

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

LICENCIATURA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA MEJORAR
EL SERVICIO DE ATENCIÓN EN COOPESIBA. R.L. DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DE 2017

PROYECTO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL

SEILIN MARCELA VINDAS CARBALLO

TUTORA: ING: DIANA FRANCELA CÓRDOBA PÉREZ

Heredia, Octubre, 2017

DECLARACIÓN JURADA

Yo Seilin Marcela Vindas Carballo, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 4-180-227 egresado de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Ingeniería Industrial juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA MEJORAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN EN COOPESIBA. R.L. DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2017 es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los veinticinco días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete



4-180-227

Firma del estudiante
Cédula

Carta de Aprobación del Tutor

San José, 25 de octubre de 2017

**Señores Universidad Hispanoamericana
Carrera de Ingeniería Industrial
Universidad Hispanoamericana**

Estimados señores:

La estudiante **VINDAS CARBALLO SEILIN**, cédula de identidad número **4-0180-0227**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA MEJORAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN EN COOPESIBA. R.L. DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2017**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de **Licenciatura en Ingeniería Industrial**.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINALIDAD DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100%	94

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Nombre: Ing. Diana Córdoba Pérez, MSc, MEd
Cédula identidad N° 1-1238-122

Carta de Aprobación del Lector

Heredia, 11 de diciembre de 2017

Señores

Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

En mi calidad de lectora del proyecto de graduación presentado por la estudiante Seilin Marcela Vindas Carballo, titulado "Desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar el servicio de atención en Coopesiva R.L durante el primer semestre de 2017", para optar por la Licenciatura en Ingeniería Industrial, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Debido a lo anterior considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser trasladado al proceso de revisión por el filólogo.

Atentamente,



Ana Catalina Leandro Sandí

Cédula: 3-0398-0478

IPI-22762

Carta de Aprobación del Filólogo

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 24 de diciembre del 2017.

SEÑORES
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

Por este medio, yo, Bolívar Bolaños Calvo, mayor, casado, filólogo, incorporado (a) al Colegio de Licenciados y Profesores, con el número de carné 2 949, vecino (a) de Turricares de Alajuela, portador de la cédula de identidad 0202790320, hago constar:

1. Que he revisado el **PROYECTO DE GRADUACIÓN (TESIS)** para optar por el grado académico de **LICENCIATURA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL**, denominado **DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA MEJORAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN EN COOPESIBA, R.L., DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2017** de la estudiante **SEILIN MARCELA VINDAS CARBALLO**.
2. Que se le han hecho las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico.

En espera de que mi participación satisfaga los requerimientos de la Universidad.

Se suscribe, atentamente,



Dr. Bolívar Bolaños Calvo
Nº. 2 949
202790320
bol@unsa@racsa.co.cr

Dedicatoria

El proyecto se lo dedico a mis padres Olga y Miguel, quienes siempre han estado presente en mi vida con mucho esmero; a mi esposo, Ramón, por el apoyo incondicional en esta etapa de tanto sacrificio para ambos, a mis hermanos Yildy y Rolando quienes me han brindado sus palabras de aliento y a mis sobrinos, Emma y Mateo, quienes son un motor muy importante en mi vida. A todos los amo demasiado.

Seilin.

Agradecimientos

Agradecer, principalmente, a Dios que me ha permitido llegar hasta el lugar donde estoy y que tiene un propósito en mi vida, Gracias Dios por tener un plan perfecto para mí.

A mi familia, por siempre estar presentes en las etapas de mi vida

A mis amigos, Cata y Bryan que su apoyo ha sido incondicional durante tantos años de conocernos

A todas las personas de Coopesiba, R.L., que me colaboraron con la obtención de la información para el desarrollo del proyecto.

Índice general

<u>Acta de Aprobación.....</u>	<u>ii</u>
<u>Dedicatoria.....</u>	<u>iii</u>
<u>Agradecimientos</u>	<u>iv</u>
<u>Carta de Aprobación del Tutor.....</u>	<u>v</u>
<u>Carta de Aprobación del Lector.....</u>	<u>vi</u>
<u>Carta de Aprobación del Filólogo</u>	<u>vii</u>
<u>Declaración Jurada</u>	<u>viii</u>
<u>Acrónimos y siglas</u>	<u>xxxv</u>
<u>Índice de Apéndices</u>	<u>xxxvii</u>
<u>CAPÍTULO I:</u>	<u>1</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
<u>1.1 INTRODUCCIÓN</u>	<u>2</u>
<u>1.2. DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ORGANIZACIÓN</u>	<u>4</u>
<u> 1.2.1 Antecedentes</u>	<u>4</u>
<u> 1.2.2 Estatutos de la organización</u>	<u>10</u>
<u>1.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....</u>	<u>11</u>
<u>1.4 Justificación del proyecto</u>	<u>16</u>
<u>1.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO</u>	<u>17</u>

1.5.1	Objetivo general.....	17
1.5.2	Objetivos específicos.....	17
1.6	ALCANCES Y LIMITACIONES.....	18
1.6.1	Alcances.....	18
1.6.2	Limitaciones.....	18
CAPÍTULO II.....		20
MARCO TEÓRICO.....		20
2.1	MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.1.1	Calidad, concepto y antecedentes.....	21
2.1.2	Calidad total.....	23
2.1.3	Calidad en producto.....	24
<u>El concepto de producto se basa en el principio de la transformación de diferentes materiales por medio de un proceso, para obtener un bien tangible que las empresas ofrecen al consumidor para satisfacer una necesidad (Camisón, Cruz & Gonzáles, 2006). El producto puede ser un objeto tal como unos zapatos, un dispositivo tecnológico, un libro o cualquier artículo que físicamente se puede palpar.....</u>		24
2.1.4	Calidad en servicios.....	25
2.1.5	Importancia de la calidad en los servicios.....	25
2.1.6	Gestión de la calidad.....	27
2.1.7	Sistemas de Gestión de la Calidad.....	28

<u>2.1.8</u>	<u>Etapas para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad</u>	<u>29</u>
<u>2.1.9</u>	<u>Elementos de la gestión de la calidad</u>	<u>31</u>
<u>2.1.10</u>	<u>Funciones de la gestión de la calidad</u>	<u>32</u>
<u>2.1.11</u>	<u>ISO (Internacional Standard Organization)</u>	<u>33</u>
<u>2.1.12</u>	<u>Familia de Normas ISO</u>	<u>34</u>
<u>2.1.13</u>	<u>Estructura de la Norma ISO 9001:2015</u>	<u>36</u>
<u>2.2</u>	<u>MARCO DE LA GESTIÓN DE PROYECTOS</u>	<u>40</u>
<u>2.2.1</u>	<u>Metodología PHVA</u>	<u>40</u>
<u>2.2.2</u>	<u>Herramientas de la calidad</u>	<u>42</u>
<u>2.3</u>	<u>MARCO CONCEPTUAL REFERENTE AL IIMPACTO DE UN PROYECTO</u>	<u>55</u>
<u>2.3.1</u>	<u>Antecedentes históricos de la salud pública</u>	<u>55</u>
<u>2.3.2</u>	<u>Concepto de salud pública</u>	<u>57</u>
<u>2.3.3</u>	<u>Funciones de la Salud pública</u>	<u>60</u>
<u>2.3.4</u>	<u>La Calidad en la salud pública</u>	<u>63</u>
<u>2.3.5</u>	<u>La Gestión de la Calidad en la salud pública</u>	<u>64</u>
<u>2.4</u>	<u>ANTECEDENTES DE TEORÍAS O PROYECTOS: RESULTADOS DE EXPERIENCIAS ANTERIORES, SIMILITUDES O DIFERENCIAS</u>	<u>67</u>
<u>2.4.1</u>	<u>Sector Salud de Costa Rica</u>	<u>67</u>

2.4.2	La organización del sistema de salud	72
2.4.3	El sistema de Salud Privado en el país.....	73
2.4.4	El Estado de la Atención Médica en Costa Rica	73
2.4.5	Análisis de otras experiencias en Sistemas de Gestión de Calidad en el Sector Salud	74
CAPÍTULO III		76
MARCO METODOLÓGICO.....		76
3.1	METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA.....	77
3.2	METODOLOGÍA PARA LA PROPUESTA DE MEJORA, CONSTRUCCIÓN O IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO	77
3.3	METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.	78
3.4	METODOLOGÍA PARA LA VERIFICACIÓN, ASEGURAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO	80
CAPÍTULO IV.....		81
DIAGNÓSTICO		81
4.1	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL	82
	Procesos operativos	93
1	Enfermería	93
2	Atención primaria	95

3	Registros Médicos	97
4	Odontología	99
5	Laboratorio.....	101
6	Medicina general.....	104
7	Farmacia.....	106
	Procesos administrativos.....	108
1	Contabilidad y finanzas	108
2	Recursos Humanos	108
3	Proveeduría	111
	Procesos de soporte.....	113
1	Mantenimiento	113
2	Tecnología de información	115
3	Servicios generales.....	115
4.2	Análisis de puntos de mejora detectados	117
1	Unificación de procesos	117
2	Colocar un identificador de huella o copia de documento de identificación en el sistema	121
3	Segregación de horas en el agendamiento de citas	122
4	Análisis de tiempos	125

5	<u>Capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)</u>	127
6	<u>Cumplimiento de los elementos “debe” de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	129
	<u>CAPÍTULO V</u>	150
	<u>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SOLUCIÓN</u>	150
5.1	<u>Propuestas de mejora</u>	151
5.2	<u>Elaboración y evaluación de las alternativas</u>	151
	<u>Detalle de las Propuestas</u>	151
5.2.1	<u>Propuesta 1: Unificación de Procedimientos</u>	151
5.2.2	<u>Propuesta 2: Segregación de horas en el agendamiento de citas</u>	153
5.2.3	<u>Propuesta 3: Colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes</u>	155
5.2.4	<u>Propuesta 4: Colocar reloj de huella para identificar los pacientes</u> <u>157</u>	
5.2.5	<u>Propuesta 5: Capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)</u>	158
5.2.6	<u>Propuesta 6: Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)</u>	160
5.3	<u>Selección e Implementación de la Propuesta de Mejora</u>	162
5.4	<u>Análisis de la propuesta en caso de haberse implementado</u>	167

<u>5.5 Calculo de la inversión de la implementación de un sistema de gestión</u>	<u>201</u>
<u>CAPÍTULO VI:</u>	<u>207</u>
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>207</u>
<u>6.1 Conclusiones</u>	<u>208</u>
<u>6.2 Recomendaciones</u>	<u>210</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>211</u>
<u>Apéndices</u>	<u>218</u>
<u>Acta de Aprobación</u>	<u>ii</u>
<u>Dedicatoria</u>	<u>iii</u>
<u>Agradecimientos</u>	<u>iv</u>
<u>Carta de Aprobación del Tutor</u>	<u>v</u>
<u>Declaración Jurada</u>	<u>vi</u>
<u>Acrónimos y Siglas</u>	<u>xix</u>
<u>Índice de Apéndices</u>	<u>xx</u>
<u>CAPÍTULO I:</u>	<u>1</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
<u>1.1 INTRODUCCIÓN</u>	<u>2</u>
<u>1.2. DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ORGANIZACIÓN</u>	<u>4</u>

<u>1.2.1 Antecedentes</u>	4
<u>1.2.2 Estatutos de la organización</u>	10
<u>1.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</u>	11
<u>1.4 Justificación del Proyecto</u>	16
<u>1.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO</u>	17
<u>1.5.1 Objetivo general</u>	17
<u>1.5.2 Objetivos específicos</u>	17
<u>1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES</u>	18
<u>1.6.1 Alcances</u>	18
<u>1.6.2 Limitaciones</u>	19
<u>CAPÍTULO II:</u>	20
<u>MARCO TEÓRICO</u>	20
<u>2.1 MARCO CONCEPTUAL</u>	21
<u>2.1.1 Calidad, concepto y antecedentes</u>	21
<u>2.1.2 Calidad total</u>	23
<u>2.1.3 Calidad en producto</u>	24
<u>2.1.4 Calidad en servicios</u>	25
<u>2.1.5 Importancia de la calidad en los servicios</u>	25
<u>2.1.6 Gestión de la calidad</u>	27

<u>2.1.7</u>	<u>Sistemas de Gestión de la Calidad</u>	<u>28</u>
<u>2.1.8</u>	<u>Etapas para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad</u>	<u>29</u>
<u>2.1.9</u>	<u>Elementos de la gestión de la calidad</u>	<u>31</u>
<u>2.1.10</u>	<u>Funciones de la gestión de la calidad</u>	<u>32</u>
<u>2.1.11</u>	<u>ISO (Internacional Standard Organization)</u>	<u>33</u>
<u>2.1.12</u>	<u>Familia de Normas ISO</u>	<u>34</u>
<u>2.1.13</u>	<u>Estructura de la Norma ISO 9001:2015</u>	<u>36</u>
<u>2.2</u>	<u>MARCO DE LA GESTIÓN DE PROYECTOS</u>	<u>40</u>
<u>2.2.1</u>	<u>Metodología PHVA</u>	<u>40</u>
<u>2.2.2</u>	<u>Herramientas de la calidad</u>	<u>42</u>
<u>2.3</u>	<u>MARCO CONCEPTUAL REFERENTE AL IMPACTO DE UN PROYECTO</u>	<u>55</u>
<u>2.3.1</u>	<u>Antecedentes históricos de la salud pública</u>	<u>55</u>
<u>2.3.2</u>	<u>Concepto de salud pública</u>	<u>57</u>
<u>2.3.3</u>	<u>Funciones de la Salud pública</u>	<u>60</u>
<u>2.3.4</u>	<u>La Calidad en la salud pública</u>	<u>63</u>
<u>2.3.5</u>	<u>La Gestión de la Calidad en la salud pública</u>	<u>64</u>
<u>2.4</u>	<u>ANTECEDENTES DE TEORÍAS O PROYECTOS: RESULTADOS DE EXPERIENCIAS ANTERIORES, SIMILITUDES O DIFERENCIAS</u>	<u>67</u>

<u>2.4.1</u>	<u>Sector Salud de Costa Rica</u>	<u>67</u>
<u>2.4.2</u>	<u>La organización del sistema de salud</u>	<u>72</u>
<u>2.4.3</u>	<u>El sistema de Salud Privado en el país</u>	<u>73</u>
<u>2.4.4</u>	<u>El Estado de la Atención Médica en Costa Rica</u>	<u>73</u>
<u>2.4.5</u>	<u>Análisis de otras experiencias en Sistemas de Gestión de Calidad en el Sector Salud</u>	<u>74</u>
<u>CAPÍTULO III:</u>		<u>76</u>
<u>MARCO METODOLÓGICO</u>		<u>76</u>
<u>3.1</u>	<u>METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA</u>	<u>77</u>
<u>3.2</u>	<u>METODOLOGÍA PARA LA PROPUESTA DE MEJORA, CONSTRUCCIÓN O IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO</u>	<u>77</u>
<u>3.3</u>	<u>METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO</u>	<u>78</u>
<u>3.4</u>	<u>METODOLOGÍA PARA LA VERIFICACIÓN, ASEGURAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO</u>	<u>80</u>
<u>CAPÍTULO IV:</u>		<u>81</u>
<u>DIAGNÓSTICO</u>		<u>81</u>
<u>4.1</u>	<u>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL</u>	<u>82</u>
	<u>Procesos Operativos</u>	<u>93</u>
<u>1</u>	<u>Enfermería</u>	<u>93</u>

2	<u>Atención primaria</u>	95
3	<u>Registros médicos</u>	97
4	<u>Odontología</u>	99
5	<u>Laboratorio</u>	101
6	<u>Medicina general</u>	104
7	<u>Farmacia</u>	106
	<u>Procesos administrativos</u>	108
1	<u>Contabilidad y finanzas</u>	108
2	<u>Recursos humanos</u>	108
3	<u>Proveeduría</u>	111
	<u>Procesos de soporte</u>	113
1	<u>Mantenimiento</u>	113
2	<u>Tecnología de información</u>	115
3	<u>Servicios generales</u>	115
4.2	<u>Análisis de puntos de mejora detectados</u>	117
1	<u>Unificación de procesos</u>	117
2	<u>Colocar un identificador de huella o copia de documento de identificación en el sistema</u>	121
3	<u>Segregación de horas en el agendamiento de citas</u>	122

<u>4—Análisis de tiempos</u>	125
<u>5—Capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)</u>	127
<u>6—Cumplimiento de los elementos “debe” de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	129
<u>CAPÍTULO V:</u>	150
<u>DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SOLUCIÓN</u>	150
<u>5.1—Propuestas de mejora</u>	151
<u>5.2—Elaboración y Evaluación de las alternativas</u>	151
<u>Detalle de las propuestas</u>	151
<u>5.2.1 Propuesta 1: Unificación de procedimientos</u>	151
<u>5.2.2 Propuesta 2: Segregación de horas en el agendamiento de citas</u>	153
<u>5.2.3 Propuesta 3: Colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes</u>	155
<u>5.2.4 Propuesta 4: Colocar reloj de huella para identificar los pacientes</u>	157
<u>5.2.5 Propuesta 5: Capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)</u>	158
<u>5.2.6 Propuesta 6: Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)</u>	160
<u>5.3—Selección e Implementación de la Propuesta de Mejora</u>	162

<u>5.4—Análisis de la propuesta en caso de haberse implementado</u>	<u>167</u>
<u>5.5—Calculo de la inversión de la implementación de un sistema de gestión</u>	<u>201</u>
<hr/>	
<u>CAPÍTULO VI:</u>	<u>207</u>
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>207</u>
<u>6.1—Conclusiones</u>	<u>208</u>
<u>6.2—Recomendaciones</u>	<u>210</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>211</u>
<u>Apéndices</u>	<u>218</u>
 ApéndiceorEáspcspeApéndice	

Índice de Tablas

<u>Tabla 1: Agenda de Atención de Pacientes.....</u>	<u>123</u>
<u>Tabla 2: Agenda de citas de pacientes</u>	<u>124</u>
<u>Tabla 3: Toma de tiempos en el servicio de la atención médica</u>	<u>125</u>
<u>Tabla 4: Toma de tiempos en el servicio de urgencias</u>	<u>127</u>
<u>Tabla 5: Cuadro comparativo de los servicios de atención médica y urgencias</u>	<u>128</u>
<u>Tabla 6: Matriz de los requisitos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 del estado actual de COOPESIBA, R.L.....</u>	<u>130</u>
<u>Tabla 7: Costos de implementación de la propuesta unificación de procedimientos</u>	<u>152</u>
<u>Tabla 8: Costos de la implementación de la propuesta Segregación de horas en el agendamiento de citas</u>	<u>154</u>
<u>Tabla 9: Costo de implementación de la propuesta colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes</u>	<u>156</u>
<u>Tabla 10: Costos de implementación de la propuesta de colocar reloj de huella para identificar los pacientes</u>	<u>158</u>
<u>Tabla 11: Costos de implementación de la propuesta de capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage</u>	<u>160</u>
<u>Tabla 12: Costo de implementación de la propuesta de desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC).....</u>	<u>162</u>

<u>Tabla 13: Propuestas expuestas a la Gerencia General y a la Dirección Médica</u>	<u>162</u>
<u>Tabla 14: Estado actual y propuesta de mejora en el Agendamiento</u>	<u>168</u>
<u>Tabla 15: Matriz de auditoría de los requisitos insoslayables de la norma INTE- ISO 9001:2015 para la implementación.</u>	<u>170</u>
<u>Tabla 16: Matriz de Riegos</u>	<u>194</u>
<u>Tabla 17: Inversión por área para la recopilación de la información</u>	<u>201</u>
<u>Tabla 18: Cálculo de inversión por medio de la planilla.....</u>	<u>204</u>
<u>Tabla 19: Total de tiempo y costo para los meses laborados por el ingeniero</u>	<u>204</u>
<u>Tabla 20: Cálculo de inversión por servicios profesionales</u>	<u>205</u>
<u>Tabla 1: Agenda de atención de pacientes</u>	<u>123</u>
<u>Tabla 2: Agenda de citas de pacientes</u>	<u>124</u>
<u>Tabla 3: Toma de tiempos en el servicio de la atención médica</u>	<u>125</u>
<u>Tabla 4: Toma de tiempos en el servicio de Urgencias</u>	<u>127</u>
<u>Tabla 5: Cuadro comparativo de los servicios de atención médica y urgencias</u>	<u>128</u>
<u>Tabla 6: Matriz de los requisitos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 del estado actual de COOPESIBA. R.L.</u>	<u>130</u>
<u>Tabla 7: Costos de implementación de la propuesta unificación de procedimientos</u>	<u>152</u>

<u>Tabla 8: Costos de la implementación de la propuesta Segregación de horas en el agendamiento de citas</u>	154
<u>Tabla 9: Costo de implementación de la propuesta colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes</u>	156
<u>Tabla 10: Costos de implementación de la propuesta de colocar reloj de huella para identificar los pacientes</u>	158
<u>Tabla 11: Costos de implementación de la propuesta de capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage</u>	160
<u>Tabla 12: Costo de implementación de la propuesta de Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)</u>	162
<u>Tabla 13: Propuestas expuestas a la Gerencia General y a la Dirección Médica</u>	162
<u>Tabla 14: Estado actual y propuesta de mejora en el Agendamiento</u>	168
<u>Tabla 15: Matriz de auditoria de los requisitos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para la implementación</u>	170
<u>Tabla 16: Matriz de Riesgos</u>	194
<u>Tabla 17: Inversión por área para la recopilación de la información</u>	201
<u>Tabla 18: Cálculo de inversión por medio de la planilla</u>	204
<u>Tabla 19: Total de tiempo y costo para los meses laborados por el ingeniero</u>	204
<u>Tabla 20: Cálculo de inversión por servicios profesionales</u>	205

Índice de Figuras

<u>Figura 1. Organigrama de la Cooperativa.....</u>	<u>7</u>
<u>Figura 2. Resumen de información de los proveedores a quienes se les ha otorgado la administración de los servicios de salud y sus zonas.....</u>	<u>9</u>
<u>Figura 3. Ubicación de la Clínica de Barva.....</u>	<u>9</u>
<u>Figura 4. Fachada principal de la Clínica de Barva.....</u>	<u>10</u>
<u>Figura 5. Valores de Coopesiba, R.L.....</u>	<u>11</u>
<u>Figura 6. Diagrama de Ishikawa.....</u>	<u>12</u>
<u>Figura 7. Tipo de empresas según tamaño y actividad.....</u>	<u>39</u>
<u>Figura 8. Ciclo Deming.....</u>	<u>42</u>
<u>Figura 9. Diagrama de Pareto.....</u>	<u>45</u>
<u>Figura 10. Esquema 5W 1H.....</u>	<u>46</u>
<u>Figura 11. Diagrama de Causa- Efecto, Ishikawa o espina de pescado.....</u>	<u>47</u>
<u>Figura 12. Matriz FODA.....</u>	<u>48</u>
<u>Figura 13. Diagrama de Gantt.....</u>	<u>50</u>
<u>Figura 14. Esquema general de un mapeo de procesos.....</u>	<u>51</u>
<u>Figura 15: Tabla de valores de la matriz de riegos.....</u>	<u>53</u>
<u>Figura 16. Diagrama de flujo de procesos.....</u>	<u>54</u>
<u>Figura 17. Sistema de Gestión Coopesiba R.L.....</u>	<u>83</u>

<u>Figuras 18, 19, 20, 21, 22, 23. Brochure con indicaciones para la solicitud de Citas</u>	<u>89</u>
<u>Figura 24: Diagrama de proceso de la atención médica</u>	<u>92</u>
<u>Figura 25: Procesos del área de Enfermería</u>	<u>93</u>
<u>Figura 26: Procesos del área de Atención Primaria</u>	<u>95</u>
<u>Figura 27: Procesos que se realizan en el departamento de Registros Médicos</u>	<u>97</u>
<u>Figura 28: Procesos ejecutados por el departamento de Odontología.....</u>	<u>99</u>
<u>Figura 29: Procesos del área del laboratorio</u>	<u>101</u>
<u>Figura 30: Procesos del área de medicina general</u>	<u>104</u>
<u>Figura 31: Procesos identificados en el departamento de Farmacia.....</u>	<u>106</u>
<u>Figura 32: Procesos del departamento de Recursos Humanos</u>	<u>109</u>
<u>Figura 33: Procesos del área de Proveduría.....</u>	<u>111</u>
<u>Figura 34: Procesos de Rutina de Mantenimiento</u>	<u>114</u>
<u>Figura 35: Identificación procedimientos bajo el mismo nombre de diferentes áreas.....</u>	<u>119</u>
<u>Figura 36: Propuesta de unificación del procedimiento de trabajo escolar.</u>	<u>119</u>
<u>Figura 37: Estado Actual y Propuesta para procedimientos de laboratorio</u>	<u>120</u>

<u>Figura 38: Estado actual y propuesta para unificación de procedimientos de recursos humanos</u>	<u>121</u>
<u>Figura 39: Porcentaje general de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015.</u>	<u>147</u>
<u>Figura 40: Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a cada apartado de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	<u>148</u>
<u>Figura 41: 5 Porqués para identificar causa raíz por el bajo nivel de cumplimiento.....</u>	<u>149</u>
<u>Figura 42: Diagrama de Gantt para la implementación.....</u>	<u>170</u>
<u>Figura 43: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	<u>192</u>
<u>Figura 44: Matriz FODA para análisis del contexto de la organización</u>	<u>193</u>
<u>Figura 45: Jerarquía de los organismos involucrados.....</u>	<u>194</u>
<u>Figura 46: Plantilla de la calculadora salarial</u>	<u>203</u>
<u>Figura 1. Organigrama de la Cooperativa.....</u>	<u>7</u>
<u>Figura 2. Resumen de información de los proveedores a quienes se les ha otorgado la administración de los servicios de salud y sus zonas.....</u>	<u>9</u>
<u>Figura 3. Ubicación de la Clínica de Barva.....</u>	<u>9</u>
<u>Figura 4. Fachada principal de la Clínica de Barva.....</u>	<u>10</u>
<u>Figura 5. Valores de Coopesiba, R.L.....</u>	<u>11</u>
<u>Figura 6. Diagrama de Ishikawa.....</u>	<u>12</u>

<u>Figura 7. Tipo de empresas según tamaño y actividad</u>	39
<u>Figura 8. Ciclo Deming</u>	42
<u>Figura 9. Diagrama de Pareto</u>	45
<u>Figura 10. Esquema 5W 1H</u>	46
<u>Figura 11. Diagrama de Causa-Efecto, Ishikawa o espina de pescado</u>	47
<u>Figura 12. Matriz FODA</u>	48
<u>Figura 13. Diagrama de Gantt</u>	50
<u>Figura 14. Esquema general de un mapeo de procesos</u>	51
<u>Figura 15: Tabla de valores de la matriz de riesgos</u>	53
<u>Figura 16. Diagrama de flujo de procesos</u>	54
<u>Figura 17. Sistema de Gestión Coopesiba R.L</u>	83
<u>Figuras 18, 19, 20, 21, 22, 23. Brochure con indicaciones para la solicitud de Citas</u>	89
<u>Figura 24: Diagrama de proceso de la atención médica</u>	92
<u>Figura 25: Procesos del área de Enfermería</u>	93
<u>Figura 26: Procesos del área de Atención Primaria</u>	95
<u>Figura 27: Procesos que se realizan en el departamento de Registros Médicos</u>	97
<u>Figura 28: Procesos ejecutados por el departamento de Odontología</u>	99
<u>Figura 29: Procesos del área del laboratorio</u>	101

<u>Figura 30: Procesos del área de medicina general</u>	104
<u>Figura 31: Procesos identificados en el departamento de Farmacia</u>	106
<u>Figura 32: Procesos del departamento de Recursos Humanos</u>	109
<u>Figura 33: Procesos del área de Proveduría</u>	111
<u>Figura 34: Procesos de Rutina de Mantenimiento</u>	114
<u>Figura 35: Identificación procedimientos bajo el mismo nombre de diferentes áreas</u>	119
<u>Figura 36: Propuesta de unificación del procedimiento de trabajo escolar</u>	119
<u>Figura 37: Estado Actual y Propuesta para procedimientos de laboratorio</u>	120
<u>Figura 38: Estado actual y propuesta para unificación de procedimientos de recursos humanos</u>	121
<u>Figura 39: Porcentaje general de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	147
<u>Figura 40: Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a cada apartado de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	148
<u>Figura 41: 5 Porqués para identificar causa raíz por el bajo nivel de cumplimiento</u>	149
<u>Figura 42: Diagrama de Gantt para la implementación</u>	170
<u>Figura 43: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015</u>	192

<u>Figura 44: Matriz FODA para análisis del contexto de la organización</u>	<u>193</u>
<u>Figura 45: Jerarquía de los organismos involucrados.....</u>	<u>194</u>
<u>Figura 46: Plantilla de la calculadora salarial.....</u>	<u>203</u>

|

Acrónimos y siglas

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

ASEMECO: Asociación de Servicios Médicos Costarricenses

ACEPROME: Asociación de Médicos

MS: Ministerio de Salud

Coopesalud R.L: Cooperativa de Autogestión de Servicios Integrales de Salud

Coopesain R. L: Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral

Medicoop: Cooperativa de Médicos

Coopesana R.L: Cooperativa Cogestionaria de Salud de Santa Ana, R.L

Coopesiba R.L: Cooperativa de autogestión

Ebáis: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

REMES: Registros Médicos

PHVA: Planear-Hacer-Verificar-Actuar

INS: Instituto Nacional de Seguros

AyA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

OMS: Organización Mundial de la Salud

Índice de Apéndices

Apéndice 1	218
Apéndice 2	219
Apéndice 3	220
Apéndice 4	221
Apéndice 5	224
Apéndice 6	225
Apéndice 7	226
Apéndice 8	227
Apéndice 9	229
Apéndice 10	230
Apéndice 11.....	231
Apéndice 12	232
Apéndice 13	234
Apéndice 14	235
Apéndice 15	236
Apéndice 16	236
Apéndice 17	237

Apéndice 18	239
Apéndice 19	240
Apéndice 20	241
Apéndice 21	243
Apéndice 22	244
Apéndice 23	246
Apéndice 24	247
Apéndice 25	249
Apéndice 26	250
Apéndice 27	250
Apéndice 28	252
Apéndice 29	253
Apéndice 30	254
Apéndice 31	255
Apéndice 32	256
Apéndice 33	258
Apéndice 34	259
Apéndice 35	259
Apéndice 36	261

Apéndice 37	262
Apéndice 38	263
Apéndice 39	264
Apéndice 40	266
Apéndice 41	267
Apéndice 42	268
Apéndice 43	269
Apéndice 44	270
Apéndice 45	271
Apéndice 46	272
Apéndice 1	218
Apéndice 2	219
Apéndice 3	220
Apéndice 4	221
Apéndice 5	224
Apéndice 6	225
Apéndice 7	226
Apéndice 8	227
Apéndice 9	229

Apéndice 10	230
Apéndice 11	231
Apéndice 12	232
Apéndice 13	234
Apéndice 14	235
Apéndice 15	236
Apéndice 16	236
Apéndice 17	237
Apéndice 18	239
Apéndice 19	240
Apéndice 20	241
Apéndice 21	243
Apéndice 22	244
Apéndice 23	246
Apéndice 24	247
Apéndice 25	249
Apéndice 26	250
Apéndice 27	250
Apéndice 28	252

Apéndice 29	253
Apéndice 30	254
Apéndice 31	255
Apéndice 32	256
Apéndice 33	258
Apéndice 34	259
Apéndice 35	259
Apéndice 36	261
Apéndice 37	262
Apéndice 38	263
Apéndice 39	264
Apéndice 40	266
Apéndice 41	267
Apéndice 42	268
Apéndice 43	269
Apéndice 44	270
Apéndice 45	271
Apéndice 46	272

CAPÍTULO I:
INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La Cooperativa de Autogestión de Servicios de Salud, de ahora en adelante Coopesiba, R.L., ha identificado la necesidad de estar como primera opción en prestación de servicios de salud en el cantón de Barva de Heredia, así como de las comunidades aledañas como son San Pedro, San Pablo, San Roque, San José de la Montaña, Puente Salas y Buena Vista, porque ellos venden los servicios a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), deben cumplir los requerimientos que se solicitan en el proceso de licitación, ser competitivos en el tema de los costos y ,además, de adecuar la oferta a lo que la CCSS solicita para poder brindar el servicio y, de esta manera, posicionarse en las opciones que la entidad de salud tome en consideración en momento de adjudicar la licitación o la renovación de los contratos, basado en lo comentado surge la idea de desarrollar un sistema de gestión de calidad para beneficiar no solamente el trabajo de la cooperativa, sino también que esto genera beneficios a los usuarios y trabajadores, ya que el servicio de atención de los pacientes se estandariza proporcionando un mejor trato a los pacientes, con calidad y que se mejore la eficiencia en el puesto de trabajo

Según el análisis realizado para el sector salud en Costa Rica (Rodríguez & Bustelo, 2008), mediante la compra de servicios de salud por parte de la CCSS, se ha mejorado la cobertura de atención a comunidades aledañas, se ha logrado una reducción de las listas de espera y se ha disminuido el gasto por parte de la CCSS lo que ha contribuido a un mejorar la salud pública y a la Caja Costarricense de

Seguro Social como responsable de garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud al pueblo costarricense.

Tradicionalmente, se ha pensado que la calidad solamente aplica a los productos físicos que se elaboran en una industria; sin embargo, los servicios que se ofrecen por parte de las compañías también están basados en la calidad, y es porque la calidad en la prestación de servicios ha ido incrementando en los últimos años, es que resulta necesario estar a la vanguardia de la misma en lo que corresponde a la prestación de servicios de salud.

