la norma internacional ISO 9001:2008, es la adecuada para el Hospital.
- b) El levantamiento de los procesos en los subsistemas del Talento Humano y de haber observado el manejo en actividades sencillas, se determina que son procesos que pueden tener un control continuo de calidad, y que la investigación servirá para que el Hospital empiece al cambio e incentive al personal a medir, controlar y realizar una inversión en el tiempo.
- c) Un sistema de gestión de calidad funciona de manera eficaz si todo el personal del departamento de Talento Humano cambiará la mentalidad, su forma de trabajar pensando en la mejora continua y la búsqueda de la calidad en todas las actividades que realicen con el objetivo de mejorar los tiempos de trabajo, y sobre todo el cambio a la calidad.
- d) Ha sido necesario la implementación de los siguientes manuales para el departamento de Talento Humano:

Manual de Calidad.- Si bien la calidad es un producto que exige ajustarse a especificaciones, las normas ISO 9001:2008 internacional y la norma



técnica ecuatoriana ISO 9001:2009 determinan requisitos para el departamento de Talento Humano, es necesario establecer los procesos para asegurar que el seguimiento y la medición puedan realizar de una manera coherente conjuntamente con los procedimientos mandatorios.

Manual de Funciones.- Permite establecer las funciones del personal del Departamento de Talento Humano y dar conformidad de acuerdo a los requisitos establecidos en la Norma, aplicando al coordinador y asistente de Talento Humano.

Manual de Procesos.- Permite renovar los del Departamento de Talento Humano y obliga a la constante actualización que permite una mayor eficiencia y competitividad.

Manual de Procedimientos.- Mediante la implementación de este manual, permite al departamento de Talento Humano en la descripción de tareas, ubicación, requerimientos y puestos responsables de su ejecución, además de servir como auxiliares en la inducción del puesto y la capacitación del personal.

Como una propuesta para establecer metódicamente el mejoramiento permanente, se ha diseñado el Manual de Mejoramiento Continuo.

- e) La gestión necesariamente tiene que realizarse en base a los indicadores definidos en cada uno de los subprocesos y para constituirlos en una herramienta se ha diseñado la Tabla General de Indicadores.

## **5.1.2 RECOMENDACIONES**

- a) En el menor tiempo posible se implemente el Sistema de Gestión de la Calidad en el departamento de Talento Humano del Hospital Básico Machachi, el mismo que se ha diseñado para que sea práctico y rápido de implementar.
- b) Es importante que se conforme el Comité de Calidad integrado por el director del Hospital y el coordinador del departamento de Talento Humano.
- c) Después de transcurrido un año de la implementación en el departamento de Talento Humano, se amplíe el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad a todo el Hospital Básico de Machachi para que el mismo sea Certificado externamente por un ente independiente, lo que sin duda repercutirá en el desempeño de sus servicios y en la satisfacción de sus usuarios.
- d) Implementar perfiles bajo competencias, clima laboral, capacitación continua para alcanzar un mayor compromiso en el desarrollo de los subsistemas del Talento Humano.
- e) A las autoridades del Hospital Básico de Machachi deban planificar y realizar auditorías internas que permitan identificar los elementos que puedan ser mejorados acerca de la implementación de la SGC, debiendo analizar acciones correctivas, preventivas y tomando en cuenta los plazos de ejecución.
- f) Al Coordinador del departamento de Talento Humano aplicar los formatos detallados en esta tesis a fin de tener un adecuado registro de documentos que permitan verificar de mejor manera la información.

### 5.1.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Proveedor.-** Son todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que de manera habitual fabrican, elaboran, manipulan, acondicionan, mezclan, envasan, almacenan, preparan, expenden, suministran productos o prestan servicios de cualquier naturaleza a los consumidores.

**Contratación Pública:** Se refiere a todo procedimiento concerniente a la adquisición o arrendamiento de bienes, ejecución de obras públicas o prestación de servicios incluidos los de consultoría. Se entenderá que cuando el contrato implique la fabricación, manufactura o producción de bienes muebles, el procedimiento será de adquisición de bienes. Se incluyen también dentro de la contratación de bienes a los de arrendamiento mercantil con opción de compra.

**Contratista:** Es la persona natural o jurídica, nacional o extranjera, o asociación de éstas, contratada por las Entidades Contratantes para proveer bienes, ejecutar obras y prestar servicios, incluidos los de consultoría

**INCOP:** Instituto de Compras Públicas

**PAC:** Presupuesto anual de compras

**LOSNC:** Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública

**RUP:** Registro Único de Proveedores

**SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad

**HBM:** Hospital Básico Machachi

**ISO:** International Organization for Estandarización



**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**Procedimientos:** Son documentos donde se expone, cómo debe realizarse una actividad determinada con mayor detalle de lo indicado en el Manual de Calidad, estableciendo las responsabilidades de quién ha de realizarla, la sistemática a seguir, los registros que deben cumplimentarse y cualquier otra consideración que deba figurar por escrito.