El desarrollo de un sistema de gestión de la calidad permite a las empresas u organizaciones enfrentarse de manera satisfactoria a los retos futuros que debe hacer frente, esto para lograr mantenerse en el tiempo, con ello también se realiza la estandarización de los procesos de atención a pacientes para brindar un servicio de calidad. (Granados, Tetelboin, Torres, Pineda & Villa, 2011)

Cuando se habla de la calidad del servicio, se hace mención al compromiso que tiene Coopesiba, R.L., para con sus pacientes y comunidad en general; debe estarse atentos a la satisfacción de las personas a las cuales se les brinda la atención, por ello, un sistema de gestión de calidad involucra los procesos que se utilizan para la prestación del servicio y las actividades que realiza la cooperativa, desde el área de registros, la atención brindada por el médico hasta el despacho de medicamentos recetados.

La línea de investigación-se define tomando en consideración las necesidades del entorno nacional, así como la experticia de los docentes de la carrera. Se define

que el proyecto corresponde a Calidad, porque bajo esta línea de investigación se agrupan los proyectos que impulsan la investigación de principios metrológicos, estadísticos, control de calidad, confiabilidad o ciencias aplicables, métodos, normas o sistemas de gestión calidad (genéricos o específicos) cuyos resultados están orientados a mejorar, cambiar, transformar, replicar, certificar, administrar o controlar en una situación, un producto (o servicio), proceso o sistema.

1.2. DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ORGANIZACIÓN

1.2.1 Antecedentes

A continuación se presenta los antecedentes de la cooperativa. (Coopesiba, 2007)

A finales de los años '80 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tenía en la poca eficiencia de la Consulta Externa o Ambulatoria; por ello, cuando en 1987 se vio en la necesidad de introducir nuevos modelos de atención médica para descongestionar la consulta externa y facilitar el acceso a los servicios de trabajadores y particulares, creó el refuerzo del "Médico de Empresa" (la empresa paga los honorarios del médico y la CCSS cubre los medicamentos y servicios de apoyo) y de la "Medicina Mixta" (el paciente paga los honorarios al médico y la CCSS brinda los medicamentos y exámenes de gabinete). Al tiempo en que se introducían los modelos anteriores, y buscando fomentar la competencia y las actividades preventivas, se inició un plan piloto en el Centro Integrado de la comunidad Barva de Heredia con la asociación de médicos Aceprome, para utilizar por primera vez, un modelo de "Pago por Capacitación" que consistía en la asignación de un número determinado de pacientes a los médicos, de acuerdo

con la libre elección del asegurado, calculando la remuneración del médico con base en los asegurados adscritos; la CCSS pagaba a la asociación los servicios de los médicos *per cápita*, y la asociación pagaba a los médicos en función de los servicios prestados a los pacientes, además de que La CCSS y el Ministerio de Salud daban el local, los equipos y ponían el resto del personal.

Este plan piloto enfrentó una serie de dificultades de gestión por su carácter experimental, no tanto por la calidad del servicio como por los problemas de gestión, ya que el personal de la CCSS y el MS que laboraban en el Centro integrado y los médicos de la asociación contratados por capitación tenían horarios y culturas institucionales que no lograron ser armonizadas, generando insatisfacción entre los asegurados y los líderes locales que le solicitaron a la CCSS que reasumiera directamente la provisión de los servicios; además los mecanismos de pago establecidos fueron impugnados por la Contraloría General de República. No obstante, el fracaso del plan piloto, la experiencia adquirida en Barva de Heredia fue la base para que la CCSS introdujera el Cooperativismo a la prestación de servicios de salud, y es así como en el año de 1988 promovió la creación y posterior contratación de la Cooperativa Coopesalud, R.L. para que administrara la nueva Clínica de Pavas y atendiera bajo esta modalidad de pago y con el enfoque de medicina familiar a la comunidad de Pavas; posteriormente en 1990, otra cooperativa, Coopesain, R. L., inició en similares condiciones, la prestación de los servicios en el cantón de Tibás.

Viendo el éxito de las Cooperativas Coopesalud y Coopesain en Pavas y Tibás, respectivamente, y tras largas discusiones la comunidad, el personal médico y las

autoridades locales de Barva de Heredia, la CCSS acordó la constitución de una Cooperativa similar a las anteriores para hacer un contrato similar al realizado en Pavas y Tibás. Con 16 médicos que participaron en el plan piloto original, en noviembre de 1992 se constituyó la cooperativa Medicoop, para atender a la comunidad de los cantones de Barva y San Isidro, en la provincia de Heredia y parte de la provincia de Alajuela. Sin embargo, la Cooperativa Medicoop tampoco cumplió las expectativas de una mejor atención que tenían tanto la comunidad como la CCSS.

Después de varios intentos de reorganización del Centro Integrado, la CCSS decidió insistir apoyando la conformación de una nueva cooperativa, Coopesiba R.L., la cual comenzó en febrero de 1998 a prestar servicios a las comunidades de Barva, San Pablo y San Isidro, para lo cual la CCSS le cedió un inmueble que el municipio de Barva le había prestado en 1996 y 13 Ebáis.

En noviembre de 2005, la Municipalidad de Barva inició acciones para cobrar a la CCSS el valor ϕ 2 000 000 (USD\$ 3 850, aproximadamente) mensuales por el arriendo del local donde funcionaba Coopesiba, ante la indiferencia de la CCSS, el municipio pretendía desalojar a la Cooperativa, situación solucionada, finalmente, el 6 de noviembre de 2006, cuando la CCSS llegó a un acuerdo con la Municipalidad de Barva, para que la clínica de la localidad continuara, operando en el inmueble del ayuntamiento. Como parte del acuerdo, la Municipalidad exigió a la CCSS presentar el plan para la construcción de la nueva sede de salud de Barva.

Dadas las situaciones suscitadas entre la municipalidad, la CCSS y Coopesiba, es que se decide la compra de un terreno por parte de la CCSS, ubicado sobre calle 14, o bien, 600 metros este de la iglesia católica San Bartolomé Apóstol, en Barva de Heredia y en el transcurso del 2014 inicia la construcción del nuevo inmueble de la clínica, el cual administra la cooperativa y ya para el año 2016 se trasladan al nuevo edificio e inician labores en el edificio

Actualmente, la cooperativa cuenta con 120 colaboradores distribuidos entre los puestos operativos, administrativos y de soporte, de los cuales aproximadamente 101 corresponden a profesionales de la salud entre los cuales destacan médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria, registros médicos, farmacéuticos y microbiólogos, en el caso del personal administrativo se tiene alrededor de 19 personas para los departamentos de TI, financiero, dirección médica, recursos humanos y proveeduría.

En el siguiente organigrama mostrado en la Figura 1, el cual es proporcionado por Coopesiba., R.L., se evidencia la distribución por departamentos.

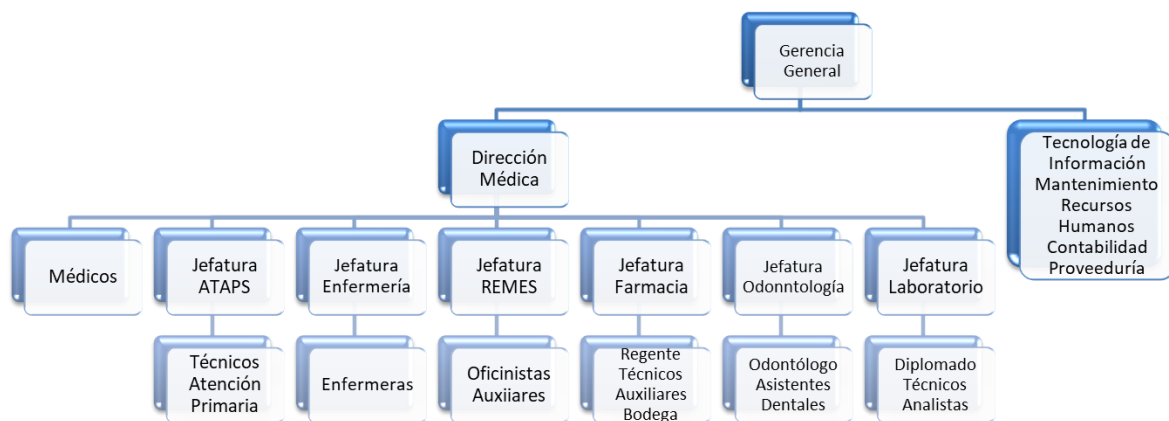


Figura 1. Organigrama de la Cooperativa

Fuente: Coopesiba R.L. (2017)

Actualmente, el área de salud atiende a una población de 60 743 habitantes, de los cuales 37 378 pertenecen a Barva de Heredia y 23 356 corresponden a San Pablo, lo que representa el 1,4% de la población nacional.

A noviembre de 2006, la CCSS ha prorrogado en 3 ocasiones cada uno de los contratos firmados a finales de 1997 con las cooperativas Coopesain, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana, para que continúen a cargo de los servicios que brindan las clínicas y Ebáis de Tibás, Pavas, Barva y Santa Ana, respectivamente. Cabe mencionar que a dichas cooperativas se les paga mensualmente, no obstante mantienen una reserva de garantía, la cual se cancela una vez que la CCSS comprueba que los servicios por los cuales está pagando, realmente se les brindaron a los pacientes.

Esta iniciativa se extendió a 2 entidades más las cuales no son cooperativas, sino que son la Universidad de Costa Rica y la Asociación Asemeco, las cuales en conjunto con las cuatro cooperativas que conforman la modalidad, se encargan de la atención del 15% de la población nacional y la CCSS se encarga del 85%

Actualmente, son cuatro cooperativas las que venden servicios de salud a la CCSS, ver detalle en la Figura 2, las cuales son: Copesalud se encarga de las Clínicas y Ebáis en Pavas y algunos lugares de Desamparados, Coopesana atiende las Clínicas y Ebáis de Santa Ana, San Francisco de Dos Ríos y San Antonio, Coopesain brinda atención a las Clínicas y Ebáis en Tibás, Paso Ancho y San Sebastián y Coopesiba se encarga de las clínicas y 13 Barva de Heredia y San Pablo de Heredia. En estas cuatro cooperativas atendían a 413 052 habitantes y ofrecían trabajo a 812 personas hasta el año 2006.

**PROVEEDORES DEL SECTOR PRIVADO A QUIENES SE LES HA ADJUDICADO
LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMPLETOS**

Proveedor Privado	Inicio de Operaciones	Zona de Influencia	Centro Médico
COOPESALUD R.L	Agosto, 1988	Pavas	Área de Salud de Pavas
COOPESAIN R.L	Enero, 1990	San Juan y Llorente en Tibás; San Miguel en Santo Domingo y San Vicente en Moravia	Clínica de Tibás
COOPESANA R.L	Mayo, 1993	Santa Ana	Área de Salud de Santa Ana
COOPESIBA R.L	Febrero, 1998	Barva de Heredia	Área de Salud de Barva
Universidad de Costa Rica	1999	San Pedro y Curridabat	Área de Salud de
ASEMECO*	Septiembre, 2000	Escazú, León XII, La Carpio y Garabito	Área de Salud de Escazú Área de Salud León XII, La Carpio y Garabito

Figura 2. Resumen de información de los proveedores a quienes se les ha otorgado la administración de los servicios de salud y sus zonas.

Fuente: Coopesiba, R.L. (2007)

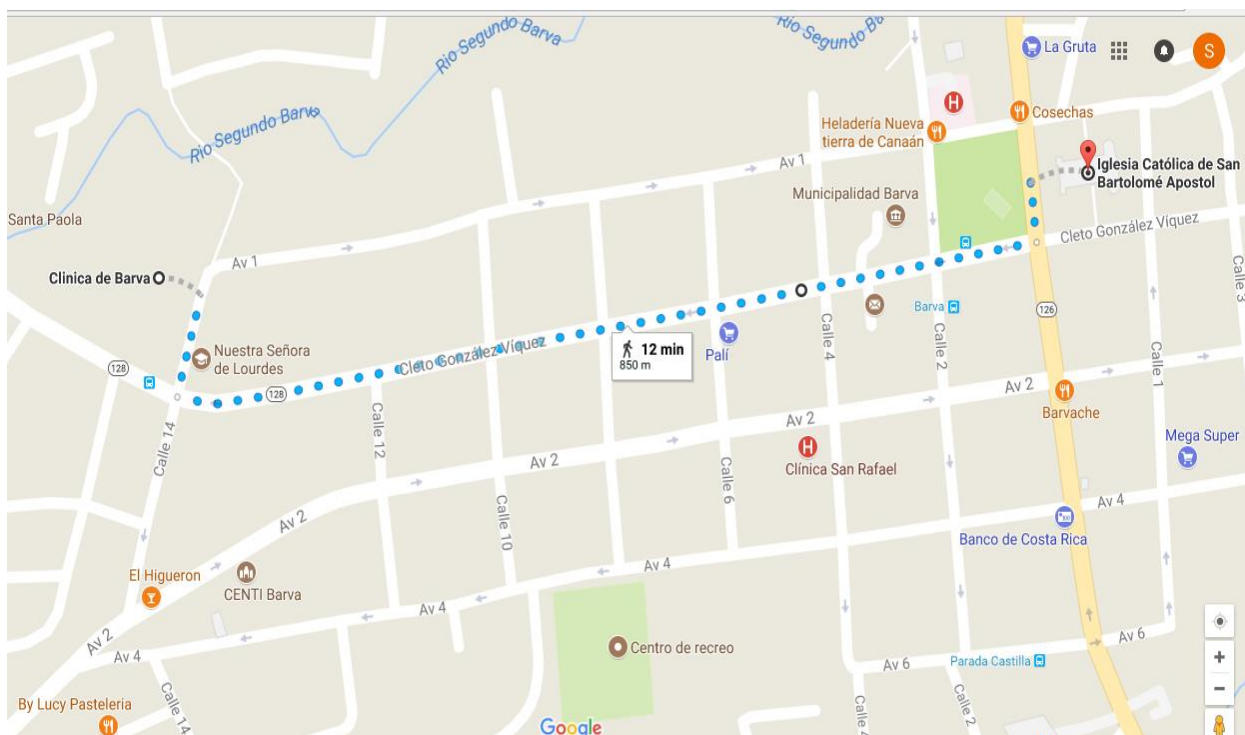


Figura 3. Ubicación de la Clínica de Barva

Fuente: Google Maps (2017)



Figura 4. Fachada principal de la Clínica de Barva
Fuente: Google Earth (2017)

1.2.2 Estatutos de la organización

Misión

Brindar servicios de salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

Visión

Ser líderes en la prestación de servicios de salud, construyendo comunidades sanas, bajo los principios cooperativos.

Valores



Figura 5. Valores de Coopesiba, R.L.
Fuente: Coopesiba, R.L. (2007)

1.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En Coopesiba, R.L. su enfoque principal es brindar un servicio de calidad que pueda satisfacer a sus pacientes, así como también promover un ambiente laboral agradable para el desarrollo de las actividades que desempeñan los colaboradores. Es de gran importancia mencionar que en ocasiones existen factores que provocan que el servicio de calidad ofrecido se vea afectado, y no solamente la afectación involucra al paciente y su familia, sino que también inquieta a los funcionarios en sus labores de rutina.

Parte del análisis que conlleva a determinar las causas o factores que generan deficiencias en el servicio de atención y el comportamiento del entorno es realizar la observación de las labores de rutina, una lluvia de ideas y la comunicación con

los colaboradores. Algunas de las causas encontradas en la cooperativa se presentan a continuación en la Figura 6.

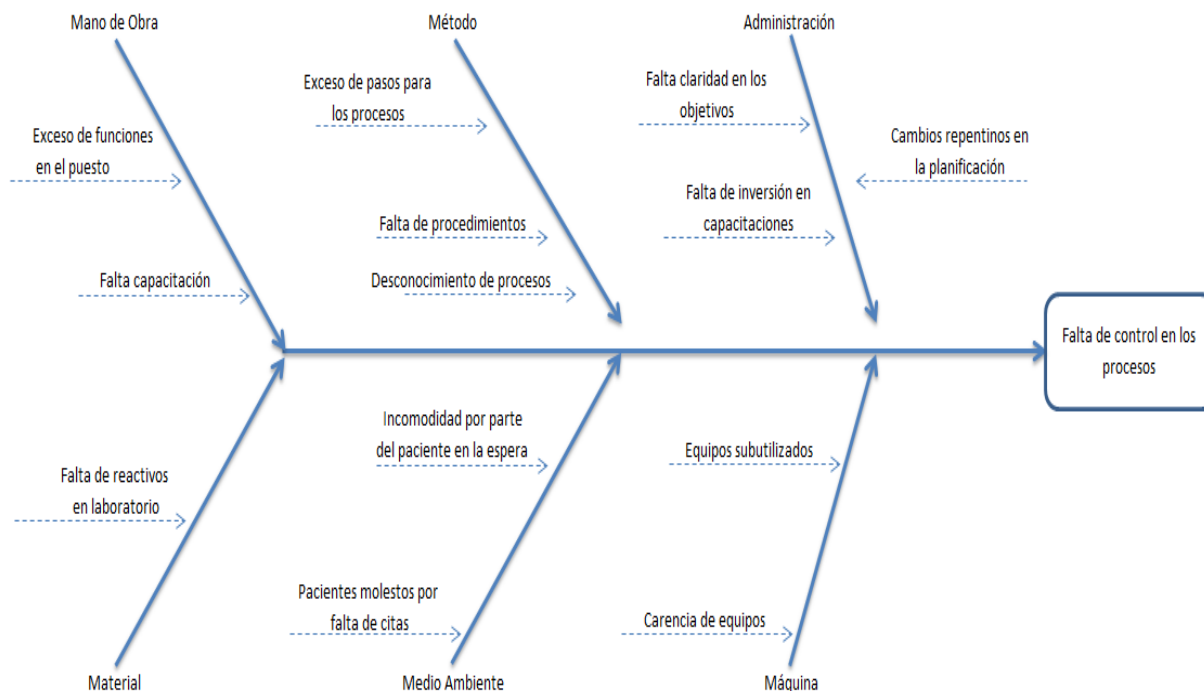


Figura 6. Diagrama de Ishikawa

Fuente: Elaboración propia (2017)

A continuación se describe cada una de las causas encontradas en el análisis.

Cuando se habla exceso de funciones en el puesto se refiere a que los colaboradores estiman que en algunas posiciones se tiene cargas de trabajo más pesadas, por la naturaleza del puesto, es decir, que en el caso de registros médicos que es el primer contacto con el cliente el personal se siente sobrecargado, porque las personas que llegan a recibir el servicio desean ser atendidos de inmediato y, en ocasiones, maltratan a los funcionarios, sin saber

que estos se encuentran atendiendo a otra persona o brindando alguna información que otro paciente requiera.

El personal en ocasiones percibe la necesidad de capacitaciones en el aspecto de servicio al cliente que es fundamental para este tipo de negocios, y las enfatizar en las capacitaciones de trabajo en equipo, se considera que existe unos que no saben tratar a los pacientes y a sus compañeros, por lo que cree pertinente la capacitación como herramienta necesaria.

Otras de las causas halladas representan el desconocimiento de los procesos que, a su vez, acarrea el exceso de pasos en los procesos, al no tener definidos claramente sus procesos se da reprocesos en las funciones de algunos puestos operativos de la cooperativa, provocando errores y mal uso de los recursos. Por otra parte, la falta de procedimientos hace que no se tengan documentadas las actividades a realizar y ciertamente esto no impide que se lleve a cabo el trabajo, en el momento de entrenar a algún nuevo colaborador debe hacerse el entrenamiento de forma verbal, que puede provocar que la persona olvide los pasos por seguir.

Al mencionar la falta de claridad en los objetivos, se hace referencia a que los objetivos de calidad se encuentran desactualizados, por tanto se desconoce el alcance actual de éstos. La falta de inversión en capacitaciones es un factor que marca mayoritariamente al personal operativo porque ellos son quienes reciben el impacto directo ante este fallo de la administración como tal, sin embargo la administración es la responsable directa ante la situación. Al tomar en consideración los cambios en repentinos en la planificación, debe enfatizarse que Coopesiba se encuentra destinada a cumplir con las disposiciones de la CCSS;

por tanto, se encuentran propensos a sufrir cambios en los planes que les da la entidad, ellos como cooperativa que ofrece servicios de salud reconocen que, en muchas ocasiones, les ha ocurrido lo antes mencionado y como medida de control, ellos mismos realizan una programación mayor, para cubrir cualquier eventualidad.

Cuando se menciona que la falta de algún suministro o material, se hace énfasis en el laboratorio, ya que el personal del departamento comenta que en algunos momentos los reactivos se escasean y ellos deben reaccionar rápida y oportunamente de manera que las muestras no se degraden o se dañen.

Se determina además que la carencia de los equipos puede provocar que la respuesta en la atención se vea afectada o interrumpida, incluso en el caso del laboratorio de microbiología, en el cual se ha solicitado un equipo específico para las pruebas de tiempo de coagulación el cual aún no se ha adquirido por parte de la cooperativa. Al mencionar equipo subutilizado se encuentra que a pesar de haber implementado el expediente digital en un sistema informático propiamente de la cooperativa, deben hacer pronto la migración al sistema de expediente electrónico de la CCSS, además que Coopesiba hace algunos años utilizaba el sistema digital.

Por último y no menos importante, siempre que se refiere a incomodidad de pacientes durante la espera, debe tomarse en consideración que a las personas no les gusta esperar a ser atendidos, esto porque las citas son programadas por bloques de horas; por lo tanto, los pacientes agendados se presentan a la hora en punto y, en ocasiones, el tiempo transcurre, y no son atendidos, esto se presenta, ya que en el centro de salud se programan 5 pacientes por hora y se citan a una

misma hora, conforme los pacientes se van presentando se van llamando y de ahí la incomodidad de las personas, de ahí se presenta la principal molestia de los pacientes.

Adicionalmente se tiene que los pacientes perciben una molestia en el momento de sacar las citas en línea, ya que argumentan que el sistema no funciona, ya que el sistema abre citas a partir de las 8.00 a.m. del día en curso, por lo que muchos pacientes ingresan y el sistema se bloquea o se satura.

Como puede intuirse, existen muchas oportunidades de mejora en la cooperativa, por lo anterior, es que surge la idea de la necesidad de estandarizar los procesos de operación del área de salud administrado por Coopesiba, R.L., para brindar servicios de calidad y oportunos a los usuarios, también como una necesidad de la cooperativa de estar bien posicionados para renovación de contratos por parte de la CCSS ,o bien, poder participar en los procesos de licitación el cual se va a llevar a cabo en el año 2018.

El desarrollo de un sistema de gestión de calidad proporciona beneficio a la cooperativa, porque hoy en día, el servicio al cliente es una prioridad para mantenerse en el mercado, máxime si se ha mencionado que Coopesiba, R.L., es una de las cooperativas que vende servicios a la CCSS, otro aporte que sustenta este sistema de gestión de calidad es el beneficio que ofrece a los pacientes de los servicios de salud, porque la atención que se brinda va acompañada de un servicio de calidad, adicionalmente otro aporte que presenta es que con sus procedimientos debidamente estandarizados se garantiza una ejecución de labores con mayor efectividad por parte de los colaboradores de Coopesiba R.L.

1.4 Justificación del proyecto

Desde que se inician las primeras conversaciones sobre el desarrollo de un proyecto que beneficie a la cooperativa y a los pacientes que ésta atiende, se muestra un gran interés y compromiso por parte de la organización, la gerencia y directores médicos en el desarrollo de un sistema de gestión con la finalidad de lograr la estandarización de sus procesos y mejorar la calidad de sus servicios.

Entre de las personas involucradas en el proceso se encuentra el encargado de tecnologías de información, quién será el gestor a cargo del proyecto y el ingeniero de mantenimiento quien da soporte con la información solicitada, sin embargo no solamente ellos se encuentran involucrados, ya que toda la cooperativa desea lograr el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, además que se cuenta con el aval de la gerencia para lograr el cometido.

Con el desarrollo de un sistema de Gestión de Calidad se pretende aumentar la efectividad y la calidad en la prestación de los servicios, a partir del análisis de estado actual de los procesos. Este análisis finalmente permitirá la toma de decisiones estratégicas a la organización, la cual pretende eventualmente obtener algún tipo de certificación o acreditación, que le permita posicionarse de manera más competitiva en el mercado.

1.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.5.1 Objetivo general

Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma INTE-ISO 9001:2015 para la mejora en el servicio de atención a pacientes en Coopesiba ,R.L ., mediante la evaluación de procesos administrativos, de apoyo y específicos actuales.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Diagnosticar con base en la norma INTE-ISO 9001:2015 los procedimientos, instrumentos, formularios y otros mecanismos con los que cuenta la cooperativa, actualmente, que indiquen la ejecución y control de los procesos de la organización, determinando reprocesos y actividades que no generan valor, para la propuesta de mejora.
2. Diseñar el sistema de gestión con base en el diagnóstico realizado, implementando las mejoras en los procedimientos evaluados, así como el establecimiento de un plan para mantenerlo en el transcurso del tiempo y la determinación de indicadores y otros elementos de control de los servicios ofrecidos
3. Evaluar el impacto de las mejoras propuestas en procesos seleccionados, para poner en marcha el SGC diseñado en la organización.

1.6 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.6.1. Alcances

El desarrollo del sistema de Gestión de Calidad aplica a la Dirección Médica, a los colaboradores, la población y pacientes de Barva de Heredia, en donde Coopesiba, R.L., ofrece los servicios de salud.

El proyecto se lleva a cabo en la Clínica de Salud de Barva de Heredia, bajo la administración de la cooperativa Coopesiba, R.L., el cual se realiza durante el 2017.

Diagnóstico de los procedimientos, instrumentos, formularios y otros mecanismos actuales que indiquen la ejecución y control de los procesos de la organización, determinando reprocesos y actividades que no generan valor, para la propuesta de mejora.

Sistema de gestión, implementando las mejoras en los procedimientos evaluados, así como la determinación de indicadores y otros elementos de control de los servicios ofrecidos.

Evaluación del impacto de las mejoras propuestas en procesos seleccionados.

1.6.2. Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones se encuentra el hecho de no tener certeza si Coopesiba R.L desea adquirir la norma ISO 9001:2015 la cual corresponde a la

versión actualizada de dicho documento, el cual es la base para poder implementar el SGC en la cooperativa.

En el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad es de suma importancia contar con el apoyo de la dirección, que, a su vez, inculque el compromiso a sus colaboradores y a las áreas donde se lleva a cabo la recopilación de la información para el desarrollo exitoso de un proyecto de este tipo, claro está que la gerencia general y la dirección médica se encuentran muy de acuerdo con el proyecto; sin embargo, falta mucho más compromiso con el tema para lograr enfocarse en la importancia y prioridad que tiene el análisis de los procesos, mejora de estos y mantenimiento de la calidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Calidad, concepto y antecedentes

A lo largo de los años, se ha identificado que la definición como tal de calidad es muy amplia y referente al enfoque que se demande, debido a lo anterior, muchos de los más importantes exponentes de la calidad han dado diferentes definiciones para éste concepto, se mencionan a continuación algunos de los conceptos más utilizados a nivel mundial para definir un término tan versátil. Así hace notarse para Zarzuela (2016) con respecto de los conceptos de calidad interpretados por grandes pioneros de la calidad.

La conclusión de Crosby para el concepto hace referencia a que “Calidad es la conformidad con los requisitos”, lo que quiere decir, que debe basar en la calidad a los requisitos que se están solicitando.

Mientras que Juran sostiene que la “Calidad es adecuación al uso del cliente”. Lo que sugiere al cliente se le debe brindar los que este solicita y para el propósito que lo requiere.

Otra definición que se presenta es la de Armand V. Feigenbaum, quien afirma que la “Satisfacción de las expectativas del cliente” es la calidad.

Para Genichi Taguchi el concepto “Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad, desde el envío del producto al cliente hasta su uso total”. Lo que hace mención a que el cliente percibe la calidad respecto a su costo de producción.

De acuerdo con Williams Edwards Deming indica que la “Calidad es satisfacción del cliente”. Es notorio que la preocupación por el usuario final es la condición prioritaria para los pioneros de la calidad.

Dadas cada una de las definiciones de calidad, puede concluirse que el término aplica principalmente al beneficio y satisfacción del cliente, cumpliendo los requisitos que este solicite, es decir, que brindar calidad se basa en mantener a los clientes de una empresa u organización felices con el producto o servicio que se les esté entregando. (Gutiérrez, 2005)

Es importante mencionar que la fidelidad del cliente reside en que tan satisfecho se encuentre con el resultado que reciba de acuerdo con su experiencia y necesidad, por lo tanto las organizaciones deben exigirse a sí mismas productos y servicios de calidad con el fin de retener a sus consumidores y, a la vez, atraer más clientes a su compañía.

Al referirse a la calidad, no debe caerse en el error de confundir con características lujosas y costosas de los productos o servicios entregados al cliente, sino se debe hacer énfasis en la constancia en las propiedades y atributos del producto final, ya sea bien o servicio, que al final es lo que el cliente percibe y manifiesta de la empresa. (Ortega, 2010)

2.1.2 Calidad total

Una vez que se ha definido la calidad como tal, es prudente desarrollar una definición de calidad total como parámetro de comparación entre ambos conceptos.

La calidad total se define como aquello que involucra a todos los departamentos de la organización, es decir, que el compromiso de asumir una cultura de calidad total debe estar respaldado desde la alta gerencia o dirección de la organización hasta los niveles inferiores de la misma, con el objetivo de lograr que todos los colaboradores se encuentren inmersos en este concepto y se aplique a los servicios o productos que ofrecen.

Cabe mencionar ahora la relación que existe entre la calidad y la calidad total, la cual lleva a comprender que ambas se complementan una con otra en pro del beneficio del consumidor final, según lo estudiado anteriormente, ya que la calidad debe procurarse y cuidarse en todas las fases y procesos que intervienen durante el diseño, fabricación, producción del producto o la prestación del servicio. También se hace mención que la calidad de un bien o servicio no debe ser avalado por la empresa, sino más bien quienes definen la medida siempre serán los consumidores. (Anónimo, 1996).

Otro aspecto a tomar en cuenta como se ha mencionado, es que la calidad no solamente aplica a los productos que se elaboran en la compañía y se venden físicamente a los consumidores, sino también se debe tomar en consideración los bienes intangibles como lo son las prestaciones de los servicios, los cuales son

percibidos por el consumidor final o cliente y éste lo califica de acuerdo a la experiencia presentada en el momento de la atención para comprender a profundidad, se explica a continuación la calidad desde cada perspectiva.

2.1.3 Calidad en producto

El concepto de producto se basa en el principio de la transformación de diferentes materiales por medio de un proceso, para obtener un bien tangible que las empresas ofrecen al consumidor para satisfacer una necesidad (Camisón, Cruz & Gonzáles, 2006). El producto puede ser un objeto tal como unos zapatos, un dispositivo tecnológico, un libro o cualquier artículo que físicamente se puede palpar.

Respecto de la calidad de los productos, se debe mencionar que pasan por procesos de inspección seguidamente de su fabricación, los cuales son evaluados mediante criterios de calidad previamente establecidos, si el artículo no presenta defectos, quiere decir que cumple con las expectativas del fabricante, cuando el producto llega a manos del consumidor, éste será quien determine si el producto es duradero, acorde con su uso y propósito y si satisface las necesidades del cliente, se califica por parte del usuario como de buena calidad.

Debe notarse que cuando se habla de producto, existe una relación directa con la satisfacción de las necesidades del cliente respecto a la compra y el ¿para qué lo utiliza?

2.1.4 Calidad en servicios

Un servicio es una serie de actividades que se realiza en una organización o empresa, que pasan por medio de un proceso, cuyo resultado final es intangible, como por ejemplo la respuesta a una llamada, la atención en un banco, brindar alguna información respecto a cierta solicitud, o bien, cualquier otro trámite que no involucre un producto físico.

Para tener claro el concepto de calidad en los servicios, debe mencionarse que radica en la medida en que el cliente percibe la forma en que la organización interpreta sus necesidades, expectativas y, a la vez, les brinda una atención oportuna, adecuada y segura, de esta manera el cliente se siente complacido y comprendido; por lo tanto, califica a la entidad como una empresa que brinda servicios de calidad.

Para cualquier empresa su prioridad fundamental siempre va a ser el cliente, en especial a las entidades de facilitadoras de servicios, porque tienen que enfocar sus esfuerzos para que el cliente se encuentre satisfecho y cómodo con la atención recibida, ya que al atender adecuadamente a un cliente, el mismo transmite a otros usuarios el bienestar experimentado durante la utilización del servicio ofrecido por la empresa, con este acto, la organización refleja una buena imagen y su posicionamiento en el mercado. (Fernández, 2000)

2.1.5 Importancia de la calidad en los servicios

De acuerdo con Solórzano y Aceves (2013), por la competitividad y la exigencia de los consumidores a la que están expuestas las organizaciones, es que el

concepto y aplicación del servicio al cliente ha ido tomando mayor importancia, adicionalmente debe agregarse que los usuarios tienen mayores opciones en el momento de elegir donde conseguir un producto o servicio, por lo anterior es importante mejorar continuamente y buscar maneras más atractivas e innovadoras de cumplir con las exigencias de los usuarios.

Así mismo, lo menciona Solórzano y Aceves (2013, p.7). “La competencia es cada vez mayor, por lo tanto, los productos ofertados aumentan notablemente y son más variados, por lo que se hace necesario ofrecer un valor agregado” cuando se menciona el valor agregado se trata en particular de la calidad en el servicio y en la forma en que se atiende a los consumidores.

Adicionalmente, la competencia también juega un papel determinante en el momento de brindar servicios de calidad, de ahí la importancia de mantenerse mejorando continuamente para cumplir con las demandas de clientes cada vez más exigentes que piden una buena atención, rapidez y un ambiente cordial.

Como se ha mencionado anteriormente cuando no se cumplen las expectativas del cliente por mala atención en el servicio brindado, es casi un hecho que el consumidor hable muy mal de la entidad donde le ocurrió, por lo que va a llevar su mala experiencia a otros consumidores o potenciales clientes, así la compañía tendrá pérdidas de clientela. Por el contrario, si una persona recibe una buena atención y un servicio de calidad, es certero que este regrese al lugar donde recibe un trato personalizado y agradable, de esa forma va a recomendar los servicios del lugar. (Anónimo, 1996).

Lo anterior es una muestra de cómo las empresas que brindan servicios, deben posicionarse en el mercado y estar siempre dispuestos a mejorar la manera en que brindan los servicios para ser las primeras opciones para los clientes.

2.1.6 Gestión de la calidad

La gestión de la calidad nace principalmente como un sistema de gestión empresarial, el cual se encuentra muy ligada a la producción, su objetivo fundamental es proporcionar productos y/o servicios, para minimizar los costos mediante la uniformidad y normalización establecidas previamente por la empresa.

La evolución de esta iniciativa se ha ido desarrollando con base en los modelos económicos y el mercado internacional, cuyo interés es no solamente tener presente las especificaciones del bien o servicio, sino también los requerimientos y necesidades de los consumidores con el fin de garantizar su satisfacción y con ello mantener la fidelidad de los clientes hacia la empresa que se encuentra inmersa en un mercado con gran competitividad. (Anónimo, 1996).

Así mismo, el concepto actual de gestión de calidad es el resultado de varias características que se han surgido y ligado a lo largo de la historia y que de manera muy precisa se presentan a continuación:

La conformidad con las especificaciones del producto o servicio, es una concepción principalmente centrada en la organización, basada en el control del producto terminado, debido a que la organización debe entregar bienes o servicios

que cumplan con las especificaciones previamente establecidas para el diseño del producto que se esté ofreciendo

La satisfacción de las expectativas del cliente, aunque los criterios del mismo al respecto puedan ser escasos o puedan ser deformados por influencias externas, tales como percepciones subjetivas, publicidad, u otras.

El valor en relación con el precio, por lo que la calidad y los procesos deben estar ligados al coste y al precio final del producto o servicio. Aquí se puede producir una distorsión, ya que un producto tenga bajo coste y elevado consumo no implica, necesariamente, que tenga calidad como excelencia, entendiendo el producto o el servicio como el mejor posible, lo que exige el compromiso de toda la organización. Un servicio o producto excelente genera una mayor confianza de los clientes de cualquier parte del mundo globalizado. Puede definir como un servicio o producto de excelencia aquel en el que se utilizan los mejores componentes disponibles, se realiza la mejor gestión y la mejor realización de los procesos, aunque sean difíciles la comprensión del concepto y la definición objetiva de los indicadores. (Gutiérrez, 2005)

2.1.7 Sistemas de Gestión de la Calidad

Un Sistema de Gestión de Calidad es una herramienta que permite a cualquier tipo de organización las funciones de planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de las actividades de rutina, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales se miden a través de los indicadores de satisfacción de los usuarios. (Gómez, 2011)

Con la implementación de un sistema de gestión de calidad, se obtienen beneficios tanto para el cliente como para los colaboradores de la empresa. En el caso del cliente, recibe servicios eficientes de calidad y oportunos, evitando molestias en atrasos. Para el personal, se da una mejora en el grado de satisfacción en las actividades de rutina, mejoramiento del clima organizacional, minimización de las molestias derivadas de las sobrecargas de trabajo. (Anónimo, 2015)

Cabe mencionar que la adopción de un sistema de gestión de la calidad debe ser una decisión meramente estratégica de la organización. El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización se encuentran afectados por el entorno de la compañía, los cambios y los riesgos asociados con dicho entorno, necesidades cambiantes, sus objetivos particulares, los productos que proporciona, los procesos que emplea, su tamaño y la estructura de la misma. Además, un sistema de Gestión de la Calidad, no es solamente cuestión de grandes empresas, puede aplicarse a cualquier estructura o tamaño de organización.

2.1.8 Etapas para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad

Un sistema de Gestión de Calidad consta de 5 etapas o pasos generales para lograr la implementación, las cuales se describen a continuación.

Etapas 1: Diagnóstico y Planificación: consiste en llevar a cabo un diagnóstico con el fin de conocer el nivel de cumplimiento de la organización con los

requerimientos de la norma ISO 9001:2015 y de esa forma elaborar un plan de trabajo con las actividades que se llevarán a cabo a lo largo del proyecto.

Etapa 2: Diseño del SGC: en esta etapa se definen los elementos clave del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y se establece el soporte documental del Sistema.

Etapa 3: Implementación del SGC: en ésta etapa se realiza la implementación de las metodologías, instrumentos, registros y herramientas en todos los procesos y áreas funcionales dentro del alcance establecido.

Etapa 4: Auditoria interna: seguidamente de la implementación del SGC en la organización, se realiza la auditoría interna de todo el SGC, para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad cumple los requisitos de ISO 9001:2015 y se aplica de manera consistente en todo el proceso involucrado.

Etapa 5: Certificación: una vez que se haya verificado que el SGC cumpla con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y se encuentre en funcionamiento en la organización, esta se pone en contacto con algún organismo de certificación para comenzar con el proceso de certificación.

Luego de obtener la Certificación ISO 9001 es necesario mantener la implementación del SGC y de los elementos desarrollados, si bien es cierto de que la certificación es un documentos que puede utilizarse para mostrar al público y generar publicidad positiva por sus prácticas y conocimientos en la calidad de sus

productos y/o servicios, debe trabajarse arduamente en la mejora continua del mismo y no permitir que se desplome. (Plantamura, 2017)

2.1.9 Elementos de la gestión de la calidad

La gestión de la calidad trabaja bajo distintos elementos como lo son: los valores de la organización, principios y normas aceptadas por todos los colaboradores, misión, la política de calidad, objetivos de calidad, procedimientos y prácticas eficaces, los requisitos del cliente/proveedor tanto interno y como externo, orientación empresarial, demostración de la propiedad de todos los procesos y sus problemas relativos, utilización del ciclo Deming, de las cuales deben relacionarse entre sí para el aprovechamiento del sistema de gestión de la calidad. (James, 1997)

Por último, la gestión de la calidad utiliza cinco elementos de sistema, como son: proceso, que involucra a la organización y sistemas, planificación de la calidad, organización, dirección, control y metodología del diseño; auditoría: estructura, personas y tarea; tecnología, que incluye: línea de producción y uso de la información; estructura: que incluye: responsabilidades, comunicación y administración; personas: construcción del equipo, educación y formación, dirección, desarrollo, incentivos y refuerzos; tarea: aspectos de la calidad y cambio.

2.1.10 Funciones de la gestión de la calidad

Algunas funciones necesarias para la gestión de la calidad, según lo menciona James (1997) son las siguientes: planificación, organización, dirección, personal y control.

La planificación crea las reglas para toda la organización, brinda la capacidad de pronosticar futuros retos y fijar las acciones necesarias para enfrentarse a ellos, es fundamental para un eficaz proceso de mejora continua de la calidad. Los elementos clave que incluye son: análisis del entorno, misión de la calidad, establecimiento de la política de calidad, objetivos estratégicos de calidad, y planes de acción de la calidad.

Respecto de la organización, ésta debe asegurar que la empresa cumple con los objetivos de calidad que se ha planteado, debe ser responsable de un ambiente de trabajo tranquilo, con funciones que ayuden a la actividad correcta de la organización y administrar el recurso humano de la manera más adecuada. Se consideran que los factores como la asignación de tareas y responsabilidades a cada departamento y trabajador, desarrollo de requerimientos jerárquicos para facilitar la comunicación, órdenes y coordinación, son parte esencial de las funciones de la organización.

La función de dirección, debe influir en las actividades de los colaboradores, mediante un proceso de comunicación para la obtención de los objetivos planteados. La función de dirección incluye los elementos clave que son: la motivación de los trabajadores, liderazgo, tipos de poder.

Cuando se habla de la gestión de la calidad enfocada al personal, se basa en el recurso humano y lo define como la fuerza laboral empleada para mejorar la eficiencia y eficacia del funcionamiento de la organización. Los elementos importantes que incluye son: trabajo en equipo, orientación en todas las áreas y niveles de actividad de la organización, cultura altamente orientada a las personas, orientación multidisciplinar, formación y desarrollo. (Herrera, 2008)

El control es un proceso que se usa para garantizar que se cumplen y satisfacen los objetivos, por medio de la comparación de los procesos con los parámetros establecidos, para luego interpretar datos y tomar decisiones de acuerdo con el resultado de esta comparación. Los principales elementos que incluye son: herramientas de la gestión de la calidad, como: diagramas de flujo, hojas control, histogramas, diagramas causa-efecto, diagrama de Pareto, diagrama de dispersión, gráficos de control, diagramas de afinidad, diagramas de interrelación, diagramas de árbol, diagramas matriciales, matriz de análisis de datos, diagramas de flechas, gráfico del proceso de decisión del programa.

2.1.11 ISO (Internacional Standard Organization)

La ISO (Internacional Standard Organization), por sus siglas en inglés es la forma típica con que se conoce a la Organización Internacional de Normalización. Está compuesta por los institutos nacionales de países grandes, pequeños, industrializados y en desarrollo, de todas las regiones del mundo, su secretaría general se ubica en Ginebra, Suiza y fue fundada en 1947. El propósito de la ISO

es desarrollar normas a nivel mundial que son adoptadas por los países miembros ISO.

Dicha entidad elabora normas técnicas voluntarias que agregan valor a todo tipo de negocios. Las normas contribuyen a efectuar el desarrollo, proceso y abastecimiento de productos y servicios en forma más segura, eficiente y transparente. Con ello, se favorece el comercio entre países. ISO desarrolla sólo aquellas normas que son requeridas por el mercado. (Gutiérrez, 2005).

La elaboración de las normas es llevada a cabo por expertos de los sectores industrial, técnico y empresarial que solicitan la creación de la norma y que luego las usarán. Estos expertos se reúnen con otras personas con conocimiento en el área a trabajar, como representantes de agencias de gobierno, organizaciones de consumidores, académicos y laboratorios de ensayo para posteriormente utilizar el conocimiento y crear la norma.

Así mismo, lo enfoca Gualpa (2015); "...las normas no son objetivos en sí mismas, sino que son herramientas para alcanzar objetivos establecidos por las empresas". Lo que quiere decir que las normas deben utilizarse como un medio para obtener y mantener la calidad, y no verlas como un fin solamente.

2.1.12 Familia de Normas ISO

Dentro de las normas ISO existen muchas y tan variadas como para el requerimiento deseado, las familias ISO 9000 que se mencionan a continuación se

han diseñado para ayudar a las organizaciones de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de calidad. (Garrido, 2013)

ISO 9000: Describe fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología (vocabulario) para los sistemas de gestión de calidad empujado en la norma ISO 9001.

ISO 9001: Contiene la especificación (requisitos de certificación) para los sistemas de gestión de calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan con los requisitos de sus clientes y los requisitos reglamentarios que le sean aplicables, para aumentar la satisfacción de sus clientes.

ISO 9004: Brinda directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

ISO 19011: Proporciona orientación para ejecutar las auditorías de un sistema de gestión de calidad ISO 9001, para el sistema de gestión de salud y seguridad ocupacional especificado en OHSAS 18 001 y, también, para el sistema de gestión medioambiental especificado en ISO 14 001.

Todas estas normas juntas forman un conjunto de normas de sistemas de gestión de calidad que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional. La norma ISO 9001 es la que contiene el modelo de gestión, y la única certificable. (Müller & Rojas, 2014)

La norma ISO 9001:2015 es la versión más actualizada de la familia de normas 9001, la aplicación e implementación de esta norma no debe ser de inmediato, sino que las empresas que deseen certificarse tienen un lapso de tres años para utilizarla desde que se emitió, es decir, que la versión 2008 aún puede utilizarse; sin embargo para efectos de documentación es importante que las empresas persigan realizar las modificaciones que solicita la nueva norma, ya que pronto la versión 2008 quedará obsoleta.

ISO 9001:2015: Se da una mejora en la redacción que se adapta mejor a entidades dentro del sector de los servicios. Esta actualización se enfoca en planificación y en el liderazgo; además, tiene algunos cambios en la terminología. Adicionalmente, hace énfasis en los procesos y cuenta con cláusulas específicas que definen requisitos necesarios para que una empresa pueda adoptar el enfoque basado en los procesos.

2.1.13 Estructura de la Norma ISO 9001:2015

La norma INTE-ISO 9001:2015 se divide en 10 secciones que se detallan a continuación, de las cuales los tres primeros capítulos no se establecen requisitos; sin embargo, de los capítulos cuatro al diez, indica los requisitos que debe cumplir la organización. (García, 2015)

1. Objeto y Campo de Aplicación: En esta sección se detalla el objetivo de la implantación de la norma en una organización, así como su campo de aplicación.
2. Referencias Normativas: Hace referencia al documento indispensable para la aplicación de la norma ISO 9001:2015:
3. Términos y Definiciones: Indica la referencia al documento que contiene los términos y definiciones que se aplican en la norma ISO 9001:2015:
4. Contexto de la Organización: En esta sección se establecen las acciones que debe ejecutar la organización para garantizar el éxito de su sistema de gestión de calidad: comprensión de contextos interno/externo, comprensión de necesidades y expectativas, determinación del alcance del SGC, establecimiento de procesos y documentación.
5. Liderazgo: Se refiere a la participación y compromiso que debe tener la alta dirección dentro del sistema de gestión de calidad de la organización, incluyendo la gestión de la calidad en la toma de decisiones estratégicas de la organización, así como la vigilancia por mantener un enfoque al cliente y una política de calidad acorde con la organización.
6. Planificación: Sobre la planificación se establece como implementar acciones para gestionar el riesgo y las oportunidades que surgen cuando se planifican los sistemas de gestión. Por otra parte, los objetivos de la organización han de ser planificados de forma detallada.
7. Apoyo: Se basa en los recursos necesarios para implementar y gestionar el sistema de gestión, se refiere a los recursos (humanos y materiales). También, se incluyen requisitos sobre la competencia y toma de conciencia

del personal, sobre cómo ha de ser la comunicación y los controles a establecer sobre información documentada.

8. Operación: Indica los requisitos para la planificación y control; así como los requisitos para la producción de productos y servicios desde su concepción hasta entrega.
9. Evaluación del desempeño: En este apartado se aborda el seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación del sistema de gestión y sus componentes, es decir, la evaluación del desempeño. También se establecen los requisitos para auditar el sistema y para la revisión del sistema por parte de la alta dirección.
10. Mejora: Esta sección trata sobre la mejora, se establecen los requisitos referidos a las acciones correctivas y a la mejora continua.

Finalmente, cada norma acaba con una serie de anexos que facilitan la comprensión de la norma por parte de los lectores.

2.1.13 Empresa, concepto y clasificación

Las empresas son los grupos que trabajan en conjunto para generar productos o servicios, para satisfacer las necesidades de un determinado mercado; son el motor principal de la economía de cualquier país. (Herrera, 2008).

Ya que las organizaciones contribuyen a mejorar el nivel de vida de todas las personas, por el bien o servicio que estas ofrecen, es necesario conocer de qué manera se clasifican y cuál es la importancia en el país.

Es importante mencionar que es improbable de que una sola empresa pueda satisfacer las necesidades de toda una población, por lo tanto, existen diversas

organizaciones que se dedican a cubrir mercados específicos, los cuales cuentan con ciertas características y necesidades.

Existen numerosas formas de encasillar a las organizaciones, como puede ser por: actividad, empresas industriales, de servicios y comerciales, volumen de operaciones o ventas, mayoristas y minoristas, y número de empleados, micro, pequeña, mediana y grande empresa. Sin embargo, la forma más usual corresponde al tipo de actividad a la que se dedica.

Los criterios utilizados para sectorizar las empresas han sido definidos de acuerdo con la clasificación basada en el número de personas que trabajan en la organización, así como si son catalogados por sector comercial, industrial y de servicios. (Urroz & Allen, 2004) En la Figura 7 se resume la información de acuerdo con la clasificación mencionada anteriormente.

Costa Rica: Número de empresas por actividad económica según tamaño de empresa, 2012					
	Micro (1-5 trabajadores)	Pequeñas (6-30 trabajadores)	Medianas (31-100 trabajadores)	Grandes (más de 100 trabajadores)	Total
	Número	Número	Número	Número	Número
Comercio	13.098	4.074	621	175	17.968
Servicios ¹	8.490	1.544	242	114	10.390
Actividades Inmobiliarias	7.579	1.986	482	266	10.313
Agropecuaria ³	4.976	1.174	196	153	6.499
Industria ²	3.064	1.435	333	237	5.069
Transporte y comunicaciones	2.993	882	237	81	4.193
Hoteles y restaurantes	4.012	1.272	180	55	5.519
Construcción	2.343	1.096	200	77	3.716
Adm. pública y Enseñanza	608	352	107	47	1.114
Financiero	435	185	67	32	719
Otros ⁴	23	11	4	0	38
Total	47.621	14.011	2.669	1.237	65.538

Fuente: Cámara de Comercio de Costa Rica a partir de cifras de la Caja Costarricense del Seguro Social

Notas explicativas:

1 Incluye servicios sociales y de salud, electricidad, gas y agua, servicio doméstico y otras actividades de servicios

2 Incluye industrias manufactureras y explotación de minas y canteras

3 Incluye agricultura, ganadería, caza, selvicultura y pesca

4 Incluye organizaciones extraterritoriales e ignoradas.

Figura 7. Tipo de empresas según tamaño y actividad.

Fuente: Cámara de industria y comercio de Costa Rica a partir de datos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Según datos de la CCSS, a diciembre del 2012 el Sector Comercial estaba compuesto por 65 538 empresas formales, de las cuales el 72,7% son microempresas, el 21,4% son pequeñas empresas, el 4,1% son medianas empresas y el 1,9% son grandes empresas. En total el 98,1% del total de empresas son Pymes.

Con base en la información se concluye que la micro, pequeña y mediana empresa, tienen alto impacto en la economía y en las fuentes de empleo a nivel nacional, adicionalmente se evidencia que el sector servicios es una fuente potencial al posicionarse en el segundo lugar de la clasificación.

2.2 MARCO DE LA GESTIÓN DE PROYECTOS

2.2.1 Metodología PHVA

La metodología también es conocida como ciclo de Deming, y es una estrategia de mejora continua de la calidad, la cual se compone de cuatro etapas que son Planear, Hacer, Verificar y Actuar, de acuerdo con la Figura 8. A continuación se detallan cada una de las etapas para la mejor comprensión de la herramienta. (Serrato, 2012)

Planear: En esta etapa lo que se hace es fijar los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados de acuerdo a lo esperado, es importante atender las necesidades de los clientes, así como también recopilar suficiente información.

Hacer: Es poner en marcha el plan desarrollado en la primera fase, implementar la o las mejoras y dar seguimiento a que los procesos que se realicen.

Verificar: Esta es la etapa en la cual se obtienen los resultados, los cuales se verifican y analizan, es el momento de darse cuenta de la mejora que se implementó.

Actuar: Es el momento de aplicar las mejoras en los procesos, o bien, cambiar algunos aspectos que no estén generando los resultados esperados. La comunicación con los colaboradores debe ser fundamental y notificar las mejoras aplicadas y el resultado de estas.

A esta metodología se le llama ciclo ya que una vez que se ha llegado a la etapa de verificar, si la organización no se encuentra conforme con los resultados obtenidos, en la etapa de actuar se toman decisiones para no cometer estos mismos errores, y en la etapa de planeación vuelve a desarrollarse una nueva estrategia a poner en marcha, como puede evidenciarse esta herramienta es muy útil para la mejora continua. (Gutiérrez, 2005)



Figura 8. Ciclo Deming.

Fuente: Gestión por procesos (2015)

2.2.2 Herramientas de la calidad

Para la mejora y control de la calidad se han desarrollado diferentes herramientas que permiten analizar la información, interpretarla y tomar decisiones basados en los datos obtenidos. Dentro de las herramientas más utilizadas se encuentran las que se detallan a continuación.

2.2.1.1 Tormenta de Ideas (Brainstorming)

Es una herramienta que se utiliza para generar una gran cantidad de ideas sobre un tema en específico, se da por parte de un grupo que presentan sus opiniones abiertamente. Es de mucha utilidad cuando desea obtenerse propuestas innovadoras o suficientes ideas sobre las posibles causas de un problema y las

acciones que se deben realizar, este método también sirve como fase previa para otras técnicas de análisis.

Para desarrollar la herramienta es necesario contar con un grupo de trabajo en el que las personas comentan las ideas que tienen sin temor a ser criticados, con el fin de facilitar la apertura y la libertad de pensamiento, y que se obtenga mejores resultados. La sesión puede ser planeada o no y finaliza cuando se llega a una aceptación de la idea más interesante. Para poder desarrollar esta herramienta es necesario tener grupos formados de 3 a 8 personas, que el tema sea del conocimiento de los participantes, que exista un líder que se encargue del manejo de la reunión y de anotar todas las ideas. (Teruel, Lapresta, Rossel, Diestre & Marco, 2006)

2.2.1.2 Diagrama de Pareto

Corresponde a una gráfica donde se clasifican los datos en orden descendente, de izquierda a derecha mediante barras luego que se han agrupado los datos y haber calificado las causas, es decir, se asignan por orden de prioridades. Pareto enunció el principio según el cual “El 80% de los problemas se pueden solucionar si se eliminan el 20% de las causas que lo originan” (Rojas, 2010)

Algunas de las ventajas que presenta el uso de este grafico es que ayuda a centrar la atención en las causas que tengan mayor impacto para ser las primeras en resolver, ayuda en la evitar que se desvíe la atención al tratar de solucionar

causas que no corresponden a problemas críticos, además de ser una herramienta muy visible, lo que permite la fácil interpretación de los datos.

El diagrama de Pareto se utiliza cuando se identifica un producto o servicio que requiere análisis para mejorar la calidad, también al haber identificado oportunidades de mejora en la organización o al buscar las principales causas de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones.

Para implementar o desarrollar un diagrama de Pareto se debe primeramente definir qué vamos a medir, es decir listar las características que se desean analizar, luego donde y como se va a realizar la medición o estudio, realizar la recolección de los datos de las características mencionadas mediante una tabla diseñada para tal efecto, seguidamente se totaliza los datos y se calculan los porcentajes de cada aspecto, para luego transformar esos números en un histograma ordenado de manera descendente, esto permite identificar un acumulado de 80% que corresponde a las características críticas. (Kume & Vasco. 1992)

De acuerdo con la Figura 9 puede explicarse de mejor manera lo descrito anteriormente, puede evidenciarse que, en este caso, el diagrama muestra que el problema 1 y 2 acumulan el 80%, es decir, los aspectos críticos que pueden causar los problemas principales, que son los que deben atacarse primero antes de tomar acciones en otros aspectos que no sean los que están afectando directamente.

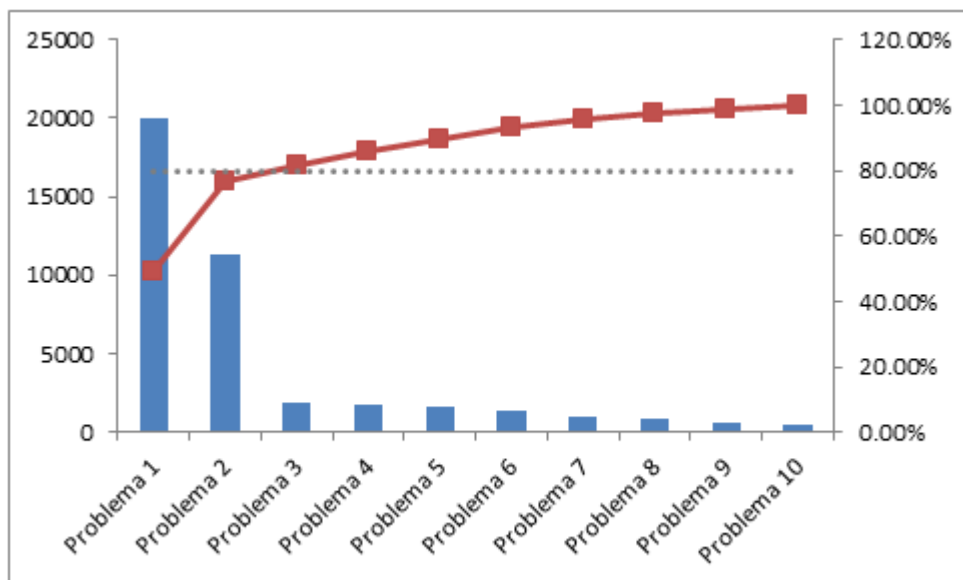


Figura 9. Diagrama de Pareto.

Fuente: Gestión de operaciones (2010)

2.2.1.3 5W 1H

La herramienta recibe este nombre, por las iniciales de las palabras en idioma inglés (who, what, where, when, why and how), las cuales corresponden a preguntas; sin embargo, para los latinos se trabaja con la siguiente traducción que es equivalente a las palabras en inglés :quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo).

Se basa en realizar preguntas sobre un problema que desea mejorarse, es usado para analizar detalles que surgen de las respuestas y, de esta forma, llegar a la solución de problemas. (Castillo, 2014)

La Figura 10 muestra es esquema básico para aplicar la herramienta, en la cual los espacios en blanco son para anotar la respuesta obtenida, cabe mencionar que puede ser más amplio y con más espacios.

The diagram consists of six horizontal rectangular boxes stacked vertically. Each box has a small colored header on the left and a larger white area on the right. The headers are: 'What?' (orange), 'Who?' (orange), 'When?' (orange), 'Where?' (orange), 'Why?' (orange), and 'How?' (teal). The boxes are empty, intended for user input.

Figura 10. Esquema 5W 1H.

Fuente: kaishaseikatsu (2017)

2.2.1.4 Diagrama de Ishikawa

Este diagrama también es llamado Diagrama de Causa-Efecto o espina de pescado y es una herramienta que ayuda a identificar, clasificar y evidenciar las posibles causas, tanto de problemas específicos como de características de calidad. Ilustra gráficamente las relaciones existentes entre un resultado dado (efectos) y los factores (causas) que influyen en ese resultado.

Este diagrama resume la información de tal manera que el enfoque principal es el problema y no la historia que existe detrás del mismo, además ayuda a encontrar

las causas de un problema, fomenta el trabajo en equipo y ayuda a aprovechar el conocimiento que los integrantes del equipo aportan. (Teruel et al, 2006)

La manera en que se ejecuta y utiliza la herramienta es que se debe definir el problema u oportunidad de mejora de la forma más clara posible, luego se realiza el diseño del “esqueleto de pescado” y al final de la línea horizontal se anota el objeto de estudio, una vez que se encuentra listo, procede a identificarse y anotarse las factores que pueden ser el origen del problema/efecto y escribirlos en los extremos de las costillas de la espina. Ver Figura 11.

Dentro de los factores que pueden originar el problema se enlistan los siguientes: Mano de obra (operarios) - Materiales - Procedimientos o métodos - Máquinas o equipos - Medio ambiente - Mantenimiento - Calibración y sistema de medidas

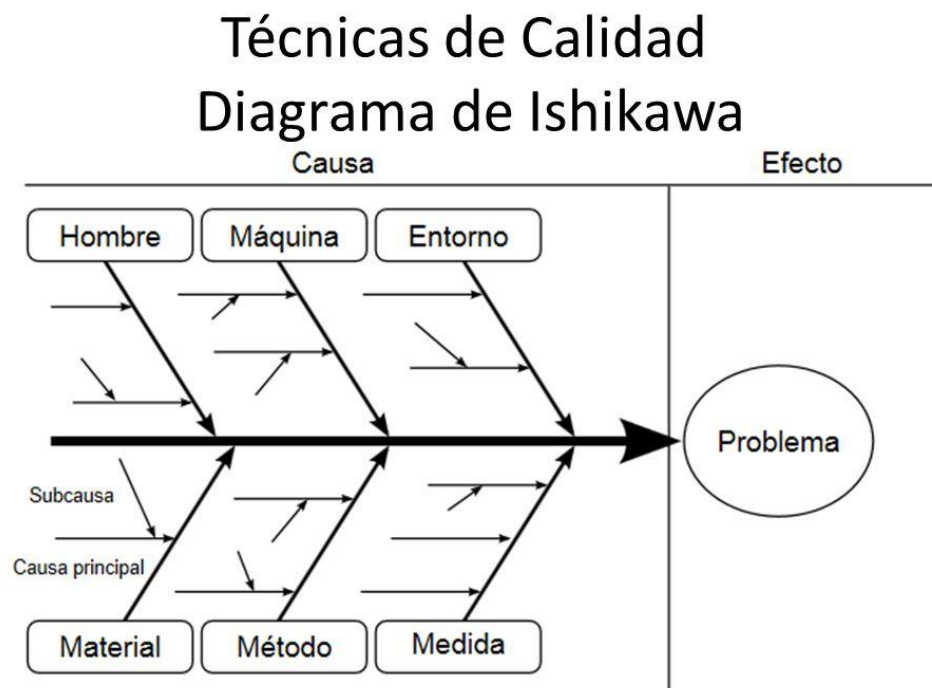


Figura 11. Diagrama de Causa- Efecto, Ishikawa o espina de pescado.

Fuente: manual de calidad (2005)

2.2.1.5 Análisis FODA

El análisis FODA cuyas siglas provienen del acrónimo en español y hacen referencia a fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, tal como lo muestra la Figura 12.

El análisis FODA se basa en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles los cuales en conjunto, determinan el contexto interno de la organización, así como su evaluación externa, la cual se establece mediante las oportunidades y amenazas. Puede considerarse una herramienta sencilla y que permite obtener un panorama general de la situación estratégica de una organización determinada. (Ponce, 2007)

	Positivo	Negativo
Origen Interno	F ortalezas	D ebilidades
Origen Externo	O portunidades	A menazas

Figura 12. Matriz FODA

Fuente: I.T.T (2006)

Para Porter (1998), las fortalezas corresponden a las capacidades con que cuenta la empresa, y que le permite tener una posición privilegiada frente a la

competencia. Al hablar de las oportunidades, se describe como los factores que resultan positivos, favorables, explotables, que deben descubrirse en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas. En el caso de las debilidades, son elementos que provocan una posición desfavorable frente a la competencia. En el caso de las amenazas son aquellas situaciones que provienen del entorno, y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

Mediante el análisis FODA busca detectarse y aprovecharse las oportunidades que muestra una organización, también se identifican las debilidades, de las cuales puede aprovecharse como una ventaja y convertirlas en una fortaleza para el negocio, así como realizar un análisis de sus amenazas.

El análisis FODA es una herramienta que ofrece información para reforzar la toma de decisiones

2.2.1.6 Diagramas de Gantt

El diagrama de Gantt es una herramienta de control y planeación de tareas necesarias para el desarrollo de un proyecto, la cual surgió en 1917 como respuesta a la necesidad de administrar proyectos de una mejor manera. El diagrama de Gantt muestra de manera simple las fechas de terminación de las diferentes actividades del proyecto en forma de barras graficadas con respecto al tiempo en el eje horizontal. Los tiempos reales de terminación se muestran mediante el sombreado de barras adecuadamente como se muestra en la Figura 13. El diagrama de Gantt obliga al administrador del proyecto a desarrollar un plan

con antelación y proporciona un vistazo rápido del avance del proyecto en un momento dado. El diagrama de Gantt puede utilizarse también para organizar la secuencia de las actividades de las máquinas en la planta. (Niebel & Freivalds, 2009).

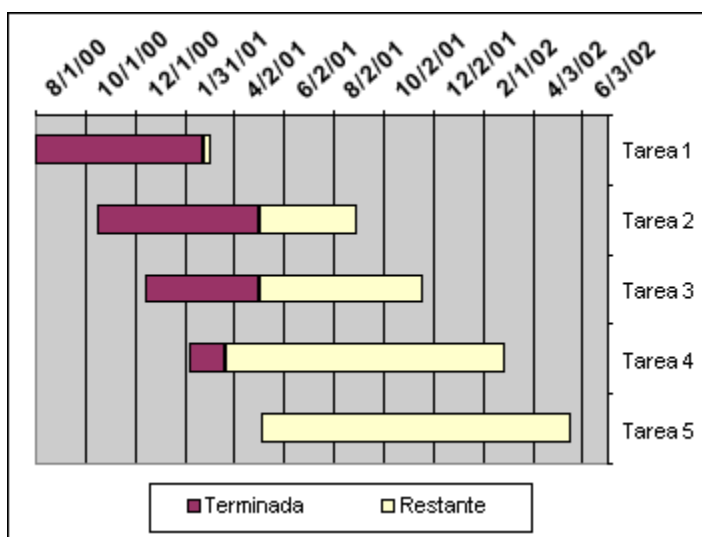


Figura 13. Diagrama de Gantt

Fuente: Sistemas de Información Gerencial (2011)

2.2.1.7 Mapeo de procesos

El mapeo de procesos es una herramienta utilizada por las organizaciones, la cual permite optimizar los procesos presentes o en caso de aún no tenerlos definidos, ayuda a la implementación en la organización de una estructura basada en procesos. (Vázquez, 2014).

Para desarrollar un mapa de procesos se debe realizar la recolección de datos por medio de entrevista, reuniones, cuestionarios, observaciones de campo, o cualquier otra fuente que se considere necesaria. Seguidamente se obtiene los

procesos con los que cuenta la organización, tal como lo indica la Figura 14, se tiene procesos de soporte, claves u operativos y estratégicos.



Figura 14. Esquema general de un mapeo de procesos

Fuente: Gestión de Procesos en la UCA (2007)

2.2.1.8 Estudio de tiempos

El estudio de tiempos es de las herramientas más importante y útil cuando de realizar mediciones del trabajo se trata.

Mediante el estudio de tiempos y movimientos se determinan los tiempos estándar de cada operación que compone un proceso, así como también se observa los movimientos que ejecuta el trabajador para realizar la actividad, por medio de ésta técnica se analizan los movimientos y puede determinarse la existencia de movimientos innecesarios que aumentan el tiempo de ejecución de la operación lo que genera atrasos. Es importante considerar las condiciones ambientales, debido a que éstas presentan influencia en el desempeño del trabajador, por tanto se recomienda mantener agradables condiciones para reducir la fatiga.