**Instrucciones de Trabajo:** Documento que define cómo se realiza una actividad. Suelen describir operaciones de trabajo concretas comentadas en un procedimiento, por ejemplo la metodología para dar de alta a un cliente en el sistema informático o la forma concreta de realizar una medición o un mantenimiento específico.

**Calidad:** Es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

**Documentación Externa:** Documentos no generados por la institución pero que son controlados por su incidencia en la calidad como especificaciones de proveedores o clientes, normativa aplicable. La legislación aplicable al servicio ofertado por la institución suele ser considerada como documentación externa, es necesario tener control sobre ella.

### **Registros y Formatos de Registros:**

**Formato de Registro:** es el impreso base para generar los registros de la calidad.

**Registro:** es un formato de registro cumplimentado, y por tanto es todo aquello que proporciona una evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.

**POA** Programa Operativo Anual

**PIO** Programa Inversión Anual

## 5.1.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

Gestión de la Calidad, G. p. (s.f.). *Gestion de la calidad y Aseguramiento de la Calidad*. Obtenido de ISO/TC 176: <http://www.monografias.com>

Sistema de Gestión de Calidad, R. G. (s.f.). *ISO 9001:2000*. Obtenido de [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Hospital Machachi. (2012). Machachi.

La Gestión por Calidad. (2009).

Calidad Total y Productividad. (México, 2009).

Ing. Jorge Ugarte. *Normas ISO 9001- 2000 - Administración de la Producción*. Universidad de Pacifico.

Formación y Capacitación, e. S. (s.f.). *Internacional Eventos*.

Hospital Machachi. (2012). Machachi.

Sistema de Gestion de Calidad, P. I. (2009). *Un camino hacia la satisfacion del cliente*.

G. d. (s.f.). Obtenido de [http://www.expero2.eu/expero1/GLOSARIO DE TERMINOLOGIA SOBRE CALIDAD.pdf](http://www.expero2.eu/expero1/GLOSARIO_DE_TERMINOLOGIA_SOBRE_CALIDAD.pdf).

S. d. (2008). *Artículo - Area de Gestión* .

Sistema de Gestión de la Calidad, S. d. (s.f.). *Instituto Tecnológico de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de ISO 9001-2008.

ISO 9001 calidad, S. d. (s.f.). *Evaluar Riesgos y Planificar - Conformidad con los requisitos del SGC*.

LOSEP-Registro Oficial, O. d. (2010). *LOSEP, Ley Orgánica del Servicio Público*. Quito, Pichincha, Ecuador: Editora Nacional.

REGLAMENTO LOSEP, R. O. (2010). *REGLAMENTO LOSEP, Registro Oficial, Organismo del Gobierno del Ecuador*. Quito, Pichincha, Ecuador: Editora Nacional.

SUBSECRETARIA DE PRESUPUESTO, C. D. (2008). *eSUPREN - BIRF 7110*. (P. D. PUBLICO, Productor)

MASEDA, P. (1998). *AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE CALIDAD, ISO 9000*.



JURAN, J. (2001). *MANUAL DE CALIDAD*. ESPAÑA: Mc GRAW HILL.

NORMAS ISO 9001-2008, S. D. (2008). *NORMAS INTERNACIONAL ISO 9001-2008*. GINEBRA, suiza: SECRETARIA CENTRAL.

NORMAS ISO INEN 9001-2009, S. D. (2009). *NORMAS TECNICAS ECUATORIAS INEN ISO 9001-2009*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR.

## **5.1.5 ANEXOS**

- a) Tablas de Líneas de Servicios
- b) Manual de la Calidad - **TH-MA- 01-2012**
- c) Formato del Procedimiento del Control de Documentos
- d) Formato del Procedimiento del Control de Registros
- e) Formato del Procedimiento de la Auditoria interna
- f) Formato del Procedimiento del producto No conforme
- g) Formato del Procedimiento de las Acciones Correctivas
- h) Manual de Funciones - **TH-MA-03-2012**
- i) Manual de Procesos - **TH-MA-03-2012**
- j) Manual de Procedimientos - **TH-MA- 04-2012**
- k) Manual de Mejoramiento Continuo - **TH-MA-05-2012**
- l) Tabla General de Indicadores