Para la toma de tiempos es indispensable contar con un cronómetro y una tabla para realizar las anotaciones u observaciones (Salazar, 2016)

2.2.1.9 Matriz de Riesgos

Se refiere a una herramienta sencilla pero sumamente eficaz que permite identificar los riesgos más significativos de las actividades de una empresa, tanto de procesos como de fabricación de productos o puesta en marcha de servicios. Por lo tanto, es un instrumento válido para mejorar el control de riesgos y la seguridad de una organización. La matriz de riesgos debe ser flexible y sencilla de elaborar y comprender. (Rimac, 2015)

Mediante la aplicación de éste instrumento se puede realizar un diagnóstico objetivo y general de la empresa sin importar el tamaño de la organización o el sector al cual se dirige su actividad. Por medio de la matriz de riesgo es posible evaluar la efectividad de la gestión de los riesgos, tanto financieros como operativos y estratégicos, que están impactando en los objetivos de una organización.

El primer paso es identificar los riesgos, lo cual consiste en determinar las actividades principales y los riesgos asociados a éstas.

Seguidamente se establece la probabilidad de que el riesgo ocurra, así como el impacto del mismo, es decir, se trata de asignarle un valor al riesgo y al impacto. Los riesgos pueden ser valorados tanto cualitativos como cuantitativos con el fin de obtener una base para la toma de decisiones.

Posterior se debe presentar la matriz de riesgos, que consiste en una tabla con poca complejidad en la que se muestra los riesgos, la probabilidad de ocurrencia, gravedad y las acciones o controles a aplicar. (Peña, 2015)

Al finalizar se calcula la probabilidad versus el impacto del riesgo, dicha combinación genera un valor, el cual se categoriza de acuerdo a su gravedad tal como lo indica la Figura 15.





LEYENDA						
		GRAVEDAD (IMPACTO)				
		MUY BAJO 1	BAJO 2	MEDIO 3	ALTO 4	MUY ALTO 5
APARICIÓN (probabilidad)	MUY ALTA 5	5	10	15	20	25
	ALTA 4	4	8	12	16	20
	MEDIA 3	3	6	9	12	15
	BAJA 2	2	4	6	8	12
	MUY BAJA 1	1	2	3	4	5
	Riesgo muy grave. Requiere medidas preventivas urgentes. No se debe iniciar el proyecto sin la aplicación de medidas preventivas urgentes y sin acotar sólidamente					
	Riesgo importante. Medidas preventivas obligatorias. Se deben controlar fuertemente las variables de riesgo durante el proyecto.					
	Riesgo apreciable. Estudiar económicamente si es posible introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo. Si no fuera posible, mantener las variables					
	Riesgo marginal. Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas de partida.					

Figura 15: Tabla de valores de la matriz de riesgos.

Fuente: laboratorio Consultores (2015)

2.2.1.10 Diagramas de flujo

Es una representación gráfica de un proceso, en el cual cada paso del proceso es representado por un símbolo diferente que contiene una pequeña explicación de la parte del proceso. Cada símbolo se encuentra entrelazado con flechas que muestran la dirección del proceso. Esta herramienta facilita la visualización y la

comprensión de cada una de las actividades y la relación que tienen con las demás y es tan versátil que puede ser aplicada a cualquier proceso de fabricación o de gestión ya sea de servicios o bien administrativo. (Barrio, Fraile, & Monzón. 1997).

A continuación en la Figura 16, se detallan los símbolos utilizados en la elaboración de un diagrama de flujo, así como su significado.






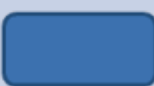
Simbología para diagramas de flujo		
Símbolo	Conector	Descripción
	Actividad o tarea.	Acción llevada a cabo en un proceso, representa cortes, cambios, modificaciones, ensambles; puede tener muchas entradas y una salida.
	Decisión	Sirve para indicar puntos donde se toman decisiones: Si, No.
	Demora (no programada)	Retraso no programado de materiales o información; partes o productos; espera.
	Transporte / movimiento	Cualquier acción que desplaza información, objetos o personas.
	Almacenaje / Archivo	Retraso programado de materiales, partes o productos, se quedan en piso, almacén.
	Inicio o final	Para marcar los extremos de un diagrama, podría implicar la actividad de inicio y fin.

Figura 16. Diagrama de flujo de procesos.

Fuente: pymes y calidad (2017)

2.3 MARCO CONCEPTUAL REFERENTE AL IIMPACTO DE UN PROYECTO

2.3.1 Antecedentes históricos de la salud pública

La salud pública como se le conoce, en la actualidad, tiene un poco más de cien años de existencia, sin embargo desde la antigüedad muchas culturas han realizado actividades con el fin de preservar la salud. Tal es el caso de los egipcios, quienes eran considerados el pueblo más higiénico, eso por sus elevadas prácticas de higiene personal, así como conocimientos de fórmulas farmacéuticas y se sabe que construyeron canales de desagüe para las aguas residuales. (Herodoto, 1994)

Otro aporte a la salud se les atribuye a los indostaníes, los cuales fueron los precursores de la cirugía cosmética, y de la creación de programas en salud pública, que para su época tomaban en cuenta la alimentación, sexualidad, descanso y trabajo como aspectos básicos de la salud. (Sanabria, 2012)

Para los griegos, no solamente se enfocaba en el aspecto curativo, sino a la preservación de la salud, la cual era la tarea más importante a lograr a través de la higiene. Ellos percibían la salud pública como el balance entre varios factores, por ello tomaron en cuenta la nutrición, el ejercicio y el descanso, aunque esto representaba diferencias significativas entre las clases sociales.

Cabe mencionar el aporte de los romanos, los cuales incluyeron los riesgos ocupacionales como factores de peso en las enfermedades. Crearon los primeros

hospitales públicos. Se les reconoce el interés por la construcción de acueductos y baños públicos con el objeto de combatir prácticas antihigiénicas. (Blanco & Maya, 2005)

A mediados del siglo XVII, inician las investigaciones sobre la relación que existe entre pobreza y enfermedad; y se concluye de que la salud de la población depende fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas y de la higiene, debido a dichas conclusiones se establecieron por primera vez los principios de la salud pública, lo cuales se basan en luchar contra las enfermedades endémicas de la época mediante medidas de saneamiento, inspección y legislación. A su vez, a mediados del siglo XIX aparece «La Era Bacteriológica de la Salud pública» denominada así por los avances en el conocimiento de la epidemiología y las enfermedades transmisibles que eran predominantes de la época. (Castilla, 2006)

A inicios del siglo XX, se definen las bases de la salud pública moderna. Cuyo fundamento es impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo de la comunidad para la limpieza del medio ambiente, controlar las enfermedades, brindar educación sanitaria, organizar los servicios médicos y desarrollar elementos que aseguren a las personas y a la comunidad un nivel de vida más adecuado para la conservación de la salud.

A mediados del siglo XX se da un avance en la medicina con la creación de los servicios nacionales de salud y seguridad social. Es en este momento que se

incorporan los conceptos de restauración y recuperación en salud al concepto de salud pública. (Sanabria, 2012)

Así se llega a la definición actual de salud pública.

2.3.2 Concepto de salud pública

Al referirse a sistemas de salud, se debe entender que éste comprende todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que nacen las iniciativas con el fin de mejorar la salud.

A inicios del siglo xx se dan las primeras definiciones de salud pública. La más completa y de mayor importancia es la desarrollada por Winslow citado por Gil (2001): “La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”

Es decir, que para el autor es un conjunto de actividades en conjunto que debe desarrollar un grupo y unir esfuerzos para lograr niveles aceptables de salud, además que debe estar acompañado de una educación e información que permita la comprensión de la importancia de la mantener y promover la salud pública.

Más adelante surge otra definición de la salud pública, la cual es promulgada por Tulchinsky y Varavikova citado por Gil (2001): “La nueva salud pública es un enfoque multidisciplinario para proteger y promover el estatus de salud de los individuos y de la sociedad mediante la provisión equilibrada a la población de servicios de control sanitario del medio ambiente y de promoción de la salud de

forma coordinada con servicios curativos de rehabilitación y de cuidados a largo término”

En definitiva, se puede concluir que la salud pública es un compromiso de mantener a las personas bajo protección y control de enfermedades, enfocándose principalmente en alargar la vida y que las comunidades tengan mejores condiciones de salud y con la atención requerida y necesaria. (Ross, Zeballos & Infante, 2000)

Cuando se habla del tema de salud pública, el principal responsable del manejo del sistema de salud de un país es el gobierno, así como también el grado de responsabilidad recae en los ministerios y entidades sanitarias encargadas de velar por esta condición. Sin embargo, la responsabilidad no solamente incurre en las entidades gubernamentales, sino también en las comunidades, ya que para tener una buena salud se debe realizar esfuerzos por mantener el ambiente libre de contaminantes, acatar la información que se les brinda por parte de las entidades del gobierno, eliminar fuente potenciales de generación de enfermedades, o bien, minimizar contagios negligentes, entre otras, y en esas acciones es donde pueden colaborar los habitantes, para trabajar en conjunto con las entidades responsables de la salud en el país. (Sojo, 1998)

Al ser la salud pública y la atención primaria un tema de importancia por parte de los gobiernos y los personeros de salud, tanto a nivel nacional como internacional para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, es que en 1978 se lleva a cabo La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de

Salud, en Alma-Ata, tomando en consideración la urgencia y necesidad de lo anterior, en un documental (OPS,2012) se establece la siguiente una declaración de 10 acuerdos, los cuales se describen brevemente a continuación.

I: Se establece que la salud no es la ausencia de enfermedades, sino también es un bienestar físico, mental y social, y que corresponde a un derecho humano fundamental, el cual se logra con el aporte de muchos sectores que se deben involucrar.

II: La desigualdad en las condiciones de salud en que vive la población de cada país, así como también entre los países en desarrollo y los desarrollados, representa como motivo de preocupación a las autoridades sanitarias.

III: La promoción y protección de la salud es indispensable para mejorar la calidad de la vida de los habitantes.

IV: El derecho de participar activamente en la planificación y aplicación de la atención de salud de los habitantes.

V: Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

VI: La atención primaria de salud es esencial, apoyada en tecnologías y que se encuentre al alcance de las comunidades mediante participación y a un costo que se pueda cubrir. La atención primaria es una parte integral del sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad.

VII: La atención primaria de salud: es el resultado de las condiciones socioeconómicas y políticas de un país, se basa en resultados de investigaciones sociales, biomédicas y en la experiencia en materia de salud pública. Se enfoca hacia los problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación precisos para solventar esos problemas. Involucra al gobierno, sector sanitario y toda la comunidad para la lucha hacia la mejora en las condiciones de salud de la población.

VIII: Se debe establecer políticas, estrategias y planes de acción por parte de los gobiernos para iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.

IX: Se requiere la participación y cooperación internacional para garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países.

X: Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares.

2.3.3 Funciones de la Salud pública

Las Funciones de Salud Pública se han definido como las condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes tomadas tiene que ver con la necesidad de implementar el uso de los

indicadores y estándares para la medición de las funciones de manera de fortalecer la práctica de la salud mediante el aumento de las capacidades de la institución, las cuales son necesarias para su servicio en general. Si las funciones son definidas convenientemente de forma tal que se incluyan todas las acciones requeridas para la buena práctica de la salud pública, su operación estará asegurada en cada área de trabajo de la salud pública. (Ross *et al.*, 2000)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) en su publicación la salud pública en las américas, ha definido algunas funciones principales como un conjunto de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan esenciales para llegar al objetivo de la salud pública el cual es básicamente mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población por medio de acciones en conjunto. Dichas funciones se detallan a continuación:

“Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud”. Hace énfasis en el análisis de la situación de la salud del país y de sus factores más importantes, presta atención en la evaluación de los riesgos de servicios de salud y la demanda de los mismos.

“Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud”: Se refiere al desarrollo de investigaciones, vigilancia y control de nuevas enfermedades o epidemias, exposiciones a sustancias tóxicas o cualquier factor ambiental que afecte la salud de la población.

“Promoción de la salud”: Sugiere a la población algunos cambios en los hábitos de vida y del entorno para promover el desarrollo de la salud. Brindar educación y comunicación a la población para inculcar estilos de vida saludables.

“Participación de los ciudadanos en la salud”: Indica realizar esfuerzos para que la población participe activamente en los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, para mejorar las condiciones de salud y promover ambientes saludables.

“Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública”: Se basa en el diseño políticas en materia de salud pública y planificación para desarrollo, ejecución y evaluación de decisiones enfocadas a resolver los problemas de salud de la población.

“Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública”: Implica proteger a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud, además de llevar a cabo todas las actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma correcta.

“Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”: Se refiere a brindar de forma igualitaria, los servicios de salud requeridos a cualquier paciente sin hacer distinción, mediante coordinación entre los entes gubernamentales y privados.

“Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”: Indica que se debe buscar al candidato que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud, que cuente con la formación necesaria para identificar los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.

“Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. Se refiere a la elaboración de normas que indiquen los requisitos que deben tener los sistemas para la mejora en la calidad, la creación de indicadores como mecanismo de control y evaluación y apostar por la mejora continua en la calidad de los servicios.

“Investigación en Salud Pública”: Propone una investigación constante enfocada en aumentar los conocimientos en materia de salud y el desarrollo de soluciones ante problemas que impacten la salud de la población.

“Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud”: Hace mención a desarrollar e implementar acciones preventivas que minimicen el impacto de los posibles desastres sobre la salud pública.

Dado que el principal objetivo es promover la salud pública, se debe hacer mención acerca de que las funciones que se han descrito, corresponden a las herramientas principales para el adecuado y progreso en la mejora de la Salud Pública. (Sáenz, Acosta, Muiser & Bermúdez, 2011). Adicionalmente cabe mencionar que estas funciones y actividad pueden recibir mejoras en el futuro y guiarse según sus prioridades y con una mejor adaptación de acuerdo a los requerimientos propios de la época, es decir para combatir enfermedades futuras.

2.3.4 La Calidad en la salud pública

En los servicios de atención médica, la calidad es un atributo fundamental para lograr los objetivos de salud y el futuro sostenible del sistema de salud. En

cualquier servicio la calidad tiene el primer lugar en cuanto a competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Por ello, la evaluación de las competencias a través de su desempeño laboral es la actividad fundamental para garantizar la calidad y la búsqueda de la excelencia de dichos servicios. Si no existe una evaluación del desempeño, científicamente basada en la estandarización o norma como eje de comparación, todo análisis de la calidad es totalmente subjetivo. (Salas, Díaz & Pérez 2013)

Se debe trabajar en inculcar y fortalecer el compromiso y sentido de pertenencia de los trabajadores de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como también las que brindan colaboración a éstas, para que en conjunto se logre la mejora en la calidad en los servicios de salud. (Forrellat, 2014)

2.3.5 La Gestión de la Calidad en la salud pública

Cando se habla de gestión, es importante indicar a los colaboradores, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino del por qué y para qué fue creada, qué busca y cuál es su objeto. Es fundamental trabajar en un equipo que involucre a todos los que conforman la fuerza laboral, desde auxiliares hasta profesionales, y trabajar con una organización que esté dispuesta a la unión entre servicios para mejorar la atención al paciente. Es de suma importancia que los empleados sientan la responsabilidad sobre los propios resultados y que se comprometan con ellos, que formen parte de la iniciativa y se involucren en la mejora continua en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se obtendrán mejores resultados. (Sanabria, 2012)

La implementación de un sistema de gestión de la calidad no es una tarea sencilla, ya que requiere del cambio cultural en la organización y en cada uno de los colaboradores, puede presentarse resistencia al cambio, negatividad o cualquier otro factor que genere inconformidad a los trabajadores, sin embargo para combatir lo anteriormente mencionado, es muy importante contar con la comunicación y la información necesaria y adecuada para minimizar errores, tener datos claros y certeros. Es muy importante contar con el personal capacitado o idóneo y sobre todo que esté comprometido con la implementación. (Medina & Sotomayor, 2013)

Existen algunos aspectos a considerar ante un cambio cultural dentro de la organización, máxime si se trata de un centro de salud en el cual los conceptos de calidad quizá no sean el fuerte de los colaboradores.

Lo primero que se debe reconocer es que el personal apenas está teniendo contacto con el concepto de calidad, para qué sirve y cuál es su finalidad. Otro aspecto que se debe poner en perspectiva son los beneficios que trae a la organización la aplicación de la calidad en el trabajo diario, como la disminución en la probabilidad de errores y aumento en la seguridad de los pacientes al obtener más eficiencia y satisfacción en el servicio. Asimismo, mejorando el trato tendremos más beneficios personales en nuestra área laboral, ya que no solamente mejora en servicio para los usuarios, sino también hacia los propios compañeros de trabajo, con lo que se logra un ambiente laboral más acogedor. (Urroz & Allen, 2004)

De acuerdo con la Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia (Forrellat, 2014) existen algunos aspectos a tomar en consideración para lograr el cambio cultural como son los siguientes:

“La calidad con enfoque en el paciente”: esta frase se refiere a que se debe tener en consideración las necesidades de los usuarios o pacientes, así como las de los integrantes de la familia, es decir, se busca el bienestar de las personas.

“Enfoque en la mejora de procesos”: plantea que se puede realizar mejoras en los procesos conociendo las necesidades de los pacientes y de que la población en general, dependiendo de cuales sean sus requerimientos, al ser los procesos o pasos efectuados por más de un colaborador, se necesita la participación y compromiso de cada uno de ellos para entender las oportunidades de mejora.

“La mejora continua siempre como meta”: indica que los logros se deben estar revisando de manera que permitan continuar trabajando de la manera correcta o modificar con el tiempo algún aspecto que se esté haciendo de manera incorrecta, así también es importante el uso y revisión de indicadores los cuales ayudan a visualizar los avances en la satisfacción en la atención.

“Reconocimiento de los éxitos para consolidar”. Es muy importante que a las personas se les reconozca la labor que llevan a cabo cuando lo realizan de manera exitosa, promover la participación del grupo, resaltar las acciones destacadas y dar a conocer públicamente la identidad del colaborador.

Al trabajar para mejorar la satisfacción del cliente, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y minimizar los errores, trabajar en equipo, involucrar a todos, compromiso con una organización que avanza hacia los cambios que el sistema necesita, son la esencia de la cultura de calidad.

2.4 ANTECEDENTES DE TEORÍAS O PROYECTOS: RESULTADOS DE EXPERIENCIAS ANTERIORES, SIMILITUDES O DIFERENCIAS

2.4.1 Sector Salud de Costa Rica

Durante los años 80 el país atraviesa una crisis económica que impacta fuertemente los sectores de desarrollo y con ellos a la salud de la población, durante los años siguientes se efectúa una revisión a profundidad para establecer los lineamientos en el sector salud. (Sojo, 1998)

El sistema de servicios de salud lo conforman las siguientes entidades:

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que se encarga del aseguramiento de la salud pública, que involucra la atención médica a las personas, prestaciones monetarias y prestaciones sociales.

Instituto Nacional de Seguros (INS), se encarga de la cobertura de riesgos y accidentes laborales, así como de los accidentes de tránsito.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), su función es abastecer y regular la provisión del agua de consumo humano y velar por que no haya afectación por aguas residuales.

Ministerio de Salud (MS), que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial.

Durante el año de 1989 se da un decreto que incorpora al sistema de salud a la Universidad de Costa Rica y a los gobiernos municipales.

La institución que es encargada de brindar servicios públicos de salud a toda la población costarricense es la CCSS, el suministro de los servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención. (Sáenz *et al.* 2011)

En el primer nivel de atención, se ofrece servicios a toda la población, se lleva a cabo en centros de salud y/o clínicas, la cuales en su mayoría cuentan con grupos de atención integral o EBAIS, en éste primer nivel se ofrece servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, los que se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y en la consulta externa de los establecimientos de salud. Los servicios se agrupan en dos categorías: 1) programas de atención integral que incluyen prevención y promoción, de acuerdo a diferentes grupos de edad y tomando en cuenta necesidades de género y 2) atención de la demanda por morbilidad prevalente. Ambos tipos de servicios se proporcionan a través de la consulta externa del primer nivel y de los servicios de urgencias de las clínicas y hospitales. Los programas de atención integral fueron definidos a partir del análisis de la situación de salud nacional en el que se identificaron doce necesidades prioritarias. Los programas están dirigidos a la atención de niños, adolescentes,

mujeres, adultos y adultos mayores, está a cargo de las áreas de salud y su cobertura y calidad se evalúan anualmente. (OPS, 2004). Es de importancia mencionar que con el fin de mejorar la atención en áreas escasas de infraestructura, en 1988 se inicia la compra de servicios a organismos no gubernamentales denominados cooperativas de salud. Por los resultados positivos ante esta iniciativa en cuanto a calidad y costo, se logró contar con convenios con cuatro cooperativas y una fundación de la Universidad de Costa Rica.

En el segundo nivel se da apoyo a los servicios del primer nivel de atención se brindan servicios de consulta especializada como internamiento, cirugías de especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, y obstetricia, adicionalmente también se atienden especialidades medicoquirúrgicas de gran demanda poblacional como oftalmología, dermatología y urología. El segundo nivel está conformado por 8 clínicas mayores, 14 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales.

Por su parte, el tercer nivel provee atención especializada así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, dicha atención se realiza a través de los hospitales nacionales generales y hospitales nacionales especializados.

En algunos casos la calidad y costos de los servicios contratados a entidades privadas han sido cuestionados; sin embargo mediante negociaciones realizadas se ha llegado a convenios para mejoras en la calidad y cobertura, ya que al ser la atención de salud un requisito indispensable para la CCSS, se debe hacer un esfuerzo para lograr llegar hasta las comunidades aledañas que requieran el servicio.

Se debe señalar que los servicios privados de salud, se encuentran en constante crecimiento y cuenta con instalaciones que van desde consultorios hasta grandes hospitales. En el país se han dado opiniones a favor de ese crecimiento, debido a la demanda de estos servicios por usuarios de diferentes sectores, la compra de servicios privados por parte de instituciones públicas y la poca oferta de algunos servicios por parte del subsector público.

Otro aspecto a tomar en consideración es que en el mercado local ha incrementado la oferta de medicina prepago, que es vendido por empresas aseguradoras privadas, lo que ha provocado que muchas personas se inclinen por esta modalidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2004)

El Sistema de Servicios de Salud asegura que se brinden los servicios a todo habitante debido a esto es que las organizaciones que lo conforman realizan esfuerzos para garantizar que cualquier paciente reciba la atención apropiada y el tratamiento necesario ante cualquier enfermedad.

A lo largo de los años en Costa Rica se ha llevado a cabo esfuerzos importantes por mejorar la atención en los servicios de salud. Esto por la forma en que el modelo de salud debe mejorar continuamente los métodos de atención a los pacientes y de las comunidades en general.

Aunque al parecer de muchos la calidad constituye un atributo infaltable en lo que a la prestación de servicios se refiere, no siempre se encuentra presente en la atención médica, es por ese motivo que los servicios de salud deben gestionarse de manera apropiada y así garantizar la igualdad y eficacia de los procesos para obtener objetivos de satisfacción por parte de los usuarios. (Salas *et al*, 2013)

Aproximadamente en el año de 1997, la CCSS desarrolla un plan de acción e inicia la aplicación de los “compromisos de gestión” en todas las entidades de salud, para lograr mejorar la calidad de los servicios de salud, procurar una adecuada asignación de recursos y una mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud y del personal. Según algunos estudios realizados para el sector salud, el proceso de reforma empieza en 1997 con la iniciativa y aplicación de los compromisos de gestión, debido a que ésta medida simbolizó un cambio fundamental en la operatividad del Sector Salud. (OPS. 2009)

Mediante el programa de mejora continua, la CCSS realiza el seguimiento de los indicadores de calidad establecidos en los Compromisos de Gestión. Durante 2004 y 2005 se llevaron a cabo evaluaciones que involucraba a los EBAIS. Según los resultados obtenidos, los EBAIS del país cuentan con buenos niveles de atención de las personas, sin embargo hay aspectos que se pueden mejorar, para ello es importante reforzar los niveles de calidad en los servicios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 presentó una resolución en su 55ª Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en Octubre de 2004, lanzó la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, del cual las entidades de salud han participado muy de cerca en esta decisión y debido a ello se le ha reconocido designándola como país piloto para varios de los proyectos. (OPS, 2009)

Se estima que pese al esfuerzo realizado por el ministerio de Salud y la CCSS, alguna de la información recibida por parte de hospitales y entes privados que venden servicios de salud, presenta sesgo, ya que no concuerda con datos enviados anteriormente o la información está desactualizada. Esto exige un

cambio radical en la gestión para que mejoren sus servicios administrativos para así presentar mediciones que reflejan la realidad de los establecimientos.

Como bien se sabe la reforma del Sector Salud en el país es un proceso que aún continúa en movimiento. No obstante, sí se evidencia un cambio significativo en la forma de funcionamiento de las dos principales instituciones de salud (Ministerio de Salud y CCSS). Algunos de los cambios que más sobresalen son: el cambio en la lógica de gestión de los establecimientos de salud, a partir de la adopción de los compromisos de gestión; la creciente contratación de servicios médicos por medio de terceros; los cambios en el ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud; el fortalecimiento del primer nivel de atención, mediante la puesta en funcionamiento de los Ebáis. (Urroz & Allen, 2004)

2.4.2 La organización del sistema de salud

En Costa Rica el sistema de salud está organizado y dirigido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), cuyo financiamiento se realiza mediante el pago de un seguro obligatorio por parte de los trabajadores activos (asalariados e independientes) y los pensionados; a quienes se les brinda el beneficio de la atención médica así como el de sus familiares directos (se refiere al cónyuge, los padres, los hijos menores de 18 años o menores de 25 años si están estudiando), asimismo dicho seguro también cubre a todas aquellas personas que viven bajo el nivel de pobreza, en cuyo caso el costo de atención lo cubre el Estado. Para el caso de las personas que no se encuentran aseguradas, pero se demuestra que no viven bajo el nivel de pobreza, también tienen acceso a los servicios de salud,

solamente que deben asumir el costo del servicio que reciben, es decir, deben pagar el costo de la atención recibida. (Rodríguez & Bustelo 2008)

2.4.3 El sistema de Salud Privado en el país

El sistema de salud está organizado y administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la institución responsable de administrarlo en todas sus dimensiones. El seguro se complementa con los seguros riesgos profesionales y accidentes de tránsito, que son producidos y administrados por el Instituto Nacional de Seguros, que es la segunda institución que financia, contrata y presta servicios de salud en el país. El sector privado, que es relativamente pequeño, ha venido creciendo en los últimos años; sus servicios se concentran principalmente en la atención ambulatoria y en la comercialización de productos farmacéuticos. Finalmente, la rectoría y la regulación del sistema ha sido asignada al Ministerio de Salud, que se encuentra en las primeras etapas del desarrollo de esta misión. (Herrero & Durán 2001)

2.4.4 El Estado de la Atención Médica en Costa Rica

Como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, Costa Rica tiene un sistema de salud socializado, es decir, que toda la población tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por seguro por el estado, por beneficio familiar o por asegurado directo. Lo que ha permitido al país a elevar sus niveles de salud y ubicarse dentro de los países con mejor nivel de atención de América Latina, e incluso comparar

sus servicios de salud con países de Europa. Los costarricenses pueden acceder a tratamiento médico en cualquiera de los hospitales del estado que ofrecen servicios más sofisticados y con los mejores equipos que pueden encontrarse en la región.

Sin embargo, además de los hospitales operados por el estado, existen hospitales y clínicas de gestión privada, ofrecen excelentes servicios que pueden considerarse comparables a los que puede encontrar en los Estados Unidos, lo que permiten a muchas estadounidenses permanecer en Costa Rica y disfrutar de la alta calidad de la atención médica, mientras que sólo se paga una fracción del costo que tiene en su país. Álvarez, J. Bolaños Madrigal, I. Tellie, G. (2017)

Cabe mencionar que los servicios que ofrecen las clínicas y hospitales son de excelente calidad y que algunos de ellos cuentan con certificaciones internacionales que homologa los servicios de calidad hospitalaria, cuidado de pacientes y gerencia organizacional, dicha certificación la otorga un organismo no gubernamental la *Joint Commission International Accreditation*, que supervisa los servicios de los hospitales de Estados Unidos.

2.4.5 Análisis de otras experiencias en Sistemas de Gestión de Calidad en el Sector Salud

Debido a que la salud es un tema de suma importancia, a lo largo de los años el país ha enfocado esfuerzos en mejorar los procesos y la calidad de los servicios. Mediante la investigación en diferentes entidades se encuentra que existen certificaciones por parte del Ente Costarricense de Acreditación (ECA, 2017) en la norma INTE- ISO 15189:2014 para los laboratorios clínicos de la Universidad de

Costa Rica y el de la Clínica Bíblica en el año 2012, para el del laboratorio clínico de Coopesalud. R.L. en Desamparados desde el año 2013 y Laboratorio Clínico Referencia desde el año 2014.

Por parte de los trabajos de la Universidad de Costa Rica se encuentra que existen tesis de graduación en las cuales se aborda el tema de propuestas de SGC, las cuales se llevan a cabo eligiendo un departamento para el desarrollo del sistema (SIBDI, 2017). Así mismo en el Instituto Tecnológico de Costa Rica se realiza la búsqueda y se encuentra que existen algunos estudios realizados en el tema de sistemas de gestión de calidad, de igual manera que lo mencionado anteriormente, se enfocan en un departamento específico (SIBITEC, 2017)

De acuerdo con la consulta en la base de datos del Instituto de Normas Técnica de Costa Rica, no existen registros de alguna certificación en la norma INTE-ISO 9001:2015 o versiones anteriores para clínicas de salud (Inteco, 2017)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA

La metodología que se utiliza para definir el problema se enfoca principalmente en determinar aquellos elementos que generan deficiencias en la prestación de los servicios que la cooperativa brinda, debido a que su enfoque es brindar un servicio de salud eficiente, se debe realizar una lluvia de ideas la cual surge de reuniones que se llevan a cabo con la Dirección Médica y la Gerencia en la cual se describen factores que impactan la prestación del servicio, seguidamente se debe analizar las causas encontradas mediante la ayuda de un diagrama causa efecto en el cual se identifican los factores de acuerdo a su categoría principal para determinar la causa raíz.

Otro método a utilizar es la observación en los departamentos para identificar los procesos involucrados y poder conocer a profundidad la situación actual de la organización, seguidamente se debe realizar las entrevistas con los colaboradores para la comprensión de los procesos y recopilar la información para el desarrollo del proyecto a desarrollar.

3.2 METODOLOGÍA PARA LA PROPUESTA DE MEJORA, CONSTRUCCIÓN O IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO

3.2.1 Análisis de la Situación Actual: Debe iniciarse por conocer la situación actual de la organización para planear el desarrollo del sistema de gestión, este

análisis se realiza para tener un punto de partida, y planear hacia donde se desea llegar.

Se realizan entrevistas con la Gerencia General, Dirección Médica, las Jefaturas y personal de los departamentos involucrados en el SGC.

Se realiza observación en las áreas por parte del encargado de desarrollar el proyecto.

3.2.2 Mapeo de Procesos: Establecer y registrar los procesos actuales para tener una mejor visión de estos, son analizados para luego modificados y adaptados a las mejores prácticas para el bien de la organización. Los procesos ayudan a tener una visión clara de lo que se debe hacer para establecer sistemas, controles e indicadores de calidad.

Se realiza un análisis de los departamentos con sus respectivos procesos, para luego proceder con la recopilación de la información para el desarrollo de los procedimientos. De acuerdo a la observación de las áreas se realiza el mapeo de procesos el cual se elabora por la persona encargada del desarrollo del SGC.

3.3 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

3.3.1 Documentación de Política y Plan de Calidad: Es documentar el plan y la política. El Plan de Calidad indica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico. La Política de Calidad incluye el objetivo de calidad

principal, el compromiso con el cliente, y de qué manera va a lograrse por medio de una mejora continua.

Se lleva a cabo la revisión de la política de calidad ya que la cooperativa desea mantener la misma que se había elaborado hace un tiempo atrás, así mismo se elaboran los objetivos de calidad. La actividad es llevada a cabo por la persona encargada del diseño del SGC y contando con la ayuda de las Dirección Médica y la Gerencia General.

3.3.2 Elaboración de Procedimientos: La documentación de los procesos y procedimientos se llevan a cabo en esta etapa y es donde vamos a plasmar todo lo que hacemos, como lo hacemos, los alcances y quienes son responsables de cada actividad.

Con base en la información recabada, se procede a elaborar los procedimientos, dicha actividad se realiza con la ayuda de colaboradores que facilitan el acceso a la información y los detalles para la redacción de los procedimientos por parte del encargado de la elaboración de estos.

3.3.3 Elaboración del Manual de Calidad: Es la descripción de la norma ISO 9001 en los procesos de la empresa. Contiene todos los procedimientos documentados de la organización en todos sus niveles. El tamaño de este manual puede diferir, dependiendo de la organización, alcance, productos, complejidad de procesos y competencia del personal.

El Manual de Calidad se elabora a partir de datos obtenidos por parte de los funcionarios de la cooperativa, también de la información recopilada de las entrevistas y las visitas, además contempla la lista de los procedimientos desarrollados así como su respectiva codificación, lo mismo que los formularios

utilizados y los documentos de apoyo. Dicho manual es elaborado por la persona encargada del proyecto.

3.4 METODOLOGÍA PARA LA VERIFICACIÓN, ASEGURAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

3.4.1 Capacitación: Impartir capacitación a los colaboradores sobre el tema ISO 9001 como una herramienta de mejora continua en la empresa y concientizarlos respecto a lo que significa trabajar con un SG.

La capacitación implica involucrar a los colaboradores de la organización, se debe tratar los temas de la calidad, mejora continua, uso de herramientas para lograr el objetivo del SGC. Las personas involucradas en impartir la capacitación son los encargados del proyecto.

3.4.2 Implementación: Una vez creado, desarrollado y estructurado todo lo anterior, se pone en marcha todo el sistema y el personal comienza con el uso de esta herramienta. Lo que antes se hacía de una manera, en esta etapa se deja de hacer como antes, y se comienza con la nueva estructura. Luego se debe realizar la auditoría interna para ver cómo va marchando el SGC, en caso de ser necesario se realiza una revisión del SGC para evaluar los hallazgos y tomar acciones para la mejora del SGC y de la organización.

La implementación involucra poner en marcha toda la documentación elaborada durante el proceso. Las personas involucradas se establece de acuerdo a los involucrados en el proyecto, así como todos los colaboradores ya que se inicia labores bajo el SGC desarrollado.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

De los datos recopilados en las entrevistas y visitas se determina que la clínica de Barva de Heredia, es administrada por una Cooperativa la cual le vende los servicios a la Caja Costarricense del Seguro Social, esto se da mediante la licitación, para poder concursar para la venta de servicios la cooperativa debe formular una propuesta de acuerdo a lo que la CCSS estipula y basado en dicha propuesta es que se adjudica la operación de la cooperativa, es valioso mencionar que dentro de la propuesta se debe tomar en consideración datos estadísticos de años anteriores para poder hacer una propuesta real y que a la vez exceda las expectativas del contrato para obtener el derecho de la administración de la clínica de Barva.

También se sabe que en ocasiones la entidad de salud principal (CCSS) hace cambios en los planes de los contratos, por tanto la cooperativa prevé dichos cambios y se preparan de forma que aumentan sus atenciones a pacientes, a lo que se refiere lo anterior es que si en el contrato la CCSS establece que se debe atender a cuatro pacientes por hora, lo ejecutan de manera correcta, pero la milla extra corresponde a las valoraciones de pacientes.

Durante las visitas realizadas en el proceso de evaluación y análisis, se determina que la cooperativa COOPESIBA, R.L, cuenta con varios procesos como lo son, los procesos operativos, procesos administrativos y procesos de soporte, para apoyar la implementación del SGC es importante realizar un mapeo de procesos

como el que muestra la Figura 17, lo cual permite conocer el entorno y las áreas involucradas en el proceso.

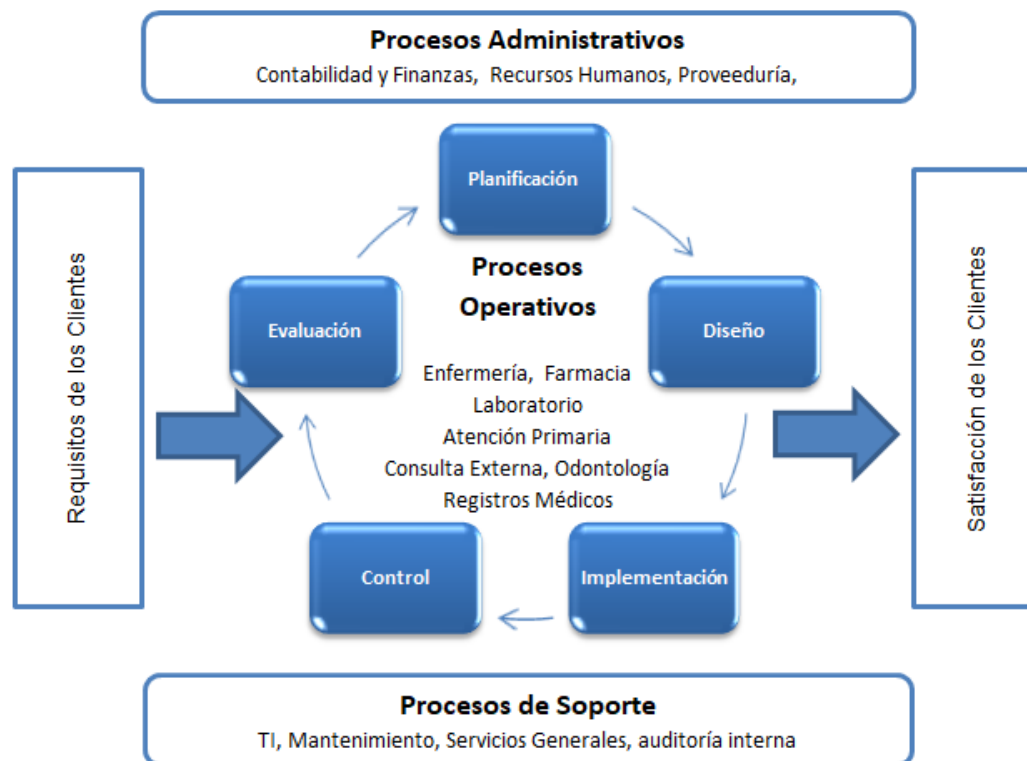


Figura 17. Sistema de Gestión Coopesiba R.L

Fuente: Elaboración Propia. (2017)

Cuando se habla de los procesos operativos se clasifican las actividades realizadas por las áreas de Consulta Externa, Farmacia, Odontología, Registros Médicos, Laboratorio, y Enfermería

En el caso de los procesos administrativos se destacan: Contabilidad y Finanzas, Recursos Humanos y Proveeduría.

Para los procesos de soporte se contemplan los siguientes: TI, Mantenimiento, Servicios Generales y auditoría interna

Se ha identificado que la Cooperativa carece de procedimientos documentados tanto en la parte operativa como en la parte administrativa, por tanto en el momento de realizar entrenamientos de nuevo personal en los métodos para ejecución de tareas, la información se da verbalmente, basado en experiencia del comunicador y no se tiene registro de la actividad.

Por otra parte se ha determinado que los empleados mantienen al día sus cursos y certificaciones de soporte vital tanto el básico como el avanzado impartidos por la SMI, adicionalmente manejan un sistema de priorización de pacientes de acuerdo al estándar que lo brinda la entidad principal que es la CCSS.

A su vez, los servicios de desechos hospitalarios son recolectados por la empresa subcontratada llamada Mediclean y los mismos son procesados por la empresa MPD. La actividad de la limpieza de las instalaciones también es subcontratada y la realiza la empresa Coplin, cabe mencionar que cada una de las empresas subcontratadas que se llevan a cabo alguna actividad específica y las auditorías se realizan por parte de cada una de las empresas y a la cooperativa se le extiende un certificado de cumplimiento.

La organización cuenta con una política de calidad diseñada por ellos hace unos años atrás, así como también tienen estructurados los objetivos de calidad, los cuales se definen de la siguiente manera respectivamente:

“En Coopesiba R.L. nos comprometemos con la excelencia como norma de trabajo, para brindar servicios de salud de la más alta calidad, cumpliendo requisitos y normas de salud, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y mejorando continuamente la eficacia del SGC”

Objetivos de Calidad

- Mejora del Servicio: Disminuir en un 25% la cantidad de quejas tramitadas por las Contraloría de Servicios de la CCSS para el 2011
- Capacitación: Desarrollar un adiestramiento sobre Calidad de 20horas a las Jefaturas de Servicio en el Segundo Semestre del 2011
- Control de costos de calidad: Mantener los costos de inspección y ensayo por debajo del 2% de los costos de prestación de los servicios anuales durante el 2011.
- Satisfacción del usuario: Alcanzar un 90% en la calificación de satisfacción del usuario.

Cabe resaltar que dichos objetivos se encuentran basados en el momento en que se quiso iniciar con el proceso de desarrollo de un SGC el cual no se concretó, por tanto se deben revisar y actualizar los objetivos para que estén más acorde al Sistema que se desear realizar.

La cooperativa se ha dado a la tarea de ir de la mano con los avances de la tecnología, por lo que ahora cuenta con un sistema de solicitud de citas online que

se solicitan mediante internet, citas en ventanilla o citas mediante llamada telefónica. Es de suma importancia mencionar que las citas que se solicitan por cualquiera de los medios indicados, se asignan para 3 días posterior a que el paciente la ha solicitado, dado lo anterior, la cooperativa mantiene un cupo de tres citas diarias las cuales pueden solicitarse en ventanilla el mismo día en caso que el paciente no se encuentre bien de salud. Este tema de mantener tres citas diarias reservadas en la agenda surge como una necesidad que Coopesiba identifica, porque existen personas que no tienen acceso a internet para solicitar su cita y no puede dejarse de atender a los pacientes que no cuentan con las condiciones para obtener citas; sin embargo, el deseo principal de la entidad de salud es que se eliminen las filas en la ventanilla para solicitar citas.

En ocasiones, se da el caso que llegan más de tres personas y los espacios reservados se agotan, por tanto se le da la opción al paciente que pueda ser atendido por valoración o bien que pueda dirigirse a urgencias. En el caso de las tres citas que se reservan diariamente corresponde a un acuerdo pactado entre la CCSS y la cooperativa, por lo que ambas entidades de salud están de acuerdo en los datos establecidos, por lo mencionado anteriormente del deseo que se eliminen las filas.

Durante la compilación de información se comprende también que los médicos tienen una cantidad de pacientes por atender, los cuales son 4 pacientes por hora, lo cual se ha pactado en el contrato, sin embargo cuando un paciente no logra encontrar lugar o bien cita, éste debe ser atendido por valoración (el cual es un recargo de pacientes a la agenda del médico) lo cual implica la atención del

paciente durante algún momento de la consulta, es decir que el médico debe tomarse un tiempo para realizar la atención del paciente que requiere la valoración.

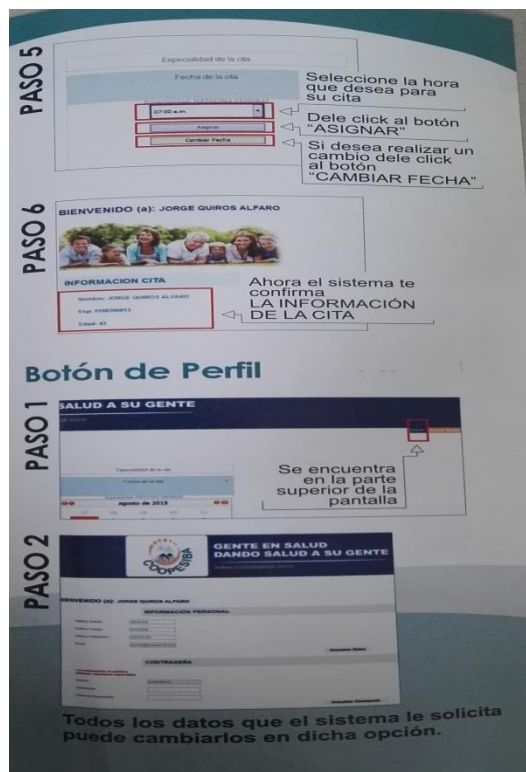
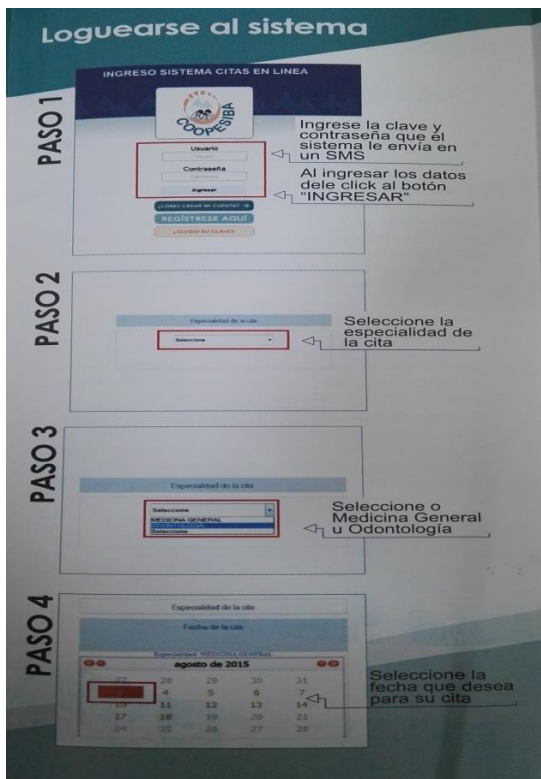
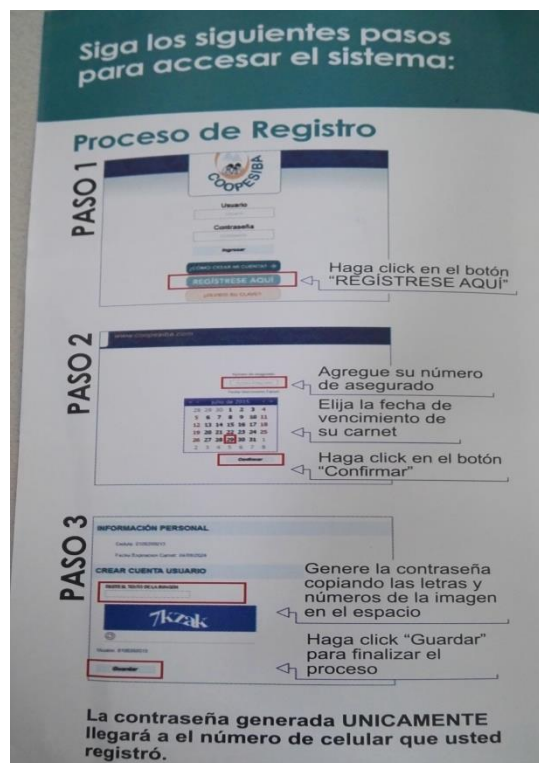
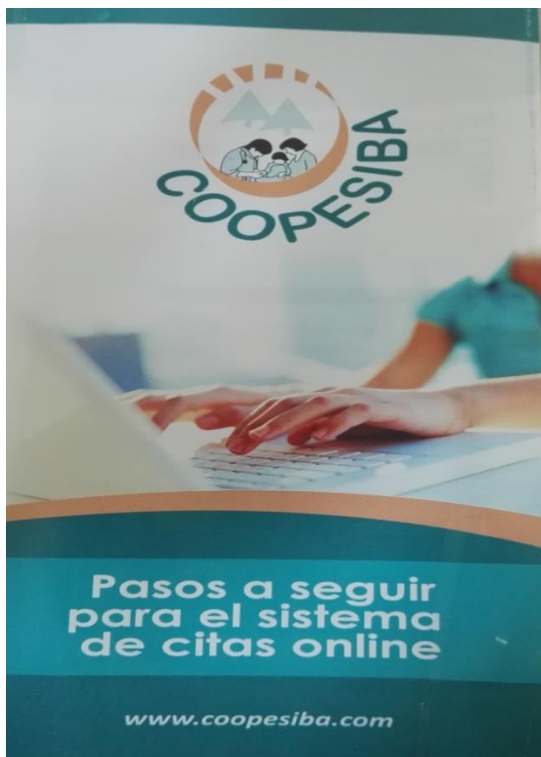
Adicionalmente, se conoce que la cooperativa dentro del contrato que establece con la CCSS, no tiene un tiempo establecido para la entrega de medicamentos en el área de farmacia, sin embargo parte del compromiso que tiene la cooperativa para con los pacientes es entregar los medicamentos en el tiempo menor posible para no hacer esperar al paciente más de una hora

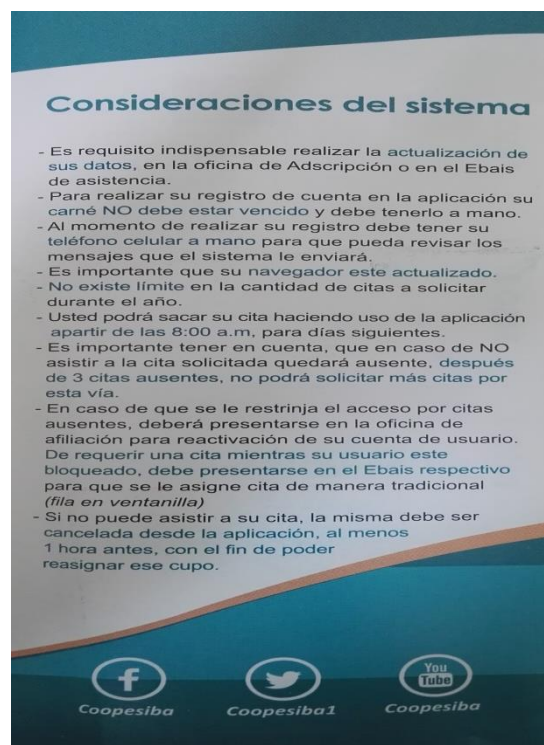
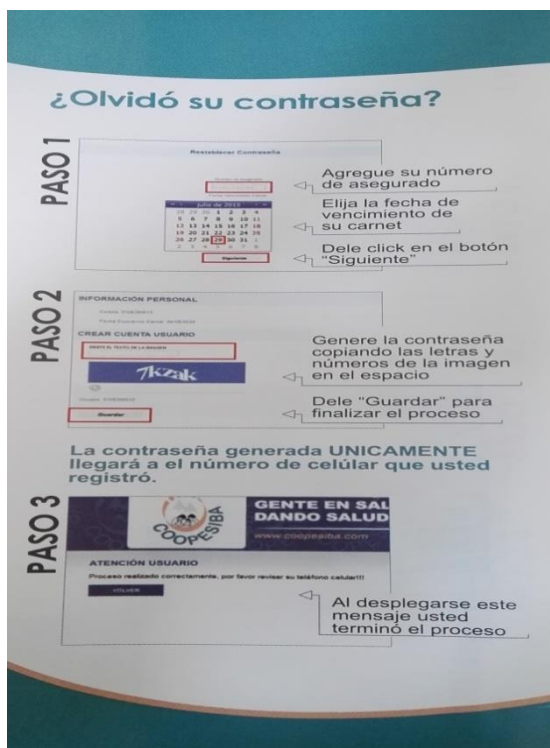
Otro aspecto importante es que la clínica de Barva de Heredia bajo la administración de Coopesiba, R.L. ha desarrollado mejoras en la plataforma de solicitud de citas, como un beneficio a sus pacientes; por tanto, existen tres formas de solicitar la cita, los cuales se detallan a continuación:

1 Citas online

Para las citas mediante internet el paciente debe seguir los siguientes pasos.

- Ingresar a la página www.coopesiba.com
- Para el proceso de Registro debe seguirse los pasos en el folleto que la cooperativa ha creado para facilitar el proceso a los pacientes, el mismo se detalla a continuación e incluye el proceso de Registro, Logueo, Botón de Perfil, olvido de contraseña y otras consideraciones.





Figuras 18, 19, 20, 21, 22, 23. Brochure con indicaciones para la solicitud de Citas

Fuente: COOPESIBA. R. L. (2016)

2 Citas en ventanilla

Las citas en la ventanilla es solamente en caso de que el paciente no haya podido encontrar cita mediante internet, ya que lo deseable es que los pacientes no hagan fila, sino que se aproveche la modalidad de citas online, sin embargo, se reserva tres citas por día en caso de que alguna persona despierte mal y desee ir el mismo día a ser atendido, se realizan de la siguiente manera:

- El paciente llega con los documentos a la ventanilla de solicitud de citas
- El (la) secretario (a) revisa los documentos y la orden patronal en internet para verificar que se encuentre al día.
- Se le indica al paciente la hora de la cita.

- Se agenda la cita de acuerdo a lo que el paciente solicita.
- El paciente se retira con su cita programada, o bien, espera en la sala

3 Citas mediante llamada telefónica

La solicitud de citas mediante llamada telefónica es únicamente para una población exclusiva que corresponde a adultos mayores, personas con discapacidad o niños recién nacidos

El procedimiento para solicitar la cita es el siguiente:

- El paciente debe llamar al número telefónico de la clínica en el cual lo atiende el (la) Secretario (a).
- Al paciente se le consulta su número de identificación
- Se le agenda la cita

Es de importancia resaltar que Coopesiba, R.L, para brindar el servicio a sus pacientes, utiliza las directrices que le indica la Caja Costarricense del Seguro Social, en cuanto a normativas y manuales se refiere, por tanto se ha establecido que cada uno de los pacientes debe presentar su cédula de identidad o pasaporte vigente en el caso de pacientes nacionales o extranjeros, respectivamente, carnét de asegurado directo (o beneficiario familiar) vigente, así como la orden patronal la cual ya se encuentra digitalizada y puede revisarse por medio electrónico.

La entrega de dichos documentos es indispensable y de conocimiento de todos los pacientes, ya que el aviso se realiza mediante perifoneo dentro de la clínica

durante varias veces al día, asimismo existe presencia de información escrita en cada una de las áreas de atención con los requisitos que se solicitan para la atención. En caso de no presentar alguno de los documentos el paciente no puede ser atendido. Si en el momento de la revisión de la orden patronal sale alguna notificación en el sistema, que generalmente es por morosidad del patrono, el paciente debe dirigirse a validación de derechos para que se analice la situación y se le confeccione la factura que va dirigida al patrono.

Existen además asegurados por el estado que son personas que presentan indigencia médica que significa que existen personas que por su condición económica no pueden tener acceso a servicios de salud, por tanto la CCSS tiene una modalidad en la cual las personas de muy escasos recursos pueden solicitar el seguro por el estado y de esta forma los pacientes obtienen el acceso a la atención médica.

También existen leyes que protegen la niñez, si los niños son costarricenses solamente se pasan a la atención, si son extranjeros se envían a validación de derechos para que le emitan un comprobante de que ya se encuentran en el sistema.

Con base en la estructura de las funciones de la cooperativa, la Figura 24 muestra el siguiente flujo de proceso para la atención médica, el cual se describe como proceso ideal.



Figura 24: Diagrama de proceso de la atención médica

Fuente: Elaboración propia (2017)

Cada uno de los pacientes primeramente debe presentarse en registros médicos para verificar la información y revisar si sus documentos se encuentran al día previo a la consulta, luego debe pasar por la enfermería donde es evaluado, ahí se realiza la toma de signos, se pesa y se mide al paciente y se realiza todo el proceso propiamente de enfermería antes que pase a consulta con el médico, al finalizar la consulta el paciente debe acercarse a registros médicos nuevamente para que la secretaria (o) selle sus recetas, boletas de laboratorio, referencias o los exámenes adicionales que le haya enviado el médico al paciente, más adelante cada proceso se detallará cuando se realice el análisis de cada área.

Durante las visitas a las diferentes áreas de la cooperativa, se conversó con los encargados de cada uno de los departamentos, se identificó que tienen una forma de realizar las funciones; sin embargo, no tienen procedimientos escritos que respalden el conocimiento técnico que cada uno posee, por dicho motivo se procede a recolectar la información de la forma en que se llevan a cabo los procesos, los cuales se detallan a continuación, para identificar mejoras en cada uno proceso.

Procesos operativos

Los procesos operativos de la cooperativa se detallan a continuación y cada uno de ellos contiene sus procesos, adicionalmente los colaboradores involucrados en estos procesos son los que se encuentran en contacto con los pacientes, por tanto son de gran importancia e impacto en el desarrollo de las actividades que realiza COOPESIBA, R.L.

1 Enfermería

En el área de enfermería se realizan diferentes actividades como lo son las que se indican en la Figura 25.



Figura 25: Procesos del área de Enfermería

Fuente: Elaboración Propia (2017)

El proceso de Preconsulta corresponde a la etapa previa a tener la consulta con el médico en donde los enfermeros deben tomar signos de los paciente, pesarlos, medirlos y brindar información importante para la promoción de la salud, con el objetivo de que el paciente realice cambios en su estilo de vida que prevenga enfermedades, incluye también una pequeña información sobre alimentación

saludable, entre otras informaciones; la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 1.

La consulta en Enfermería, son consultas que realizan los licenciados en enfermería, los cuales se encuentran capacitados y avalados para ejecutar una consulta, se refieren a consultas preventivas por promoción de la salud.

Dicha actividad se realiza, ya que es un servicio extra que brinda la cooperativa, para realizar una mejor cobertura en el área de atención de la población y de tratar de atender eventos o situaciones en donde los pacientes no logran conseguir cita para una consulta.

Las consultas que brindan los enfermeros (as) corresponden a crecimiento y desarrollo, el cual es donde se atienden los niños, en esta consulta se evalúan factores como el peso, el crecimiento o evolución que va teniendo el niño y dicha consulta se realiza hasta los once años que es el momento en que para la CCSS el niño pasa a ser un adolescente y debe pasar a otro programa, el otro tipo de consulta es la de Adolescente, en la cual se atiende a jóvenes de 12 a 18 años, el programa de atención de adolescentes incluye proyecto de vida, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y otros, el otro tipo de consulta corresponde a la del Papanicolaou, en la cual se le realiza el examen a las mujeres sin necesidad de que tengan que solicitar cita con el médico, ya que la consulta la realizan los enfermeros (as). La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 2.

La Posconsulta es la que se realiza una vez que el paciente ha terminado la consulta con el médico, en éste proceso los enfermeros colocan inyecciones, colocan mascarillas en caso de que el paciente presente algún síntoma de problema respiratorio, realizan glicemias, o alguna sutura, etc. Los enfermeros brindan la información del procedimiento por realizar tanto al paciente como a la familia, también expresan los cuidados por tener. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 3.

2 Atención primaria

El área de atención primaria se encarga de realizar los siguientes procesos visitas domiciliarias, vigilancia epidemiológica, el trabajo escolar, balances y tabulación de la información. Ver Figura 26



Figura 26: Procesos del área de Atención Primaria

Fuente: Elaboración propia (2017)

Las visitas domiciliarias es una visita a los hogares de la comunidad para mantener la población censada, obtener información importante del núcleo familiar, identificar casos de violencia en cualquier miembro de la familia, detectar

la existencia de personas en riesgo por carencia de medicamento, encontrar casos de mujeres embarazadas sin control prenatal, etc., para lograr la efectividad de las visitas el técnico de atención primaria lleva información, la cual la entrega a la familia, el trabajo de visitas domiciliarias o realizan casa por casa recopilando información, en caso de que no se logre encontrar a las familias, las visitas se programan para realizar un día sábado. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 4.

La Vigilancia Epidemiológica se realiza cada vez que exista sospecha de riesgo por alguna epidemia, para tal caso el médico que atiende el caso envía una alerta al centro de salud en donde los personeros encargados deben disponer al equipo para que realice la investigación de lo acontecido, para ello se realiza una inspección de la zona donde se reporta el evento y se hace de conocimiento público a los vecinos de la zona de la situación que se está presentando, para que se extremen las medidas de higiene. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 5.

Trabajo Escolar, es una actividad que se realiza una vez al año en todas las escuelas públicas y privadas del cantón por disposición de la CCSS, para mantener coberturas de la salud de los niños durante la etapa escolar, también para determinar la presencia de síntomas de violencia o abuso, detectar niños con sobrepeso o bajo peso, con problemas respiratorios y en algunos casos detectar anemias. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 6.

En los Balances lo que se realiza es compilar toda la información obtenida durante las visitas domiciliarias con el fin de conocer estadísticamente los datos de la población del cantón de Barva, para tal efecto los técnicos realizan sus resúmenes por zona y el jefe realiza el consolidado general con todos los resúmenes recibidos. En el Apéndice 7 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente.

3 Registros Médicos

Las actividades que se llevan a cabo en REMES son las siguientes de acuerdo a la Figura 27: Adscripción, Agendamiento y Citas, Archivo, Servicio al Paciente y Estadísticas generales del área de salud.

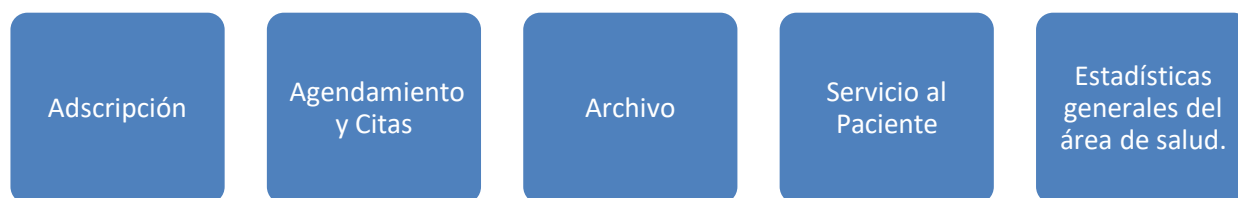


Figura 27: Procesos que se realizan en el departamento de Registros Médicos

Fuente: Elaboración propia (2017)

El proceso de adscripción es cuando el paciente que se presenta por primera vez a ser atendido en el centro de salud, por lo que debe realizar la afiliación al servicio de salud y así tener su carnet de asegurado.

La modalidad de aseguramiento y los requisitos se definen de acuerdo al tipo de beneficio con el cual la persona cuente o solicite, es decir, si la persona es asegurado directo no requiere llenar ningún formulario, para los demás casos de beneficio se requiere el llenado de un formulario, los requisitos se establecen el reglamento de la CCSS. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 8.

En caso del Agendamiento y Solicitud de Citas, Las citas se obtienen mediante el servicio en línea, ventanilla o llamada telefónica (para las poblaciones de adulto mayor, personas con discapacidad, mujeres embarazadas).

En el archivo se mantienen almacenados los expedientes físicos que contienen todo el record de citas del paciente antes del 2008 que fue el momento en que se inicia con el uso del expediente digital en COOPESIBA, R.L, cuando el paciente tiene exámenes en papel que deben ser revisados por el médico en la consulta o cuando se debe verificar antecedentes de síntomas de enfermedad, en esos casos es cuando se solicita el expediente en archivo. En el Apéndice 9 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente

El encargado de REMES se encuentra presente durante todo el proceso ya que es el responsable de recibir al paciente, de verificar su cita, así como sus datos personales y la validez de sus documentos. También se encarga de atender al paciente luego de ser visto por el médico, el oficinista o secretario (a) es quien sella los documentos, da instrucciones al paciente, llena las incapacidades,

entrega comprobantes de asistencia, entre otras funciones de Servicio al Paciente. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 10.

Las estadísticas las realiza el jefe de Registros médicos y corresponde al documento con los resúmenes con datos de interés que se envían a la CCSS, que a su vez corresponde a la factura mensual del pago de servicios en el cual se incluye información como la cantidad de pacientes atendidos en general y por médico, incluye cuadros con los tiempos programados para actividades o para atención de pacientes, otros cuadros se realizan con la cantidad de pruebas que hace laboratorio, la cantidad de urgencias, entre otros, los datos que se contienen los resúmenes deben coincidir con el contrato pactado entre la cooperativa y la CCSS. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 11.

4 Odontología

En el departamento de odontología se realizan los procesos que se indican en la Figura 28, los cuales son: horas de prevención, horas promoción, trabajo escolar y la operación propia del consultorio.



Figura 28: Procesos ejecutados por el departamento de Odontología

Fuente: Elaboración Propia (2017)

En la Consulta Odontológica el paciente se presenta con cita previa, para ser valorado por el odontólogo. En algunos casos, el paciente indica que presenta alguna molestia y el odontólogo atiende esa molestia, en otros casos el odontólogo determina y prioriza el tipo de tratamiento que se debe aplicar al paciente. En el Apéndice 12 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente.

Las horas Prevención son charlas que se imparten a las poblaciones establecidas como lo son adultos mayores, adolescentes y mujeres embarazadas, en dichas charlas se les informa sobre los cuidados que debe tenerse respecto de su salud bucodental, importancia de la visita al odontólogo y frecuencia, uso de hilo, pasta y enjuague. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 13.

Las Horas Promoción son charlas que se imparten 1 vez al mes durante dos horas en población sana y ayuda a promover la salud dental en la comunidad, dichos proyectos se solicitan a nivel nacional por parte de la CCSS y se trabajan durante dos años consecutivos con el mismo grupo de personas, para realizar un análisis de evolución que se ha tenido durante el proceso. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 14.

El Trabajo Escolar es un requerimiento de carácter obligatorio que exige la CCSS e involucra todas las escuelas públicas del cantón, en dicho trabajo se realiza aplicación de flúor y revisiones bucales a los niños en las escuelas. En el Apéndice 15 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente.

5 Laboratorio

En el área del laboratorio clínico se realizan las siguientes actividades: toma de muestras, hematología, química, bacterias, parasitología, domicilios, toma de muestras en Ebáis y trabajo escolar. Ver Figura 29.

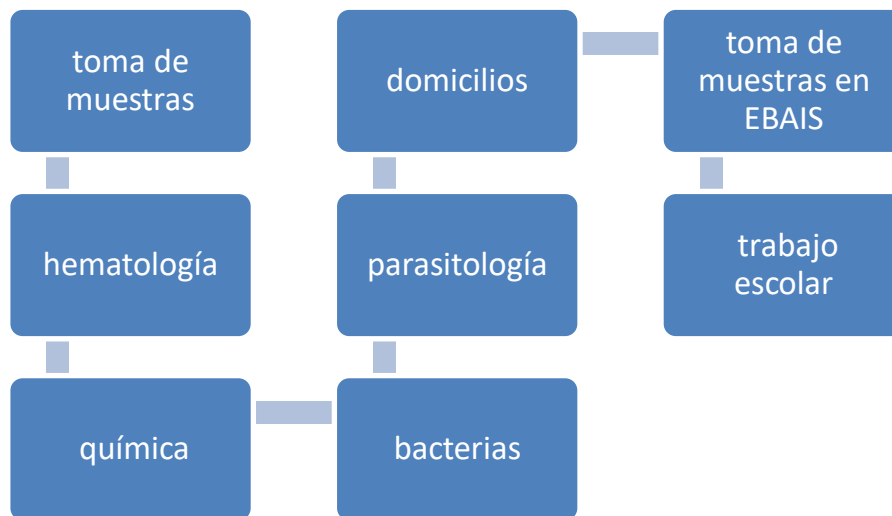


Figura 29: Procesos del área del laboratorio

Fuente: Elaboración Propia (2017)

En el caso del laboratorio todo equipo se le realiza la calibración diaria o bien cuando se cambia de número de lote de los reactivos, la cual consiste en colocar los estándares que da la casa comercial hacer correr el equipo. Para el caso del mantenimiento se los realiza los dueños de los equipos o la casa comercial según cronograma que las empresas mantienen, es decir, ellos llegan a la cooperativa cuando se va a vencer el mantenimiento, les colocan un *sticker* con la fecha de expiración del mantenimiento y extienden un certificado, en caso de algún fallo en el equipo, se llama a la casa comercial para que atienda el evento extraordinario.

Adicionalmente se realizan controles cruzados el cual los evalúa el INCIENSA a nivel nacional y a nivel internacional los realiza RIQAS, los controles consisten en que cada ente envía una muestra incógnita que el laboratorio debe analizar y reportar, cabe mencionar que el laboratorio no cuenta con ninguna certificación y como dato importante, las auditorías las realiza la dirección regional norte y la CCSS por medio de la Dirección Regional Norte.

Todos los medios de cultivo utilizados se preparan en el laboratorio, solamente se compran los polvos y se procede a disolverlos para realizar la preparación.

El proceso de toma de muestras consiste en sangrar o extraer las muestras de sangre necesarias para el análisis respectivo de acuerdo a la boleta de solicitud de análisis enviado por el médico. La persona que toma las muestras debe asegurarse de etiquetar los tubos para evitar confusiones entre muestras de pacientes. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 16.

Hematología consiste en realizar el análisis a la muestra de sangre, la cual se debe procesar el mismo día en que es tomada o almacenarse en refrigeración para evitar degradación de la misma. El análisis es automatizado por lo que el tubo se coloca en el equipo y éste se encarga de realizar la medición de los datos solicitados de acuerdo a los códigos asignados. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 17.

En la prueba de Química se realizan las pruebas de glucosa, lípidos ayunas, perfiles renales, hepáticos y proteínas, las cuales se realizan automatizadas en un equipo que se encarga de realizar la medición, las muestras deben procesarse el

mismo día que son tomadas para evitar degradación de la misma. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 18.

En Bacteriología se realizan principalmente son los urocultivos, que consiste en una prueba para determinar presencia de bacterias u hongos que puedan estar causado una infección urinaria en el paciente, además la prueba que se realiza indica a qué tipo de antibiótico es resistente la bacteria encontrada. En el Apéndice 19 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente

En Parasitología se realizan pruebas para determinar presencia de parásitos en el paciente, además de la determinación de algunas sustancias presentes en la orina del paciente que pueden causar alguna afectación en la salud. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 20.

En el caso de la Toma de muestras en el Ebáis, se realiza solamente a poblaciones especiales como son niños menores de 2 años, mujeres embarazadas y adultos mayores, cooperativa brinda el servicio para que los pacientes no tengan complicaciones en trasladarse, la, para realizar el proceso el personal del laboratorio se dirige al Ebáis, realiza la toma de muestras y luego se analizan en el laboratorio. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 21.

Los domicilios se realizan solamente a personas con alguna discapacidad, adultos mayores o personas en condición grave que no puedan trasladarse al Ebáis o al centro de salud, se planifican de acuerdo con la zona que va a visitarse y previamente a realizar el domicilio se notifica al hogar para saber si se puede

tomas las muestras del paciente, una vez que se han tomado las muestras el personal del laboratorio se dirige a analizar las muestras. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 22.

El en proceso de Trabajo Escolar lo que se realiza es tomas de muestras en las escuelas para realizar hemogramas, los cuales detectan anemia en los escolares, dicho proceso solamente se realiza a los niveles de primero y sexto grado, por una disposición de la CCSS. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 23.

6 Medicina general

En la atención médica se encuentran tres rubros importantes, los cuales se encuentran agrupados en ésta área por el tipo de atención que se brinda y corresponden a los que se hace referencia en la Figura 30.

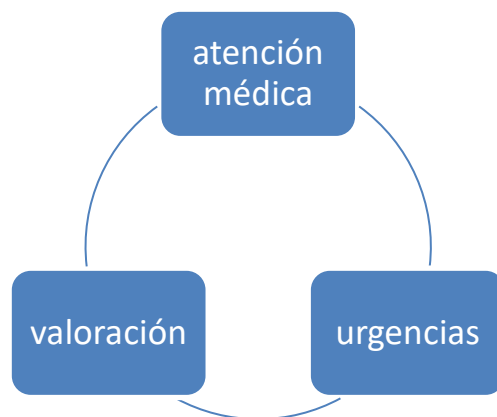


Figura 30: Procesos del área de medicina general

Fuente: Elaboración Propia (2017)

En la Atención Médica se lleva a cabo la consulta del paciente que ha solicitado cita previamente, en la cual se realiza examen físico y se le consulta al paciente sus síntomas y se revisan resultados del paciente en caso de contar con algunos pendientes, en médico cuenta con 15 minutos aproximadamente para realizar la consulta médica y llegar a un diagnóstico para luego enviar recetas para medicamentos, pruebas de laboratorio o referencias de acuerdo con lo que el médico considere pertinente. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 24.

Para el proceso de urgencias el paciente se presenta sin cita, se registra y espera a ser llamado por el médico de urgencias, el cual atiende una consulta puntual de alguna afectación del paciente, en este caso, no se revisa resultados pendientes de alguna prueba o referencia, otra característica del proceso de urgencias es que el medicamento que se receta es para tres días solamente. En el Apéndice 25 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente

Las valoraciones se consideran como un recargo para el médico y en la agenda, se realizan cuando el paciente no logra conseguir cita y necesita ser valorado por el médico, en las valoraciones es usual encontrar pacientes que se les ha acabado el medicamento por tanto se les extiende una receta que cubra el medicamento hasta la siguiente cita. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 26.

7 Farmacia

La Figura 31 representa los procesos del área de la Farmacia, las cuales se van a detallar a continuación.



Figura 31: Procesos identificados en el departamento de Farmacia.

Fuente: Elaboración Propia (2017)

En la Ventanilla de Recibo de Recetas el paciente deja la o las recetas para que se les prepare el medicamento, el receptor revisa la información y le entrega al paciente un comprobante para el retiro, el digitador ingresa la información y genera las etiquetas para la preparación del medicamento. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 27.

En la Entrega de Medicamentos se llama al paciente por sus apellidos este presenta el comprobante emitido en el recibo de recetas y la identificación, la persona encargada de entregar los medicamentos debe asegurarse de revisar los datos del paciente al entregar los medicamentos como medida de control. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 28.

El despacho corresponde al área donde se preparan los medicamentos no controlados, es decir, todos los que los preparadores manipulan en el momento de

alistar las recetas, es de suma importancia que el preparador revise las etiquetas contra la receta para asegurarse que corresponde al mismo paciente. En el caso de medicamentos controlados, solamente los regentes tienen acceso a la preparación y custodia de los psicotrópicos. En el Apéndice 29 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente

La Bodega de Paso se considera una “minibodega” o un área de tránsito en donde se colocan las cajas incompletas una vez que se ha llenado el área de despacho, esto debido a que a la bodega se solicitan cajas completas para abastecer el despacho, sin embargo, no se logra acomodar todo el material, por tanto se mantiene en un área conocida como bodega de paso, en la cual solamente la persona autorizada puede manipular el material. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 30.

En la bodega se recibe y se almacenan las cajas de medicamentos completas, con la que se abastece el despacho, el bodeguero realiza el pedido de los medicamentos con un mes de antelación al almacén central de la CCSS y se encarga del acomodo de la material mediante FIFO, también se lleva el inventario del material físicamente al igual que en el sistema. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 31.

Procesos administrativos

Éste tipo de procesos mantienen la gestión administrativa de la cooperativa, son bastante importantes pero normalmente no tienen contacto con los pacientes.

1 Contabilidad y finanzas

En contabilidad se realizan los registros contables de los movimientos generados durante el mes, cada transacción o movimientos debe ser codificada de acuerdo al catálogo contable, también se emiten los estados financieros como soporte para la toma de decisiones de la organización y en el caso de las auditorías financieras, se realizan por parte de la CCSS como administrador del contrato, la dirección regional Norte, y se realiza auditoría interna. En el Apéndice 32 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente

2 Recursos Humanos

El departamento cuenta con los procesos indicados en la Figura 32, los cuales se describen adelante con su respectivo detalle.

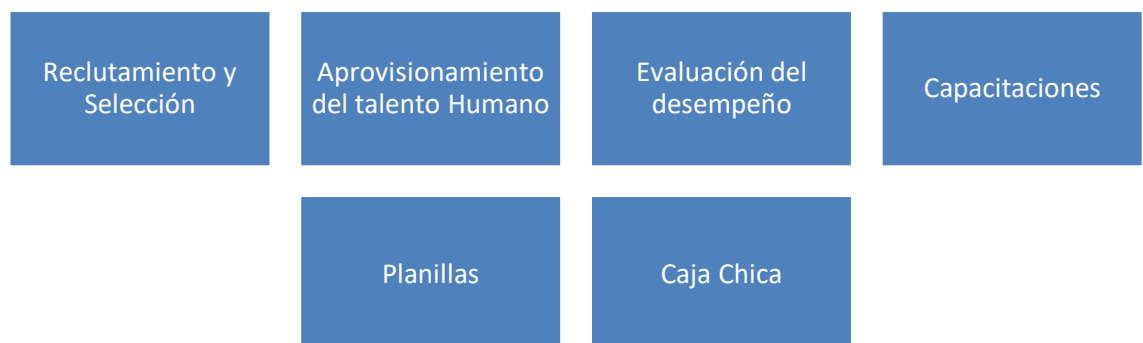


Figura 32: Procesos del departamento de Recursos Humanos

Fuente: Elaboración Propia (2017)

El proceso de reclutamiento y selección es principalmente encontrar un candidato idóneo para desempeñar el puesto que se encuentra disponible para ser ocupado, los participantes pueden ser colaboradores directos de la cooperativa para lo cual se notifica la vacante mediante correo interno, o bien, puede ser externo en cuyo caso se reciben los currículos de manera digital, el participante debe cumplir con los requisitos estipulados para el puesto, con la formación académica y títulos que lo acrediten como profesional en su rama. Los participantes seleccionados pasan por pruebas y entrevistas hasta encontrar el candidato correcto. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 33.

Aprovisionamiento del talento humano se refiere a mantener una base de datos de tres candidatos de los que participan en el proceso de reclutamiento y selección y no son elegidos, para realizar coberturas en caso de incapacidades, vacaciones u otros eventos que se puedan presentar y que deba cubrirse una plaza y garantizar que el servicio no va a interrumpirse. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 34.

La Evaluación del Desempeño corresponde en calificar al personal con base a competencias, las cuales surgen luego de un análisis realizado con cada jefatura, los dos tipos de competencias por evaluar son las competencias cardinales son las que la organización define como de interés y las competencias específicas

que se definen de acuerdo con cada uno de los puestos. Cada uno de los perfiles se encuentra la competencia, así como el grado que debe de tener, los grados son categorizaciones las cuales se definen de la siguiente manera: Grado A, es cual establece que el empleado cumple a cabalidad con el puesto que desempeña; Grado B, define que el colaborador cumple con la expectativa, se ajusta a las necesidades del puesto y requiere acompañamiento mínimo; Grado C, indica que el colaborador necesita apoyo y dirección constante para la posición en la que se encuentra. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 35.

El proceso de las Capacitaciones es identificado como una necesidad ante las quejas de los pacientes en diversos temas de servicio principalmente, el departamento programa las capacitaciones 2 veces al año y se tratan diferentes temas, se incluyen a todo el personal que esté involucrado en la prestación de servicios, para mejorar la atención. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 36.

El pago de Planillas se realiza de forma catorcenal (empleados de planilla) y pago por servicios profesionales, en el caso de la planilla de los colaboradores directos de la cooperativa, en el cual se aplican los rebajos de ley con la CCSS, las retenciones y deducciones y luego se deposita la diferencia. En el caso de ser por servicios profesionales, los pagos se realizarán los días 15 y 30 de cada mes y no se realizan retenciones por tanto el trabajador recibe su salario completo. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 37.

El manejo de la Caja Chica es responsabilidad de Recursos Humanos y corresponde a un fondo de dinero que se utiliza para compras menores de diez mil colones según la normativa de la cooperativa, el uso de la caja chica es para gastos de combustible para la ambulancia, refrigerios y materiales necesarios para reuniones, viáticos y otras que se las jefaturas consideren necesario. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 38.

3 Proveeduría

El departamento de proveeduría se encarga de las funciones principalmente de adquisición de insumos mediante varias formas, por lo que sus procesos corresponden a los que se indican en la Figura 33.



Figura 33: Procesos del área de Proveeduría

Fuente: Elaboración Propia (2017)

El proceso de las compras directas se basa en la adquisición de insumos requeridos para el adecuado funcionamiento de la organización, este tipo de compras corresponden a los insumos que no se adquieren por medio de la CCSS, lo primero es el recibo de la solicitud de mercaderías para consumo con el detalle

de lo que se requiere y especificaciones, con base en la solicitud se solicita a los proveedores las cotizaciones y se realiza un análisis de la mejor opción para la compra en cuanto a garantías, servicio, tiempo de entrega, precio y otros factores que se consideren importantes. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 39.

Para las Compras Caja de igual manera se recibe la solicitud de mercaderías para consumo de todas las áreas, solamente que en este caso el pedido se realiza al almacén central de la CCSS y ellos son los que envían los suministros de acuerdo a la solicitud de proveeduría, cuando los insumos llegan a la cooperativa, el bodeguero prepara el pedido de acuerdo a la boleta de solicitud de cada área. En el Apéndice 40 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente.

La Contratación de proveedores para Mantenimiento se refiere a la contratación de mantenimientos externos, en el cual el departamento que requiere el servicio brinda las especificaciones técnicas, se reciben tres cotizaciones en las que se compara los ofrecimientos de los proveedores, la decisión se basa en la calidad, el precio, el tiempo de entrega, entre otros aspectos que el Gestor de Proveeduría considere importantes. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 41.

Las Cuentas por Pagar registrar todas las facturas de los insumos adquiridos, codificar las facturas de acuerdo al catálogo contable y generar los asientos que luego pasan a contabilidad para que se realice transacción de los registros contables. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 42.

Procesos de soporte

Los procesos de soporte son aquellos que están presentes en los procesos operativos y administrativos, y que no son percibidos por el paciente, pero a su vez dan valor agregado a la operación de la cooperativa.

1 Mantenimiento

Para la parte del mantenimiento la mayoría de los mantenimientos se realizan subcontratados y con recurso propio de los cuales la mayor parte se ejecuta subcontratado. Sin embargo, también se cuenta con tres técnicos que son los que se encargan del trabajo de rutina dentro de los cuales están reparaciones de edificio y revisión de equipos.

Los técnicos realizan funciones de rutina como la revisión del banco de gases médicos, en el cual cuando el cilindro se va agotando se hace un cambio automático a otro cilindro, es una medición bastante delicada, porque los gases médicos se utilizan para nebulizar a las personas y en caso de estar fallando o no revisarse, la cooperativa podría ser multada debido a ese fallo.

Cuando se requiere un mantenimiento de emergencia, los técnicos acuden a la solicitud del área que reporta la necesidad, para identificar si se puede resolver, de lo contrario, se llama a la empresa llamada medifix quien se encarga de realizar los mantenimientos de los equipos.

Las boletas o reportes de averías son creadas por el departamento de mantenimiento y contiene la siguiente información: fecha, lugar donde se realiza,

tipo de mantenimiento, descripción del trabajo, nombre del técnico, firma y la cantidad de horas que se invierte en el mantenimiento y son utilizadas para llevar un control de los trabajos ejecutados.

Los principales procesos de mantenimiento son los siguientes, los cuales son revisiones de rutina y se indican en la Figura 34.



Figura 34: Procesos de Rutina de Mantenimiento

Fuente: Elaboración Propia (2017)

El Mantenimiento de Equipos Electromedicina, se realiza una inspección diaria de todos los equipos electrónicos o mecánicos para comprobar su adecuado funcionamiento para la atención de los pacientes, el técnico a cargo debe preguntar a las áreas sobre el funcionamiento los equipos durante la jornada laboral como medida preventiva. El detalle de la información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 43.

El mantenimiento de Infraestructura es realizar un control diario de la obra civil para corroborar que no existen situaciones que puedan afectar a los pacientes y la operación de la clínica, se atiende principalmente fontanería, pintura, soldadura, y todo lo que tiene que ver con emergencias de la infraestructura. En el Apéndice 44 se incluye el detalle de la información recabada inicialmente.

El mantenimiento equipo electromecánico se enfoca en la revisión de rutina de todo el sistema eléctrico como luces, tomas de corriente, motores, sistema de aire acondicionado, sistema de emergencias, además de bombas de la planta de tratamiento y el tanque de agua, ya que si el nivel de agua baja mucho puede verse afectado el funcionamiento de la clínica, por un desabastecimiento. Para más detalle de la información recabada, consultar el Apéndice 45.

2 Tecnología de información

En el departamento no tienen procesos definidos, por tanto lo que comentaron es que cuando llega una persona nueva se le indica que debe hacer

3 Servicios generales

En el área de servicios generales se encuentra el centro de equipos en el cual se lleva a cabo el proceso de lavado, empaque y esterilización de materiales, los que posteriormente serán distribuidos a las áreas de enfermería y medicina general.

El proceso de preparación de materiales consta de tres grandes etapas, las cuales son: Lavado, el material utilizado se lava muy bien para que no haya presencia de residuos y se deja secando, el material debe revisarse para detectar cualquier rastro de suciedad. El empaque, en el cual el material es colocar en el papel para autoclave y se envuelve de manera que no quede expuesto a ambiente, ya que puede perder su condición de esterilidad. La esterilización es cuando el material empacado se coloca en una autoclave y esta realiza un ciclo de esterilización en el

cual se garantiza que el material se encuentra listo para el uso. La información recabada inicialmente se incluye en el Apéndice 46.

4.2 Análisis de puntos de mejora detectados

Luego de un análisis profundo, observación y evaluación de los procesos, se ha identificado oportunidades de mejora en diferentes áreas de la cooperativa, como los que se describen a continuación:

1. Unificación de procesos.
2. Colocar un identificador de huella o copia de documento de identificación en el sistema.
3. Segregación de horas en el agendamiento de citas.
4. Análisis de tiempos.
5. Capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes).
6. Cumplimiento de la norma INTE-ISO 9001:2015.

1 Unificación de procesos

Se encuentra que existen procedimientos que pueden unificarse por la semejanza en el tipo de proceso que se ejecuta, se encuentra que existen algunos procesos de diferentes áreas, los cuales se relacionan entre sí, como lo son el proceso de trabajo escolar que realizan tres áreas, las cuáles son laboratorio, odontología y atención primaria; sin embargo los departamentos aun no lo han considerado como parte de unificación, ya que no han evaluado la posibilidad de unir el procedimiento en un solo documento que pueda amparar o describir las funciones

que realiza cada departamento, esto porque cada una de las áreas realiza funciones diferentes bajo el mismo nombre del procedimiento.

Los procedimientos que pueden llegarse a unificar corresponden al de trabajo escolar, ya que existen 3 áreas que realizan el proceso las cuales corresponden a Atención Primaria, odontología y laboratorio, si bien es cierto que cada área realiza sus labores de acuerdo con lo que le corresponde a cada uno de los departamentos, el procedimiento puede consolidarse para realizar uno solo y sea más eficiente la ejecución de la tarea.

Otro de los procesos analizados se encuentra el de laboratorio, ya que se analiza que el proceso de hematología, química, bacteriología y parasitología corresponden al proceso de procesamiento de las muestras, por lo que pasa de tener los procesos de la izquierda a contar con los de la derecha

Dentro del análisis de los procesos de las áreas, se identifica que otro procedimiento que desea unificarse corresponde al de Recursos Humanos, ya que se encuentra que el procedimiento de reclutamiento y selección y el procedimiento de aprovisionamiento del talento humano responden a una misma necesidad, de forma que se unifica en uno solo llamado reclutamiento y selección.

A continuación en la Figura 35 se detalla la forma en la que se encuentran actualmente los procedimientos, así como también la manera en la que podrían quedar una vez aprobada la propuesta de unificación de los procedimientos.

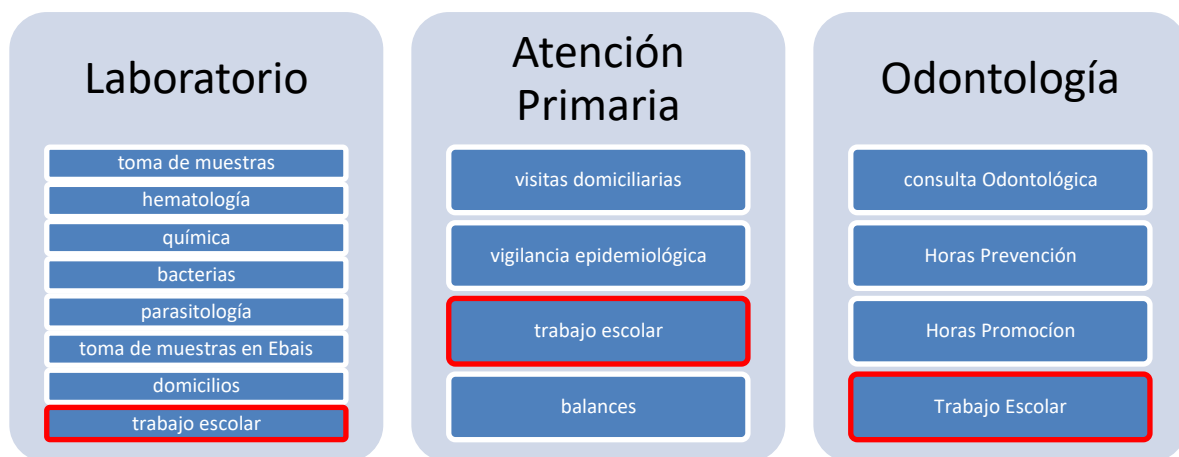


Figura 35: Identificación procedimientos bajo el mismo nombre de diferentes áreas

Fuente: Elaboración Propia (2017)

En la Figura 36 se evidencia la propuesta de la unificación del procedimiento de trabajo escolar, así se obtiene un solo procedimiento en la que se incluye las áreas involucradas en la propuesta.

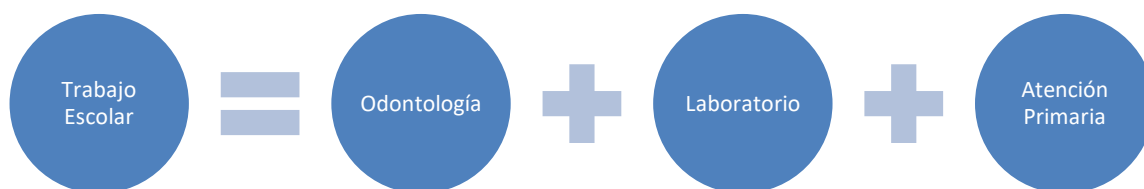


Figura 36: Propuesta de unificación del procedimiento de trabajo escolar.

Fuente Elaboración Propia (2017)

Otros de los procedimientos que se pueden mejorar corresponden a los del laboratorio, ver Figura 37 en la cual se muestra el estado actual evidenciando que hay un procedimiento para hematología, química, bacteriología y parasitología, sin

embargo en la propuesta plantearse la unificación de los procedimientos mencionados y unificarlo en uno solo llamado procesamiento de las muestras.

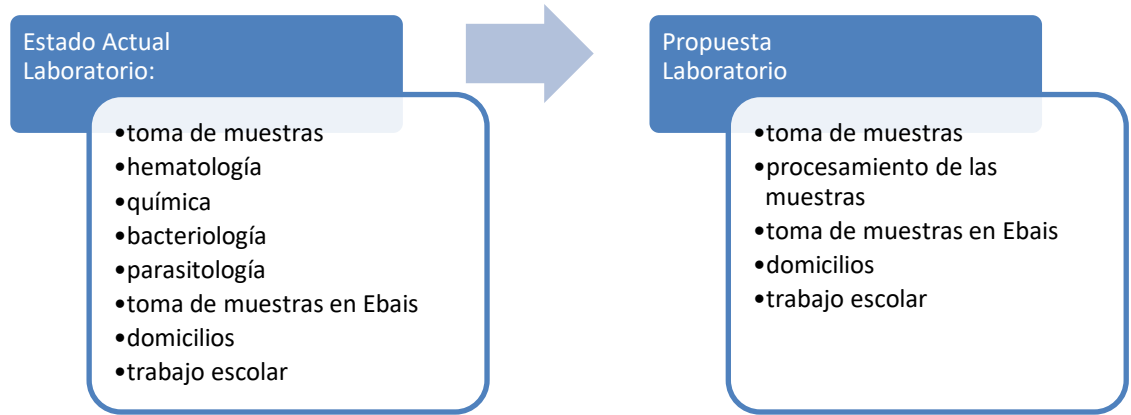


Figura 37: Estado Actual y Propuesta para procedimientos de laboratorio

Fuente: Elaboración Propia (2017)

El otro procedimiento mencionado corresponde a un proceso administrativo el cual pertenece al departamento de recursos humanos, luego del análisis de los procedimientos, se hace notable que en el estado actual se presentan reclutamiento y selección y otro llamado aprovisionamiento del talento humano, los cuales se relacionan entre sí, por lo tanto en la propuesta se formula la unificación de ambos para obtener uno llamado reclutamiento, selección y aprovisionamiento del talento humano, por tanto se obtiene un resultado como se muestra en la Figura 38.

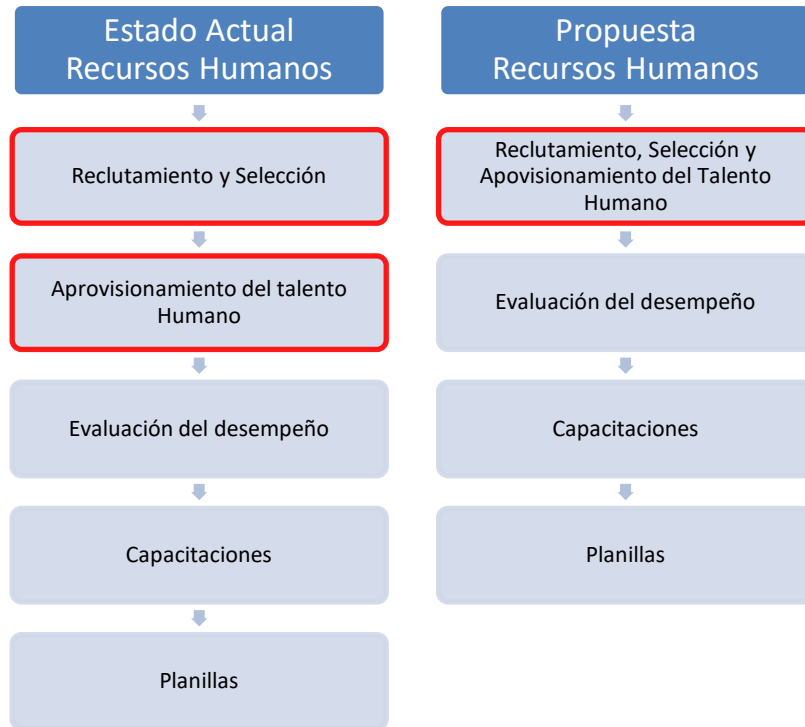


Figura 38: Estado actual y propuesta para unificación de procedimientos de recursos humanos

Fuente: Elaboración Propia (2017)

2 Colocar un identificador de huella o copia de documento de identificación en el sistema

Otro aspecto que se encuentra es que la dirección médica considera que uno de los procesos de mayor criticidad corresponde al del departamento de registros médicos, principalmente a los procesos que tienen que ver con el servicio al paciente, es decir, todos los procesos que involucran solicitud de identificación, carné de asegurado y verificación de orden patronal y que todos los documentos se encuentren vigentes, este tema se analiza con mucha mesura, porque en algunas ocasiones los pacientes se molestan con el personal de registros

médicos, ya que le solicitan los documentos y, en ocasiones, los pacientes han olvidado su documento de identificación, según el reglamento de la CCSS el paciente que no presente sus documentos no puede ser atendido, por tal motivo los pacientes se molestan, porque no conocen el reglamento, para evitar las molestias tanto en el paciente como en el personal de registros médicos y todo aquel que deba solicitar la información del paciente.

3 Segregación de horas en el agendamiento de citas

Por otra parte, se sabe que los paciente se molestan, por la espera de agendamientos, ésta elección se da, por la experiencia que se ha tenido a lo largo de los años, por tanto se analiza de la siguiente manera.

Cuando se habla de citas y agendamiento de estas, debe analizarse lo siguiente:

La agenda se encuentra dividida en cupos para asignar el espacio de atención para cada paciente; sin embargo, cuando se solicita la cita por cualquiera de los tres medios destinados para este fin (llamada telefónica, ventanilla o internet) al paciente se le indica que debe presentarse a la hora en punto para su cita.

Según la información brindada en la Tabla 1, esto es lo que se le indica a los pacientes o lo observa registrado en su comprobante al solicitar la cita mediante internet, o cuando se utiliza la llamada telefónica y solicitud en ventanilla se les indica que la cita es a las 8.00 a.m. (a modo de ejemplo) y se le pide al paciente presentarse 15 minutos antes de la cita, según el reglamento de la CCSS, por lo que cada paciente estaría, llegando al centro de salud a la 7.45 a.m., es decir, que

a las 8,00 a.m. (según el ejemplo) están los 4 pacientes, porque se les hace pensar que los cuatro van a ser atendidos a las 8.00 a.m., cuando esa no es la realidad.

Tabla 1: Agenda de Atención de Pacientes

Agenda de Atención	
Hora Cita	Paciente
7:00 a. m.	Paciente 1
7:00 a. m.	Paciente 2
7:00 a. m.	Paciente 3
7:00 a. m.	Paciente 4
8:00 a. m.	Paciente 5
8:00 a. m.	Paciente 6
8:00 a. m.	Paciente 7
8:00 a. m.	Paciente 8
9:00 a. m.	Paciente 9
9:00 a. m.	Paciente 10
9:00 a. m.	Paciente 11
9:00 a. m.	Paciente 12
10:00 a. m.	Paciente 13
10:00 a. m.	Paciente 14
10:00 a. m.	Paciente 15
10:00 a. m.	Paciente 16
11:00 a. m.	Paciente 17
11:00 a. m.	Paciente 18
11:00 a. m.	Paciente 19
11:00 a. m.	Paciente 20
1:00 p. m.	Paciente 21
1:00 p. m.	Paciente 22
1:00 p. m.	Paciente 23
1:00 p. m.	Paciente 24
2:00 p. m.	Paciente 25
2:00 p. m.	Paciente 26
2:00 p. m.	Paciente 27
2:00 p. m.	Paciente 28
3:00 p. m.	Paciente 29
3:00 p. m.	Paciente 30
3:00 p. m.	Paciente 31

Agenda de Atención	
Hora Cita	Paciente
3:00 p. m.	Paciente 32

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Sin embargo, cuando la agenda se muestra en el sistema interno de la cooperativa se muestra segregada en cuatro pacientes por hora tal como puede notarse en la Tabla 2, es decir, que se asigna un paciente cada 15 minutos, solamente que el paciente no se entera de esto.

Tabla 2: Agenda de citas de pacientes

Agenda de Atención	
Hora Cita	Paciente
7:00 a. m.	Paciente 1
7:15 a. m.	Paciente 2
7:30 a. m.	Paciente 3
7:45 a. m.	Paciente 4
8:00 a. m.	Paciente 5
8:15 a. m.	Paciente 6
8:30 a. m.	Paciente 7
8:45 a. m.	Paciente 8
9:00 a. m.	Paciente 9
9:15 a. m.	Paciente 10
9:30 a. m.	Paciente 11
9:45 a. m.	Paciente 12
10:00 a. m.	Paciente 13
10:15 a. m.	Paciente 14
10:30 a. m.	Paciente 15
10:45 a. m.	Paciente 16
11:00 a. m.	Paciente 17
11:15 a. m.	Paciente 18
11:30 a. m.	Paciente 19
11:45 a. m.	Paciente 20
1:00 p. m.	Paciente 21
1:15 p. m.	Paciente 22
1:30 p. m.	Paciente 23

Agenda de Atención	
Hora Cita	Paciente
1:45 p. m.	Paciente 24
2:00 p. m.	Paciente 25
2:15 p. m.	Paciente 26
2:30 p. m.	Paciente 27
2:45 p. m.	Paciente 28
3:00 p. m.	Paciente 29
3:15 p. m.	Paciente 30
3:30 p. m.	Paciente 31
3:45 p. m.	Paciente 32

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Al presentarse los panoramas anteriores logra entenderse la molestia del paciente, el cual (a modo de ejemplo) se presenta a las 7:45 a.m. y su cita según la agenda se encuentra asignado para las 8:30 a.m. u 8:45 a.m., este debe permanecer casi una hora hasta que sea atendido, adicionalmente a esta situación cuando se presentan valoraciones, el médico debe ir atendiendo a dichos paciente en el transcurso de la hora.

4 Análisis de tiempos

Adicionalmente también se realiza una toma de tiempos, para realizar propuestas para la mejora, dicha toma de tiempos se lleva a cabo en diferentes días de la semana considerando diferentes horarios de atención con el objetivo de evaluar el servicio en distintos momentos del día, se realiza la observación y se evalúa el tiempo que se tarda para que un paciente sea atendido en los diferentes servicios o pasos de la consulta y se obtiene los datos mostrados en la Tabla 3.

Tabla 3: Toma de tiempos en el servicio de la atención médica

Paciente	Atención Médica				Farmacia		
	Registros médicos	Pre-consulta	Consulta	Registros médicos	entrega de receta	tiempo de espera	despacho de medicamento
1	0:01:10	0:01:39	0:04:02	0:00:27	0:02:46	0:49:04	0:01:29
2	0:00:18	0:02:54	0:07:16	0:03:59	0:10:35	0:38:12	0:00:22
3	0:00:21	0:02:47	0:11:18	0:02:16	0:06:17	0:46:27	0:00:48
4	0:00:15	0:06:35	0:08:19	0:01:07	0:03:27	0:47:21	0:00:19
5	0:00:35	0:03:58	0:06:18	0:00:57	0:04:20	0:19:42	0:00:50
6	0:00:39	0:04:08	0:12:19	0:00:50	0:01:46	0:34:32	0:00:19
7	0:00:22	0:02:18	0:05:29	0:01:27	0:17:34	0:29:53	0:00:21
8	0:00:38	0:02:47	0:10:53	0:02:49	0:11:07	0:38:13	0:00:43
Total	0:04:18	0:27:06	1:05:54	0:13:52	0:57:52	5:03:24	0:05:11
X	0:00:32	0:03:23	0:08:14	0:01:44	0:07:14	0:37:56	0:00:39

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Dado el análisis de la información se obtiene que el paciente en promedio permanece en la consulta con el médico 8 minutos y 14 segundos, por lo que la propuesta de segregar las citas beneficia al paciente, el cual estaría un tiempo menor en la clínica.

Propone actualizarse la agenda de manera tal que se le asigne al paciente la hora, según lo registra el sistema, para que el paciente no tenga que esperar tanto tiempo por ser atendido, con ello también logra reducirse la cantidad de pacientes en salas de espera, se evita aglomeración de personas quince minutos antes de la hora fijada, con lo que también puede beneficiarse los pacientes de valoración, los cuales pueden ser atendidos, mientras que el médico no tenga ningún paciente en el consultorio.

5 Capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)

Otra observación que se obtuvo es que en el área de emergencias, el personal de registros médicos le preguntan al paciente y anotan en el sistema el motivo de la consulta, sin embargo registros médicos no asigna la categorización de atención o triage, sino que el médico va revisando la lista de los pacientes y sus motivos de consultas, por lo tanto el criterio del médico es fundamental en la atención de urgencias.

Como parte de la evaluación de las propuestas de mejora, se realizó una toma de tiempos en el servicio de urgencias de la clínica de Barva de Heredia, los cuales se realizaron en diferentes días de la semana, en horarios diversos para obtener un dato más representativo del servicio. En dichas tomas de tiempos se obtiene datos que se indican en la Tabla 4, los cuales permiten realizar un análisis de variables y comparación de datos

Tabla 4: Toma de tiempos en el servicio de urgencias

Paciente	Atención Emergencias			Farmacia		
	Registros médicos	Consulta	Registros médicos	entrega de receta	tiempo de espera	despacho de medicamento
1	0:00:52	0:04:29	0:01:25	0:01:32	0:15:29	0:00:19
2	0:01:07	0:09:14	0:01:27	0:06:36	0:26:42	0:01:03
3	0:00:45	0:02:17	0:01:39	0:04:22	0:22:46	0:00:27
4	0:00:42	0:02:43	0:00:42	0:09:26	0:26:15	0:01:20
5	0:00:48	0:02:35	0:00:45	0:14:57	0:24:43	0:00:28
6	0:01:30	0:02:38	0:01:32	0:08:28	0:31:55	0:00:13
7	0:00:43	0:10:48	0:00:50	0:10:21	0:25:23	0:00:57
8	0:00:45	0:02:52	0:01:57	0:03:59	0:14:39	0:00:25
Total	0:07:12	0:37:36	0:10:17	0:59:41	3:07:52	0:05:12

Paciente	Atención Emergencias			Farmacia		
	Registros médicos	Consulta	Registros médicos	entrega de receta	tiempo de espera	despacho de medicamento
X	0:00:54	0:04:42	0:01:17	0:07:28	0:23:29	0:00:39

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Si se establece que la capacidad de atención es de 85%, se tiene que por hora el tiempo efectivo corresponde a 51 minutos de atención, esto por factores como las necesidades fisiológicas, o bien, la fatiga, por lo tanto se estima que en promedio se atienden 10 personas por hora.

Basado en los datos obtenidos en las tomas de tiempo tanto de consulta como de urgencias logra obtenerse la información, tal como lo muestra la siguiente tabla de comparación. Ver Tabla 5

Tabla 5: Cuadro comparativo de los servicios de atención médica y urgencias

Comparación de las áreas de consulta médica y urgencias		
	Consulta	Urgencias
tiempo de atención	0:08:14	0:04:42
pacientes por hora	4	10
pacientes al día	32	80
tiempo de espera para medicamento	0:37:56	0:23:29

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Puede evidenciarse que el tiempo de atención para la consulta es de casi el doble que para las urgencias, si se calcula por la cantidad de pacientes que se aten por hora se debe recordar que en la consulta existe una agenda con su debida

programación lo que hace que un médico atienda 32 pacientes por día laborado, sin embargo se sabe que en el servicio de urgencias deben atenderse a todos los pacientes que se acerquen a ser vistos por el médico, por lo que se estima que un médico atiende alrededor de 80 pacientes en un día.

Un dato de importancia que se extrae de las tablas de toma de tiempo es que el tiempo de espera en la farmacia es en promedio 38 minutos para la consulta y 23 para el servicio de urgencias por lo que se evidencia que el proceso de farmacia se considera eficiente según la cooperativa, ya que la espera para retirar el medicamento no es tan grande, sin embargo, la molestia que se presenta no es realmente con la farmacia, sino que es por la acumulación de tiempos en los procesos anteriores a llegar a la farmacia, de ahí se deriva mucha de la molestia de los pacientes.

Es importante hacer hincapié en el tema de las mejoras que pueden aplicarse, porque esto logra beneficiar la atención de los pacientes y mejorar la imagen que los mismos tienen de la atención por parte de Coopesiba.

6 Cumplimiento de los elementos “debe” de la norma INTE-ISO 9001:2015

Se realizó una lista de control con todos los elementos necesarios de la norma con los que debe cumplirse para la implementación de un sistema de gestión, para determinar con cuáles de los elementos cuenta la cooperativa, los cuales se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6: Matriz de los requisitos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 del estado actual de COOPESIBA, R.L.

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		
4.1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.	X	No se ha realizado un análisis organizacional de elementos que impacten al SGC
4.2	La organización debe determinar a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad; b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.	X	No se ha realizado un análisis organizacional con los actores involucrados
4.3	La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para establecer su alcance. Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar: a) las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1 b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el A apartado 4.2 c) los productos y servicios de la organización. La organización debe aplicar todos los requisitos de esta Norma Internacional si son aplicables en el alcance determinado de su sistema de gestión de la calidad. El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización debe estar disponible y mantenerse como información documentada. El alcance debe establecer los tipos de productos y servicios cubiertos, y proporcionar la justificación para cualquier requisito de esta Norma Internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su sistema de gestión de la calidad. La conformidad con esta Norma Internacional sólo se puede declarar si los requisitos determinados como no aplicables no afectan a la capacidad o a la responsabilidad de la organización de asegurarse de la conformidad de sus productos y servicios y del aumento de la satisfacción del cliente.	X	No tienen delimitado los alcances, límites y aplicación del SGC
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
4.4.1	<p>La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.</p> <p>La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:</p> <p>a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos;</p> <p>b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;</p> <p>c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos;</p> <p>d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;</p> <p>e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;</p> <p>f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1;</p> <p>g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;</p> <p>h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.</p>	X	Aún no tienen instaurado un sistema de gestión de calidad y por tanto no se cumplen los elementos solicitados en éste apartado
4.4.2	<p>En la medida en que sea necesario, la organización debe:</p> <p>a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos</p> <p>b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.</p>	X	No poseen procedimientos documentados
5	LIDERAZGO		
5.1	Liderazgo y compromiso		
5.1.1	<p>La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad: a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) asegurándose de que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;</p> <p>c) asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización;</p> <p>d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos;</p> <p>e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles;</p> <p>f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>g) asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos;</p> <p>h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p>	X	La gerencia general y la dirección médica se encuentran comprometidos con un SGC, sin embargo se desconocen muchos aspectos lo que provoca que el apoyo no sea completo

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
	i) promoviendo la mejora; j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.		
5.1.2	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que: a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente; c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.	X	Se da un cumplimiento parcial de los requerimientos de éste apartado ya que la cooperativa es consciente que su principal razón de ser es el paciente así como los servicios que se les brindan, aunque no se hace evaluación de los riesgos
5.2	Política		
5.2.1	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que: a) sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica; b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad; c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables; d) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	✓	La organización presenta una política de calidad desarrollada hace algunos años la cual cumple con los elementos que solicita la norma, pero aún no se ha divulgado a los colaboradores
5.2.2	La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización; c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.	✓	La política de calidad se encuentra disponible para consulta y documentada, solamente que no se ha comunicado al personal
5.3	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional; b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas; c) informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora d) asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la	X	Al no contar con un sistema de gestión de calidad no tienen designados a los responsables de las actividades

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
	organización; e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.		
6	PLANIFICACIÓN		
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades		
6.1.1	La organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.	X	No existe presencia de riesgos identificados ya que no se ha realizado la implementación de un SGC
6.1.2	La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones.	X	No existe riesgos identificados ni la planificación de como atacarlos
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos		
6.2.1	La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad. Los objetivos de la calidad deben: a) ser coherentes con la política de la calidad; b) ser medibles; c) tener en cuenta los requisitos aplicables; d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente; e) ser objeto de seguimiento; f) comunicarse; g) actualizarse, según corresponda. La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.	X	Los objetivos que tienen planteados se encuentran obsoletos
6.2.2	Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados.	X	Los objetivos que tienen planteados se encuentran obsoletos

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
6.3	<p>Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios deben llevarse a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar:</p> <p>a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;</p> <p>b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) la disponibilidad de recursos;</p> <p>d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.</p>	X	Carecen de sistema de gestión así como también de planificación
7	APOYO		
7.1	Recursos		
7.1.1	<p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar:</p> <p>a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;</p> <p>b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.</p>	X	No se ha destinado el recurso para el desarrollo del SGC
7.1.2	<p>La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.</p>	X	El recurso para el desarrollo es poco ya que la organización no ha realizado el comunicado del desarrollo del SGC
7.1.3	<p>La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA La infraestructura puede incluir:</p> <p>a) edificios y servicios asociados;</p> <p>b) equipos, incluyendo hardware y software;</p> <p>c) recursos de transporte;</p> <p>d) tecnologías de la información y la comunicación</p>	✓	La organización se encarga de la administración del área de salud de Barva de Heredia, por tal razón cuenta con la infraestructura y equipos necesarios para el desarrollo de las operaciones
7.1.4	<p>La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.</p>	✓	Mantienen un ambiente agradable que permite el desarrollo de las actividades
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición		
7.1.5.1	<p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados:</p> <p>a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas;</p> <p>b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su</p>	X	No se cuenta con recursos destinados para el seguimiento del SGC

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
	propósito. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.		
7.1.5. 2	<p>Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe:</p> <p>a) calibrarse o verificarse , o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación;</p> <p>b) identificarse para determinar su estado;</p> <p>c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.</p> <p>La organización debe determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y debe tomar las acciones adecuadas cuando sea necesario.</p>	✓	Los equipos que requieren mantenimiento o revisión se encuentran dentro de los mantenimientos programados de las casas distribuidoras de equipos, así mismo cuando existe algún equipo dañado se notifica a mantenimiento
7.1.6	La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.	✓	Se encuentran informados respecto a cambios que indica la CCSS ya que la entidad es quien establece los cambios en los servicios
7.2	<p>La organización debe:</p> <p>a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas;</p> <p>c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;</p> <p>d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.</p>	✓	La organización realiza la contratación del personal basado en competencias y estudios afines al puesto, además que brinda capacitaciones para el puesto
7.3	<p>La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de:</p> <p>a) la política de la calidad;</p> <p>b) los objetivos de la calidad pertinentes;</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;</p> <p>d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p>	X	Durante las inducciones o entrenamientos no se toca el tema de SGC debido a que no está desarrollado

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	X	Se desconoce la comunicación pertinente y la manera de realizarlo
7.5	Información documentada		
7.5.1	El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir: a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional; b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	X	cumple parcialmente ya que existe ausencia de procedimientos documentados, pero si conservan otra información documentada
7.5.2	Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.	X	Carencia de un formato aprobado para la documentación
7.5.3	Control de la información documentada		
7.5.3.1	La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).	X	No se puede controlar ya que no existen documentos del SGC
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición. La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar. La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas	X	No se ejecuta ya que no existe un documento que indique como almacenar la información, sin embargo la documentación interna y externa se almacena como evidencia
8	OPERACIÓN		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.1	<p>La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:</p> <p>a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios;</p> <p>b) el establecimiento de criterios para:</p> <p>1) los procesos;</p> <p>2) la aceptación de los productos y servicios;</p> <p>c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios;</p> <p>d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;</p> <p>e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para:</p> <p>1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;</p> <p>2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.</p> <p>La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización. La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario. La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados (véase 8.4).</p>	X	No se realiza control de procesos ya que no se encuentran definidos y documentados. No existe un SGC establecido
8.2	Requisitos para los productos y servicios		
8.2.1	<p>La comunicación con los clientes debe incluir:</p> <p>a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios;</p> <p>b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;</p> <p>c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes;</p> <p>d) manipular o controlar la propiedad del cliente;</p> <p>e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.</p>	✓	La comunicación con la CCSS para el desarrollo del contrato se realiza de manera que se encuentra actualizado en él se detalla la información relativa a los servicios. Las quejas de los pacientes son tramitadas por medio de la contraloría de servicios y de conocimiento de la organización

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.2.2	<p>Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:</p> <p>a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:</p> <p>1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable;</p> <p>2) aquellos considerados necesarios por la organización;</p> <p>b) la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.</p>	✓	Los requisitos legales son de conocimiento de la gerencia general y de la dirección médica
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios		
8.2.3.1	<p>La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:</p> <p>a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;</p> <p>b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido;</p> <p>c) los requisitos especificados por la organización;</p> <p>d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;</p> <p>e) las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.</p> <p>La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente. La organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de sus requisitos</p>	✓	Los requisitos son estipulados en el contrato que se realiza con la CCSS, donde se incluye los requisitos legales, los de la organización y los reglamentos, que son los que se le indican a los pacientes para su cumplimiento
8.2.3.2	<p>La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:</p> <p>a) sobre los resultados de la revisión;</p> <p>b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.</p>	✓	La organización almacena la información de los expedientes físicos y de los contratos con la CCSS
8.2.4	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.	✓	Las notificaciones de cambios se efectúan con antelación
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios		
8.3.1	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	X	No se encuentra diseñado el proceso como tal

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.3.2	<p>Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar: a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo;</p> <p>b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables;</p> <p>c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo;</p> <p>d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios;</p> <p>f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios;</p> <p>i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes;</p> <p>j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo</p>	X	Se determina la carecen de planeamientos de diseño
8.3.3	<p>La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar:</p> <p>a) los requisitos funcionales y de desempeño;</p> <p>b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares;</p> <p>c) los requisitos legales y reglamentarios;</p> <p>d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar</p> <p>e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.</p> <p>Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse. La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.</p>	✓	La cooperativa conoce y cuenta con los requisitos y normativas para la prestación de servicios que ofrece.
8.3.4	<p>La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que: a) se definen los resultados a lograr;</p> <p>b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos;</p> <p>c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas;</p> <p>d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto;</p> <p>e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación;</p> <p>f) se conserva la información documentada de estas actividades.</p>	✓	Los registros que se almacenan respecto a no conformidades del servicio es en caso de alguna queja ante la contraloría de servicios

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.3.5	<p>La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:</p> <p>a) cumplen los requisitos de las entradas;</p> <p>b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios;</p> <p>c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación;</p> <p>d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta. La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.</p>	X	No se realiza ningún análisis de salidas ni se realiza seguimiento la provisión de servicios
8.3.6	<p>La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada sobre:</p> <p>a) los cambios del diseño y desarrollo;</p> <p>b) los resultados de las revisiones;</p> <p>c) la autorización de los cambios;</p> <p>d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.</p>	✓	Cuando se da un cambio en la prestación de los servicios es debido a alguna modificación por parte de la CCSS y el contrato con la modificaciones son conservados como evidencia ante alguna eventualidad
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		
8.4.1	<p>La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:</p> <p>a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización</p> <p>b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;</p> <p>c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.</p> <p>La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones</p>	X	No se aplica controles a los servicios brindados, solamente se da un seguimientos a las quejas de los pacientes ante la contraloría de servicios

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.4.2	<p>La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe:</p> <p>a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;</p> <p>c) tener en consideración:</p> <p>1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;</p> <p>2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;</p> <p>d) determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.</p>	X	Los servicios que se brindan son únicamente los que se establecen en el contrato con la CCSS
8.4.3	<p>La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:</p> <p>a) los procesos, productos y servicios a proporcionar;</p> <p>b) la aprobación de:</p> <p>1) productos y servicios;</p> <p>2) métodos, procesos y equipos;</p> <p>3) la liberación de productos y servicios;</p> <p>c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas;</p> <p>d) las interacciones del proveedor externo con la organización;</p> <p>e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización;</p> <p>f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.</p>	✓	La cooperativa se encuentra sujeta al contrato que establece con la CCSS, por tanto en caso de algún cambio es la CCSS la encargada de hacer la notificación del cambio en los procesos, la cooperativa informa a los pacientes
8.5	Producción y provisión del servicio		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.5.1	<p>La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <p>a) la disponibilidad de información documentada que defina:</p> <p>1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar;</p> <p>2) los resultados a alcanzar;</p> <p>b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;</p> <p>c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;</p> <p>d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;</p> <p>e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;</p> <p>f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;</p> <p>g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;</p> <p>h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.</p>	X	Se da un cumplimiento parcial del apartado debido a que de la documentación utilizada solamente se encuentra disponible la información de los servicios ofrecidos y los requerimientos de los puestos
8.5.2	<p>La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio. La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.</p>	✓	En caso de la consulta médica, la trazabilidad corresponde al expediente, en caso de otras áreas se encuentra disponible los sistemas informáticos
8.5.3	<p>La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.</p>	✓	La información del paciente es estrictamente confidencial, por tanto se mantiene almacenada solamente para uso interno
8.5.4	<p>La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.</p>	✓	Los requisitos los extiende la CCSS
8.5.5	<p>La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. Al</p>	✓	La retroalimentación del cliente se

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
	determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios; b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios; c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios; d) los requisitos del cliente; e) la retroalimentación del cliente.		maneja mediante las quejas que llegan a la contraloría de servicios y los requisitos son los establecidos por la CCSS en el contrato
8.5.6	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	✓	Solamente la CCSS tiene la autoridad para sugerir cambios en la prestación del servicio y se almacenan las notificaciones
8.6	Liberación de los productos y servicios		
8.7	La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	✓	Cuando alguna cláusula cambia en el contrato la CCSS indica los cambios que se deben efectuar en la prestación del servicio
8.7.1	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios. La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) corrección; b) separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios; c) información al cliente; d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión. Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	✓	La forma de determinar no conformidades en el servicio es mediante las quejas que se llegan a la contraloría de servicios

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
8.7.2	La organización debe conservar la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	✓	La contraloría de servicios realiza el estudio de las quejas junto con la Dirección médica y a los paciente se les da una respuesta la cual se archiva
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación		
9.1.1	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.	X	No existen herramientas que permitan el seguimiento, medición, análisis y control del SGC
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información	✓	Se realizan encuestas internas de satisfacción al cliente
9.1.3	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	X	Cumplimiento parcial del apartado debido a carencia de registros que permita evaluar la información de seguimiento
9.2	Auditoría interna		
9.2.1	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad: a) es conforme con: 1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad; 2) los requisitos de esta Norma Internacional; b) se implementa y mantiene eficazmente.	X	Las auditorías que realizan son las que les aplica la Dirección Regional Norte, ya que no se realizan auditorías internas al SGC

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
9.2.2	<p>La organización debe:</p> <p>a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;</p> <p>b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;</p> <p>c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;</p> <p>d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;</p> <p>e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;</p> <p>f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</p>	X	Ausencia de planes para auditorías
9.3	Revisión por la dirección		
9.3.1	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	X	No se realiza revisión, ya que no existe el SGC
9.3.2	<p>La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:</p> <p>a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;</p> <p>b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:</p> <p>1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;</p> <p>2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;</p> <p>3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;</p> <p>4) las no conformidades y acciones correctivas;</p> <p>5) los resultados de seguimiento y medición;</p> <p>6) los resultados de las auditorías;</p> <p>7) el desempeño de los proveedores externos;</p> <p>d) la adecuación de los recursos;</p> <p>e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1);</p> <p>f) las oportunidades de mejora.</p>	X	No se realizan revisiones, controles o métricas ya que no se ejecutan auditorías por tanto no se realizan mejoras
9.3.3	<p>Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:</p> <p>a) las oportunidades de mejora;</p> <p>b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) las necesidades de recursos.</p> <p>La organización debe conservar información documentada como</p>	X	No se realiza análisis por parte de la Gerencia General y Dirección Médica de los elementos en ésta cláusula

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Observación
	evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.		
10	MEJORA		
10.1	La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras; b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	X	No existe evaluación de oportunidades de mejora
10.2	No conformidad y acción correctiva		
10.2.1	Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: 1) la revisión y el análisis de la no conformidad; 2) la determinación de las causas de la no conformidad; 3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X	Se da un cumplimiento parcial de la cláusula debido a que solamente se reacciona y se corrige la queja del servicio
10.2.2	La organización debe conservar información documentada como evidencia de: a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; b) los resultados de cualquier acción correctiva	✓	Se conservan evidencias de las quejas y de la corrección o solución (cuando aplique)
10.3	La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.	X	No se realiza el PHVA
11	CORRESPONDENCIA		

Fuente: Elaboración Propia (2017)

A partir de la información recopilada en la tabla 6, se obtiene que el porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de la norma que presenta actualmente la cooperativa es de un 43%, tomando en consideración todos los ítems de la norma, tal como lo muestra la Figura 39, en la cual se indica adicionalmente que la cooperativa tiene un 57% de no cumplimiento de los elementos que la norma INTE-ISO 9001:2015 solicita para lograr un SGC y por ende poder certificarse.

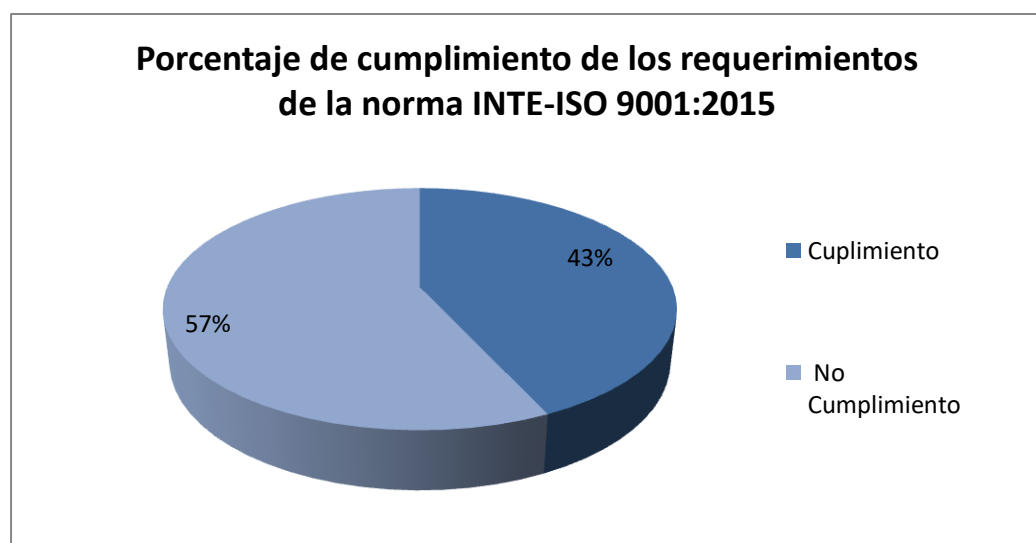


Figura 39: Porcentaje general de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015.

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Adicionalmente se realiza un análisis para determinar el porcentaje de cumplimiento de acuerdo a cada apartado de la norma, dicho análisis se representa en la Figura 40, en la cual se muestra que los apartados con los

mayores incumplimientos son el 4, 6, 9 y 10 con 100%, 100%, 88% y 100% respectivamente.

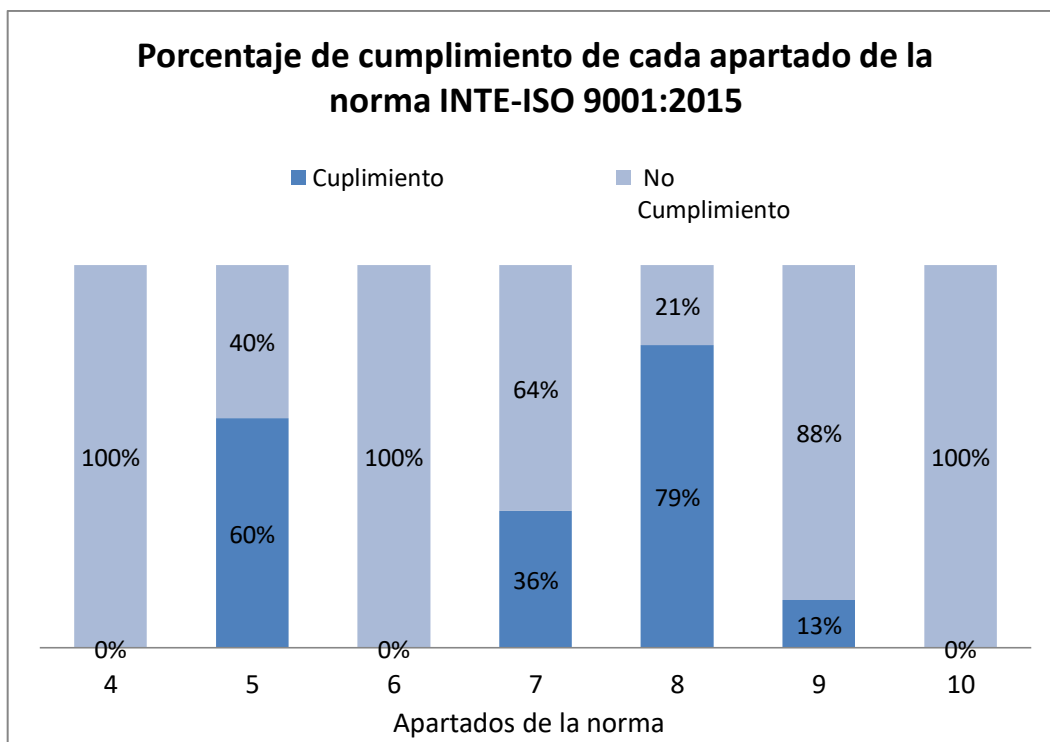


Figura 40: Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a cada apartado de la norma INTE-ISO 9001:2015

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Al identificar que los nivel de cumplimiento se encuentran tan bajos, se desea conocer a fondo el motivo por el cual la cooperativa no cuenta con algunos elementos de la norma, para tal efecto se utiliza la herramienta de los 5 porqués, cuya información se muestra en la Figura 41.

Se ha determinado que el problema es que el nivel de cumplimiento es muy bajo.

Porqué?

- Porque no cumplen con los requisitos que solicita la norma INTE-ISO 9001:2015

Porqué?

- Por que se desconoce la norma INTE-ISO 9001 y su alcance

Porqué?

- Por que se desconoce el beneficio de estar alineados con la norma

Porqué?

- Por que no tienen instaurado un SGC en la organización

Porqué?

- Por que no representa una exigencia para la cooperativa, por tanto existe desinterés

Porqué?

- Por que no es un requisito que se solicita en el momento de generar el contrato con la CCSS

Figura 41: 5 Porqués para identificar causa raíz por el bajo nivel de cumplimiento.

Fuente: Elaboración Propia (2017)

De la Figura 41 se extrae la siguiente causa: el no tener implementado un SGC no representa un impacto en el otorgamiento del contrato por parte de la CCSS, porque primeramente no es una exigencia o un requisito que solicita la entidad para poder adjudicar la licitación de la administración del área de salud, en cuyo caso se contemplan otros factores como experiencia, servicio al cliente, mejoras en la atención, quejas, entre otros.

CAPÍTULO V
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SOLUCIÓN

5.1 Propuestas de mejora

5.2 Elaboración y evaluación de las alternativas

Con base en el diagrama de causa efecto realizado ver Figura 6, la conversación con el personal de la clínica y la observación realizada como parte de la investigación se determina que existen procesos que pueden optimizar, se ha encontrado oportunidades de mejora en varias áreas lo que conlleva al beneficio de la clínica así como de los usuarios. A continuación se detalla cada una de las propuestas con su respectivo análisis de costos.

Detalle de las Propuestas

5.2.1 Propuesta 1: Unificación de Procedimientos

Descripción de la implementación de la propuesta

Cuando se toma en consideración la unificación de los procedimientos se logra una mejora en la comunicación con las áreas involucradas y se reduce el tiempo de búsqueda en documentos bajo el mismo nombre

Recursos para la implementación de la propuesta

- Ingeniero(a) de calidad para realizar los cambios
- Aprobación de la Gerencia General y dirección médica
- Revisión y firma de las áreas impactadas por el cambio

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

El ingeniero (a) debe realizar el procedimiento tomando en consideración a las áreas o departamentos implicados con el fin de que se involucren en el cambio que se va a realizar, asignar un código nuevo al procedimiento que se desea trabajar, actualizar el manual de calidad con el fin de obtener la versión nueva, comunicar a la Gerencia y a la Dirección médica para que estén enterados de cuándo va a salir la nueva versión.

Beneficio de la implementación de la propuesta

El beneficio radica en eliminar varios procedimientos con el mismo nombre, se reduce tiempo en la búsqueda del mismo y se evita confusiones entre las áreas que los utilizan. Implica adicionalmente una reducción de costo en papelería ya que se pasa de varios documentos a solamente uno.

Costo de la implementación de la propuesta

En la tabla 7 que se muestra a continuación, se detallan los costos de la implementación de la propuesta de acuerdo con las horas requeridas por parte del ingeniero para la ejecución de los cambios en los procedimientos, modificación en el manual de calidad, así como el tiempo requerido por las áreas para la respectiva revisión y aprobación de los cambios.

Tabla 7: Costos de implementación de la propuesta unificación de procedimientos

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	Horas invertidas	Costo por hora	Costo total

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	Horas invertidas	Costo por hora	Costo total
Ingeniero Calidad	5	₪3.278	₪16.390
Microbiólogo	1	₪3.827	₪3.827
Ejecutivo Recursos Humanos	1	₪2.993	₪2.993
Jefe Atención Primaria	1	₪2.606	₪2.606
Odontólogo	1	₪3.804	₪3.804
total	9	₪16.508	₪29.620

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.2.2 Propuesta 2: Segregación de horas en el agendamiento de citas

Descripción de la implementación de la propuesta

Se estima que la principal molestia de los pacientes radica en la espera, esto porque los pacientes de cada hora se citan a una hora específica, por lo que se propone dividir la agenda para que la espera del paciente sea menor y la saturación del servicio también.

Recursos para la implementación de la propuesta

- Gestor de IT para modificar el sistema de notificación en línea
- Capacitación del personal de Registros médicos para inculcar el cambio de información
- Un ingeniero (a) industrial para analizar el progreso y medición del resultados

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

El primer paso consiste en realizar un plan piloto en un segmento y medir los resultados mediante encuestas de satisfacción. Lo siguiente que se debe realizar es una modificación en el sistema por parte de IT, porque en el mensaje de la notificación de las citas en línea siempre indica que la cita es a la hora en punto y el aviso recordatorio indica que el paciente debe presentarse al centro de salud quince minutos antes de la hora de su cita. Seguidamente se debe impartir la capacitación al personal para que cuando se solicite la cita mediante llamada telefónica o en ventanilla se le indique al paciente la nueva directriz

Beneficio de la implementación de la propuesta

Mejora en la satisfacción del paciente debido a menor tiempo de espera en el proceso de la atención médica, además de evitar la saturación del servicio debido a que se divide la agenda y distribuye los pacientes durante la hora de la consulta.

Costo de la implementación de la propuesta

De acuerdo a la tabla 8 se evidencia el costo de la implementación por cada área involucrada en la mejora, se hace notable que el costo para la capacitación del personal de Registros Médicos involucra 20 colaboradores por tanto en las horas invertidas se indica las 20 horas que corresponde a una hora por persona. En resumen, el costo total para la implementación de es de alrededor de ¢106.806

Tabla 8: Costos de la implementación de la propuesta Segregación de horas en el agendamiento de citas

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	Horas invertidas	Costo por hora	Costo total
Ingeniero Calidad	12	Ø3.278	Ø39.336
Gestor de IT	10	Ø3.397	Ø33.970
Personal de REMES (20 personas)	20	Ø1.675	Ø33.500
total	42	Ø8.350	Ø106.806

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.2.3 Propuesta 3: Colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes

Descripción de la implementación de la propuesta

La propuesta consiste en colocar una copia de la cédula en los expedientes digitales de cada uno de los pacientes, con el fin de que cuando el paciente olvide su cédula de identidad no se vea en problemas para poder ser atendido.

Recursos para la implementación de la propuesta

- Gestor de IT para habilitar el sistema y crear alarmas
- Personal de Registros médicos para realizar el ingreso de las copias

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

La propuesta es que se debe solicitar la copia de la cédula a cada uno de los pacientes, escanearla y subirla en cada uno de los expedientes de los pacientes. Luego se debe crear una notificación para que al acercarse la fecha de

vencimiento de la cédula de identidad, el paciente sea alertado y pueda presentar nuevamente su copia de la cédula.

Beneficio de la implementación de la propuesta

Con la implementación de esta propuesta se puede brindar un mejor servicio a las personas que olvidan su documento de identificación ya que algunos pacientes no lo presentan y pierden su cita.

Costo de la implementación de la propuesta

Debido a que la población del cantón de Barva de Heredia es de 37 378 habitantes aproximadamente, es que debe invertirse una gran cantidad de horas por parte del personal de registros médicos para logra ingresar las copias de la identificación de los pacientes, para mejorar la identificación de estos. Si se establece un tiempo de 2 minutos por paciente, para capturar las imágenes de la cédula e incluir la fecha de vencimiento del documento con el fin de que se genere la alerta, se estaría estableciendo que en una hora se atenderían a 30 pacientes, por lo tanto para lograr atender a la población completa del cantón debe invertirse un total de 1 245 horas del personal de registros médicos, lo que representa una inversión económica significativa para la mejora de la atención en la cooperativa. Para detalle del cálculo de los costos, ver Tabla 9.

Tabla 9: Costo de implementación de la propuesta colocar una copia de la cédula en el sistema para mejora en la identificación de pacientes

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	Horas invertidas	Costo por hora	Costo total
Ingeniero Calidad	12	₪3.278	₪39.336
Personal de REMES	1245	₪1.675	₪2.085.375
total	1257	₪4.953	₪2.124.711

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.2.4 Propuesta 4: Colocar reloj de huella para identificar los pacientes

Descripción de la implementación de la propuesta

Se propone colocar un reloj de identificación por medio de huella, con el fin de que los pacientes que olviden su documento de identificación sean atendidos sin ninguna complicación

Recursos para la implementación de la propuesta

- Compra de los equipos, software y capacitaciones
- Gestor de IT
- Personal de Registros Médicos, farmacia, laboratorio y Odontología

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

Adquirir los equipos, realizar la instalación del software y programar la capacitación al personal de las áreas involucradas como son Laboratorio, Farmacia y todos los colaboradores de registros médicos

Beneficio de la implementación de la propuesta

Los pacientes se favorecerán, porque al olvidar su identificación no representa la pérdida inmediata de su cita médica, así como también el personal de registros médicos y todas las áreas que solicitan identificación pueden evitarse algún evento de violencia o mal trato por parte del paciente

Costo de Implementación

Con base en la información de la Tabla 10, se considera que se requiere un lector de huella para cada uno de los siguientes servicios: Emergencias, Laboratorio, Farmacia, Consulta Médica, Odontología y Afiliación, para un total de seis equipos, un software solamente, 2 sesiones de capacitación para involucrar a todas las áreas. El costo total aproximadamente se traduce en unos ₡5 086 576 de acuerdo con el tipo de cambio actual.

Tabla 10: Costos de implementación de la propuesta de colocar reloj de huella para identificar los pacientes

Recopilación de información sobre lectores de huella			
	Precio unitario	Cantidad	Total
Lector huella	\$850	6	\$5.100
Software	\$2.500	1	\$2.500
Capacitación	\$600	2	\$1.200
total	\$3.950		\$8.800

Fuente: Elaboración Propia (2017), Datos suministrados por la compañía tecnokare Costa Rica.

5.2.5 Propuesta 5: Capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage (sistema de priorización de pacientes)

Descripción de la implementación de la propuesta

Se propone realizar un entrenamiento exhaustivo al personal de Registros Médicos en el área de urgencias, de forma tal que cuando el paciente se presente a la ventanilla y se le pregunte el motivo de la consulta, el personal de registros médicos pueda asignar la categoría al paciente, y no que el médico deba ver el motivo de consulta de todos los pacientes para determinar a quien llama primero.

Recursos para la implementación de la propuesta

- Personal de registros médicos de urgencias
- Médicos de urgencias

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

Se debe contar con la participación de los médicos para que ellos sean quienes brinden la capacitación en triage, debido a la experiencia con la que cuentan, luego el personal de registros médicos se debe someter a una evaluación para comprobar lo aprendido.

Beneficio de la implementación de la propuesta

El principal beneficio que se identifica es que el paciente va a poder ser asignado en una categorización de acuerdo con la prioridad de su urgencia.

Costo de implementación

Con base en los costos calculados y representados en la tabla 11 respecto a la propuesta de capacitar al personal de urgencias en triage, en la casilla de las

horas del personal de registros médicos el total de las horas que son 576 corresponden a 4 personas los cuales son las personas que deben estar capacitadas para realizar la categorización de pacientes. Por su parte, un médico de urgencias es la persona encargada de impartir la capacitación, la cual consta de 144 horas presenciales.

Tabla 11: Costos de implementación de la propuesta de capacitación de personal de Registros Médicos de urgencias en Triage

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	Horas <i>invertidas</i>	Costo por hora	Costo total
Médico de Urgencias	144	₪3.813	₪549.072
Personal de REMES de urgencias (4 oficinistas)	576	₪1.675	₪964.800
total	720	₪5.488	₪1.513.872

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.2.6 Propuesta 6: Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

Descripción de la implementación de la propuesta

La realización de una auditoría basada en los requisitos de la norma INTE-ISO 9001:2015 permite evidenciar la situación actual de la organización, para que al optar por una certificación, sea más factible la identificación de los elementos

requeridos y con los que la cooperativa no cuenta en el momento, para poder trabajar en la elaboración de los mismos.

Recursos para la implementación de la propuesta

- Ingeniero (a) de calidad para realizar el análisis pertinente de los requisitos de la norma
- Todos las áreas comprometidas con el proyecto

Descripción de actividades de la implementación de la propuesta

Primeramente, debe contarse con el compromiso de la Gerencia General y de la Dirección Médica, para que se logre transmitir a todo el personal de los departamentos la aspiración a desarrollar un SGC, se debe realizar un análisis de los requerimientos solicitados por la norma, para determinar con cuáles de ellos se cuenta la cooperativa y determinar si se encuentran alineados a lo que la norma solicita, seguidamente de los elementos que no se tienen, debe desarrollarse un plan para diseñar, mejorar u obtenerlos.

Beneficio de la implementación de la propuesta

El beneficio principal de esta propuesta se enfoca en que al tener claro los requisitos existentes y los faltantes de la cooperativa, es mucho más sencillo enfocarse en trabajar para obtener los elementos que la norma solicita, para lograr la implementación del SGC.

Costo de implementación

Los costos de implementación son principalmente el desarrollo de la auditoría de los requerimientos de la norma por parte del ingeniero de calidad. Como lo muestra la Tabla 12, el ingeniero utiliza 40 horas, que corresponde a una semana laboral para llevar a cabo la auditoría y desarrollar el plan para la consecución de los elementos pendientes.

Tabla 12: Costo de implementación de la propuesta de desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

Cálculo de costo de la implementación			
Posición	<i>Horas invertidas</i>	Costo por hora	Costo total
Ingeniero(a) calidad	40	₡3.278	₡131.120
total	40	₡3.278	₡131.120

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.3 Selección e Implementación de la Propuesta de Mejora

Se les realiza una exposición a la Gerencia, Dirección Médica y Jefaturas y respecto a la implementación de las propuestas, los beneficios, los costos y el impacto que estas propuestas pueden presentar a la organización, luego de presentar las propuestas, con los detalles que implican, se obtiene la información de la Tabla 13 respecto de la implementación de las propuestas, en la cual se nota que solamente una de las propuestas fue aceptada.

Tabla 13: Propuestas expuestas a la Gerencia General y a la Dirección Médica

Propuesta	Condición
Unificación de procedimientos	Aprobada
Segregación de horas en el agendamiento de citas	Declinada
Colocar una copia de la cédula en el sistema	Declinada
Colocar reloj de huella para identificar los pacientes	Declinada
Capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage	Declinada
Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC)	Declinada

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Sobre las propuestas aprobadas

Para el desarrollo del proyecto se inicia con realizar un formato para los documentos de acuerdo con los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015, en el cual se incluye los elementos del encabezado, con base en ese formato se elaboran los procedimientos de las áreas operativas que corresponde a Enfermería, Atención Primaria, Registros Médicos, Odontología, Laboratorio, Medicina General, Farmacia, así mismo se realizan los procedimientos de las áreas administrativas, las cuales son Contabilidad y Finanzas, Recursos Humanos y Proveeduría, también se diseñan procedimientos para las áreas de soporte, que incluyen a Mantenimiento y Servicios Generales. Adicionalmente a los procedimientos para las áreas mencionadas, se elaboran los procedimientos Guía para elaborar documentos y Control Documental y el de Calidad y Mejora Continua. También se identifican los documentos y formularios tanto internos como externos a los cuales se les asigna una codificación como lo solicita el sistema.

Para el desarrollo de los procedimientos, procede a asignarse el código de acuerdo con el departamento o área al que aplica, y se utiliza el formato desarrollado, en el cual se incluye el alcance, propósito, responsables, así como los elementos requeridos para un sistema documental, se realizan los diagramas de flujo de los procedimientos, y, adicionalmente, se desarrollan los formularios para la solicitud documental, copias controladas y control de cambios.

Al contar con toda la documentación desarrollada, se procede a compilar la información en el manual de calidad, en el cual se indica datos de la clínica, así como su política de calidad y los objetivos, incluye también la misión y visión de la cooperativa, así como un cuadro con los procedimientos y su respectiva codificación y el cuadro de documentos tanto internos como externos.

Otro aspecto por considerar es que a causa de los objetivos de calidad con los que la cooperativa contaba se encontraban obsoletos, por tanto, se procede a desarrollar los nuevos objetivos de calidad, para estar alineados con los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad, y para trabajar en la mejora continua de la organización en cuanto a la atención de pacientes y prestación de servicios se refiere.

Sobre las propuestas declinadas.

De acuerdo con las respuestas brindadas por la gerencia General, la dirección médica y las jefaturas, respecto a las propuestas declinadas se dio una explicación de cada una de ellas, las cuales se detallan a continuación:

La propuesta de la segregación de las horas en el agendamiento de las citas es declinada, porque la cooperativa considera que al citar a los pacientes a la hora en punto el paciente puede ser adelantado en caso de que la atención de los pacientes sea en un tiempo menor, o bien, que si el paciente no pudo presentarse por algún motivo a la hora que le corresponde la cita pero éste puede llegar unos minutos más tarde, igualmente se va a atender el paciente, es decir no limitan al paciente a que si no está en el momento de ser llamado, va a perder su cita; sostienen que la clínica no puede negar la atención de los paciente y se trata de que los pacientes no queden ausentes por algún evento que les ocurriera.

Cuando se habla de la propuesta de colocar una copia de la cédula en el sistema para identificar a los pacientes, la justificación que se da es que la solicitud del documento de identificación es un requisito que la CCSS les indica en el reglamento, el cual debe solicitarse y debe estarse vigente, por tal motivo es declinada. Algo similar ocurre con la propuesta de colocar un marcador de huella para la identificación de los pacientes, ya que debe presentarse el documento físico que indique la validez o vigencia de dicho documento, adicionalmente que el costo para colocar los marcadores de huella es elevado para la implementación de dicho sistema.

Con el tema de la capacitación de personal de registros médicos de urgencias en Triage, se declina la propuesta, porque el perfil del personal de registros médicos no involucra estudios en el campo de la salud, por lo tanto no es correcto que la categorización la realicen personas que desconocen en profundidad el tema de síntomas o características de alguna enfermedad, ya que la cooperativa podría verse involucrada en aspectos legales o incluso causar el fallecimiento de alguna persona al asignar una categoría incorrecta en el momento de realizar el triage.

Respecto de la propuesta del Desarrollo de una auditoría con los elementos insoslayables de la norma INTE-ISO 9001:2015 para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), la Gerencia General y la Dirección Médica indican que realmente no están interesados y que el alcance de desarrollar un SCG como tal se sale de sus manos. Sin embargo, dicha auditoría se realizó sí como el desarrollo de los elementos de la auditoría.

Por los motivos antes expuestos, es que la Gerencia, la Dirección médica y las jefaturas declinan las propuestas, sin embargo se desea realizar un análisis de la propuesta de segregación en la asignación de citas, para evaluar el impacto en caso de haberse implementado, el cual se detalla a continuación.

Para el caso del departamento de TI, en el diagnóstico se indica que el departamento no tienen procesos definidos, y que en el momento que llega una persona nueva se le va dando las directrices de cómo proceder, sin embargo en las propuestas mencionadas puede evidenciarse que el departamento juega un papel muy importante para la cooperativa, ya que es la que se encarga de todo el

soporte en la parte de sistemas informáticos, se identifica que están presentes en el soporte técnico, asistencia en instalaciones de programas informáticos, mantenimiento de software, bases de datos y capacitaciones en los cambios generados en los sistemas

5.4 Análisis de la propuesta en caso de haberse implementado

Con base en la información obtenida de las explicaciones de la Gerencia, Dirección Médica y las Jefaturas, se sabe que la propuesta 2, Segregación de horas en el agendamiento de citas es la única que no tiene ninguna implicación legal o de normativa ante la CCSS, por tal razón desea realizarse el estimado del impacto de la propuesta en caso de haberse aceptado.

Para la propuesta a analizar se tiene que las primeras tres columnas de la tabla 14 representan la situación actual, en la cual se evidencia de que el paciente debe presentarse 15 minutos antes de su cita, y a pesar de decir que el paciente tiene hora de la cita de las 7:00 a.m. no todos pueden ser atendidos a la misma hora, por tanto el paciente 1 debe esperar 15 minutos, el paciente 2 debe esperar 30 minutos, el paciente 3 espera 45 minutos y el paciente 4 debe esperar 1 hora aproximadamente antes de ser atendidos y este comportamiento se repite en cada bloque de horas, con la propuesta realizada el paciente solamente debe esperar alrededor de 15 minutos cada uno, así que al comparar el tiempo de espera se identifica que con la propuesta se mejoran los tiempos que un paciente debe esperar a ser atendido y al realizar el cálculo del tiempo de espera se observa que existe una diferencia de tiempo que incrementa en 15 minutos, por lo que el

paciente 4 muestra un diferencial de tiempo de 45 minutos del estado actual al de la propuesta.

Al haber implementado la propuesta se hubiese mejorado en tiempo de espera de los pacientes en el proceso de atención, con ello la satisfacción del paciente.

Tabla 14: Estado actual y propuesta de mejora en el Agendamiento

Estado actual			Propuesta			Paciente	Diferencia de tiempo (minutos)
Hora Cita	Debe Presentarse	Tiempo de espera (minutos)	Hora Cita	Debe Presentarse	Tiempo de espera (minutos)		
7:00 a.m.	6:45 a. m.	15	7:00 a. m.	6:45 a. m.	15	Paciente 1	0
7:00 a.m.	6:45 a. m.	30	7:15 a. m.	7:00 a. m.	15	Paciente 2	15
7:00 a.m.	6:45 a. m.	45	7:30 a. m.	7:15 a. m.	15	Paciente 3	30
7:00 a.m.	6:45 a. m.	60	7:45 a. m.	7:30 a. m.	15	Paciente 4	45
8:00 a.m.	7:45 a. m.	15	8:00 a. m.	7:45 a. m.	15	Paciente 5	0
8:00 a.m.	7:45 a. m.	30	8:15 a. m.	8:00 a. m.	15	Paciente 6	15
8:00 a.m.	7:45 a. m.	45	8:30 a. m.	8:15 a. m.	15	Paciente 7	30
8:00 a.m.	7:45 a. m.	60	8:45 a. m.	8:30 a. m.	15	Paciente 8	45
9:00 a. m.	8:45 a. m.	15	9:00 a. m.	8:45 a. m.	15	Paciente 9	0
9:00 a.m.	8:45 a. m.	30	9:15 a. m.	9:00 a. m.	15	Paciente10	15
9:00 a.m.	8:45 a. m.	45	9:30 a. m.	9:15 a. m.	15	Paciente11	30
9:00 a.m.	8:45 a. m.	60	9:45 a. m.	9:30 a. m.	15	Paciente12	45
10:00 a.m.	9:45 a. m.	15	10:00 a.m.	9:45 a. m.	15	Paciente13	0
10:00 a.m.	9:45 a. m.	30	10:15 a.m.	10:00 a. m.	15	Paciente14	15
10:00 a.m.	9:45 a. m.	45	10:30 a.m.	10:15 a. m.	15	Paciente15	30
10:00 a.m.	9:45 a. m.	60	10:45 a.m.	10:30 a. m.	15	Paciente16	45
11:00 a.m.	10:45 a. m.	15	11:00 a.m.	10:45 a. m.	15	Paciente17	0
11:00 a.m.	10:45 a. m.	30	11:15 a.m.	11:00 a. m.	15	Paciente18	15
11:00 a.m.	10:45 a. m.	45	11:30 a.m.	11:15 a. m.	15	Paciente19	30
11:00 a.m.	10:45 a. m.	60	11:45 a.m.	11:30 a. m.	15	Paciente20	45
1:00 p. m.	12:45 p. m.	15	1:00 p. m.	11:45 a. m.	15	Paciente21	0
1:00 p. m.	12:45 p. m.	30	1:15 p. m.	12:00 p. m.	15	Paciente22	15
1:00 p. m.	12:45 p. m.	45	1:30 p. m.	12:15 p. m.	15	Paciente23	30
1:00 p. m.	12:45 p. m.	60	1:45 p. m.	12:30 p. m.	15	Paciente24	45
2:00 p. m.	1:45 p. m.	15	2:00 p. m.	12:45 p. m.	15	Paciente25	0
2:00 p. m.	1:45 p. m.	30	2:15 p. m.	1:00 p. m.	15	Paciente26	15

Estado actual			Propuesta				
Hora Cita	Debe Presentarse	Tiempo de espera (minutos)	Hora Cita	Debe Presentarse	Tiempo de espera (minutos)	Paciente	Diferencia de tiempo (minutos)
2:00 p. m.	1:45 p. m.	45	2:30 p. m.	1:15 p. m.	15	Paciente27	30
2:00 p. m.	1:45 p. m.	60	2:45 p. m.	1:30 p. m.	15	Paciente28	45
3:00 p. m.	2:45 p. m.	15	3:00 p. m.	1:45 p. m.	15	Paciente29	0
3:00 p. m.	2:45 p. m.	30	3:15 p. m.	2:00 p. m.	15	Paciente30	15
3:00 p. m.	2:45 p. m.	45	3:30 p. m.	2:15 p. m.	15	Paciente31	30
3:00 p. m.	2:45 p. m.	60	3:45 p. m.	2:30 p. m.	15	Paciente32	45

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Como parte de la propuesta para la implementación se desarrolló un diagrama de Gantt en el que se muestra las actividades y la duración de cada una de las etapas de la implementación del SGC, según los datos suministrados por la cooperativa, dicho proceso va a iniciarse en febrero del 2018, por las indicaciones de la cooperativa. Ver Figura 42

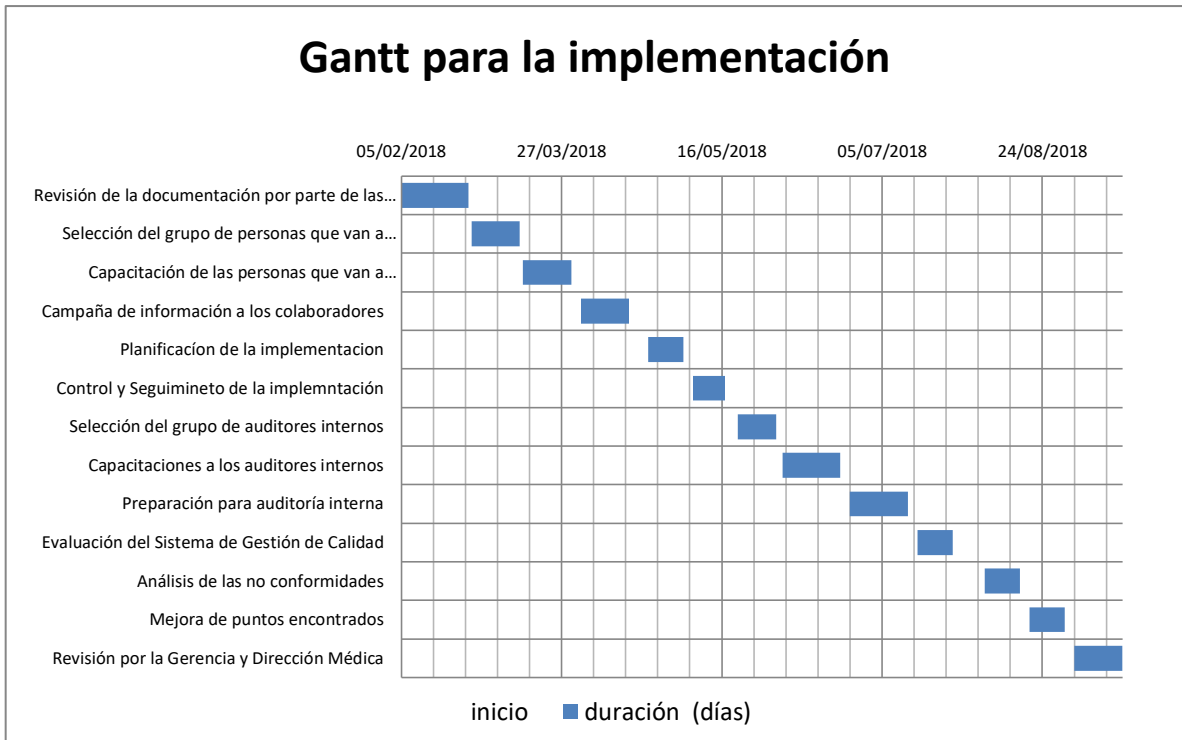


Figura 42: Diagrama de Gantt para la implementación

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Adicionalmente, se realizó una auditoría con los elementos “debe” de la norma INTE-ISO 9001:2015, que son obligatorios para el Sistema de Gestión de Calidad como parte de la mejora propuesta a la cooperativa, la cual se presenta a continuación según la Tabla 15.

Tabla 15: Matriz de auditoría de los requisitos insoslayables de la norma INTE- ISO 9001:2015 para la implementación.

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		
4.1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.	✓	Se realiza un FODA para entender el impacto del SGC en la organización considerando los elementos
4.2	La organización debe determinar a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad; b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.	✓	En una matriz de relación se identifica las jerarquías de los actores involucrados y se establece que el principal requisito es el apoyo para la realización e implementación
4.3	La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para establecer su alcance. Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar: a) las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1 b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado 4.2 c) los productos y servicios de la organización. La organización debe aplicar todos los requisitos de esta Norma Internacional si son aplicables en el alcance determinado de su sistema de gestión de la calidad. El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización debe estar disponible y mantenerse como información documentada. El alcance debe establecer los tipos de productos y servicios cubiertos, y proporcionar la justificación para cualquier requisito de esta Norma Internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su sistema de gestión de la calidad. La conformidad con esta Norma Internacional sólo se puede declarar si los requisitos determinados como no aplicables no afectan a la capacidad o a la responsabilidad de la organización de asegurarse de la conformidad de sus productos y servicios y del aumento de la satisfacción del cliente.	✓	Se definen los alcances del SG, se realiza un mapeo de procesos para definir los servicios involucrados
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
4.4.1	<p>La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:</p> <p>a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos;</p> <p>b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;</p> <p>c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos;</p> <p>d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;</p> <p>e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;</p> <p>f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1;</p> <p>g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;</p> <p>h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.</p>	✓	Se propone un Gantt para la implementación del SGC, con base en esto se va a estar analizando los procesos para la mejorara continua a través de las auditorías de manera que se deben asignar los recursos necesarios y responsables para mejorar los procesos e implementar los cambios requeridos
4.4.2	<p>En la medida en que sea necesario, la organización debe:</p> <p>a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus proceso</p> <p>b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.</p>	✓	Se elaboran procedimientos documentados con el fin de mantener la información accesible para la ejecución de los procesos y un manual de calidad
5	LIDERAZGO		
5.1	Liderazgo y compromiso		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
5.1.1	<p>La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad: a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) asegurándose de que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;</p> <p>c) asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización;</p> <p>d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos;</p> <p>e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles;</p> <p>f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>g) asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos;</p> <p>h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>i) promoviendo la mejora;</p> <p>j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.</p>	X	<p>Aun no existe mejora en el compromiso con el SGC debido a que no se han involucrado completamente con el proceso de implementación y que al no haber comunicado la importancia a los colaboradores el acceso a la información sigue siendo restringida</p>
5.1.2	<p>La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:</p> <p>a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;</p> <p>b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;</p> <p>c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.</p>	✓	<p>La cooperativa es consciente que su principal razón de ser es el paciente así como los servicios que se les brindan y la satisfacción de los mismos. Respecto a los riesgos se analizaron en la matriz elaborada</p>
5.2	Política		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
5.2.1	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que: a) sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica; b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad; c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables; d) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	✓	La política de calidad se mantiene vigente y se verifica que cumple con los elementos que solicita la norma
5.2.2	La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización; c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.	✓	La política de calidad se encuentra disponible para consulta tanto de los colaboradores como de las partes interesadas, de momento no se aplica ya que no ha sido explicada al personal
5.3	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional; b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas; c) informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora d) asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización; e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.	✓	Se propone un Gantt para la implementación del SGC por tanto involucra que se designen los responsables de las actividades y en el momento que se asignen los responsables se debe cumplir con los elementos que la norma solicita
6	PLANIFICACIÓN		
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
6.1.1	<p>La organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:</p> <p>a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;</p> <p>b) aumentar los efectos deseables;</p> <p>c) prevenir o reducir efectos no deseados;</p> <p>d) lograr la mejora.</p>	✓	Se realiza una matriz de riesgos en la cual se identifican los procesos críticos según la Gerencia y la Dirección Médica, en la cual se plantean controles para la mejora de los procesos y minimizar el impacto de aspectos críticos
6.1.2	<p>La organización debe planificar:</p> <p>a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;</p> <p>b) la manera de:</p> <p>1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.);</p> <p>2) evaluar la eficacia de estas acciones.</p>	✓	En la matriz de riesgos se proponen controles para abordar los riesgos identificados para los procesos críticos
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos		
6.2.1	<p>La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Los objetivos de la calidad deben:</p> <p>a) ser coherentes con la política de la calidad;</p> <p>b) ser medibles;</p> <p>c) tener en cuenta los requisitos aplicables;</p> <p>d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;</p> <p>e) ser objeto de seguimiento;</p> <p>f) comunicarse;</p> <p>g) actualizarse, según corresponda.</p> <p>La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.</p>	✓	Se plantean nuevos objetivos de calidad los cuales cumplen con los elementos que establece la norma, sin embargo no se han comunicado a los colaboradores
6.2.2	<p>Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:</p> <p>a) qué se va a hacer;</p> <p>b) qué recursos se requerirán;</p> <p>c) quién será responsable;</p> <p>d) cuándo se finalizará;</p> <p>e) cómo se evaluarán los resultados.</p>	X	Los objetivos de calidad se plantearon, sin embargo la cooperativa no ha determinado los aspectos de logística respecto al logro de los mismos

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
6.3	<p>Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar:</p> <p>a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;</p> <p>b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) la disponibilidad de recursos;</p> <p>d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.</p>	X	Aun no se realizan cambios en el SGC debido a que no está instaurado, sin embargo cuando se inicie con la implementación se debe realizar la evaluación de los elementos que se solicitan en ésta cláusula
7	APOYO		
7.1	Recursos		
7.1.1	<p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar:</p> <p>a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;</p> <p>b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.</p>	✓	Mediante las etapas previas a la implementación se debe destinar el recurso necesario, para tal efecto se desarrolló un Gantt
7.1.2	La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	✓	En el Gantt se propone la integración de grupos para la etapa de implementación
7.1.3	<p>La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA La infraestructura puede incluir:</p> <p>a) edificios y servicios asociados;</p> <p>b) equipos, incluyendo hardware y software;</p> <p>c) recursos de transporte;</p> <p>d) tecnologías de la información y la comunicación</p>	✓	La organización se encarga de la administración del área de salud de Barva de Heredia, por tal razón cuenta con la infraestructura y equipos necesarios para el desarrollo de las operaciones
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.	✓	Mantienen un ambiente agradable que permite el desarrollo de las actividades
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
7.1.5. 1	<p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados:</p> <p>a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas;</p> <p>b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.</p> <p>La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.</p>	✓	Con la implementación se debe destinar los recursos necesarios para la formación de equipos de trabajo de acuerdo a cada una de las etapas
7.1.5. 2	<p>Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe:</p> <p>a) calibrarse o verificarse , o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación;</p> <p>b) identificarse para determinar su estado;</p> <p>c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.</p> <p>La organización debe determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y debe tomar las acciones adecuadas cuando sea necesario.</p>	✓	Los equipos que requieren mantenimiento o revisión se encuentran dentro de los mantenimientos programados de las casas distribuidoras de equipos, así mismo cuando existe algún equipo dañado se notifica a mantenimiento
7.1.6	<p>La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.</p>	✓	Se encuentran informados respecto a cambios que indica la CCSS y en el momento que se deben realizar los mismos

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
7.2	<p>La organización debe:</p> <p>a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas;</p> <p>c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;</p> <p>d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.</p>	✓	la organización realiza la contratación del personal basado en competencias y estudios afines al puesto, se brindan capacitaciones en el temas de servicio al cliente y la información se almacena por parte de recursos humanos
7.3	<p>La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de:</p> <p>a) la política de la calidad;</p> <p>b) los objetivos de la calidad pertinentes;</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;</p> <p>d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p>	✓	se debe incluir como cultura organizacional en el momento que se implemente y brindar oda la información referente al tema de la calidad
7.4	<p>La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan:</p> <p>a) qué comunicar;</p> <p>b) cuándo comunicar;</p> <p>c) a quién comunicar;</p> <p>d) cómo comunicar;</p> <p>e) quién comunica.</p>	✓	El personal de la clínica se ha identificado más con el SGC, debido a las entrevistas y ayudas brindadas durante el proceso de recopilación de la información, pero no por la comunicación de la organización hacia ellos
7.5	Información documentada		
7.5.1	<p>El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:</p> <p>a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional;</p> <p>b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>	✓	Se elaboran procedimientos documentados y el manual de calidad

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
7.5.2	Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.	✓	Se diseñó un formato para la elaboración de documentos el cual incluye los elementos que solicita la norma
7.5.3	Control de la información documentada		
7.5.3.1	La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).	✓	La documentación pertinente se ubica en una carpeta compartida que administra TI que incluye los procedimientos y el manual de calidad
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición. La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar. La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas	✓	Se elabora un procedimiento y formularios para el control de versiones, además incluye el almacenamiento de los documentos
8	OPERACIÓN		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.1	<p>La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:</p> <p>a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios;</p> <p>b) el establecimiento de criterios para:</p> <p>1) los procesos;</p> <p>2) la aceptación de los productos y servicios;</p> <p>c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios;</p> <p>d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;</p> <p>e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para:</p> <p>1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;</p> <p>2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.</p> <p>La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización. La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario. La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados (véase 8.4).</p>	✓	Con la implementación se debe destinar los recursos necesarios para el evaluación, control y todos los elementos necesarios para el control de los procesos, de acuerdo con lo establecido en el Gantt
8.2	Requisitos para los productos y servicios		
8.2.1	<p>La comunicación con los clientes debe incluir:</p> <p>a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios;</p> <p>b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;</p> <p>c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes;</p> <p>d) manipular o controlar la propiedad del cliente;</p> <p>e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.</p>	✓	La comunicación con los clientes aborda la información de los servicios, las preguntas y los cambios en los mismos y las quejas. La información del cliente se controla mediante la información personal del mismo

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.2.2	<p>Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:</p> <p>a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:</p> <p>1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable;</p> <p>2) aquellos considerados necesarios por la organización;</p> <p>b) la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.</p>	✓	Los requisitos legales para la prestación de los servicios son de conocimiento de la Gerencia General y de la Dirección Médica
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios		
8.2.3.1	<p>La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:</p> <p>a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;</p> <p>b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido;</p> <p>c) los requisitos especificados por la organización;</p> <p>d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;</p> <p>e) las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.</p> <p>La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente. La organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de sus requisitos</p>	✓	Los requisitos son estipulados en el contrato que se realiza con la CCSS, donde se incluye los requisitos legales, los de la organización y los reglamentos, que son los que se le indican a los pacientes para su cumplimiento
8.2.3.2	<p>La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:</p> <p>a) sobre los resultados de la revisión;</p> <p>b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.</p>	✓	La organización almacena la información de los expedientes físicos y de los contratos con la CCSS
8.2.4	<p>La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.</p>	✓	Las notificaciones de cambios se efectúan con antelación

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios		
8.3.1	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	X	no se encuentra diseñado el proceso como tal
8.3.2	Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar: a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo; b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables; c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo; d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo; e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios; f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo; g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo; h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios; i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes; j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo	X	Carecen de planeamientos de diseño
8.3.3	La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar: a) los requisitos funcionales y de desempeño; b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares; c) los requisitos legales y reglamentarios; d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios. Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse. La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	✓	La cooperativa conoce y cuenta con los requisitos y normativas para la prestación de servicios que ofrece.

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.3.4	<p>La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) se definen los resultados a lograr; b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas; d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto; e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación; f) se conserva la información documentada de estas actividades. 	✓	Los registros que se almacenan respecto a no conformidades del servicio es en caso de alguna queja ante la contraloría de servicios
8.3.5	<p>La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) cumplen los requisitos de las entradas; b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios; c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación; d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta. <p>La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.</p>	X	No se realiza ningún análisis de salidas ni se realiza seguimiento a la provisión de servicios
8.3.6	<p>La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.</p> <p>La organización debe conservar la información documentada sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos. 	✓	Cuando se da un cambio en la prestación de los servicios es debido a alguna modificación por parte de la CCSS y el contrato con la modificaciones son conservados como evidencia ante alguna eventualidad
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.4.1	<p>La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:</p> <p>a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización</p> <p>b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;</p> <p>c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.</p> <p>La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones</p>	✓	No se aplica controles a los servicios brindados, solamente se da un seguimientos a las quejas de los pacientes ante la contraloría de servicios
8.4.2	<p>La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe:</p> <p>a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;</p> <p>c) tener en consideración:</p> <p>1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;</p> <p>2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;</p> <p>d) determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.</p>	X	Los servicios que se brindan son únicamente los que se establecen en el contrato con la CCSS

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.4.3	<p>La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) los procesos, productos y servicios a proporcionar; b) la aprobación de: <ul style="list-style-type: none"> 1) productos y servicios; 2) métodos, procesos y equipos; 3) la liberación de productos y servicios; c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas; d) las interacciones del proveedor externo con la organización; e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización; f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo. 	✓	<p>La cooperativa se encuentra sujeta al contrato que establece con la CCSS, por tanto en caso de algún cambio es la CCSS la encargada de hacer la notificación del cambio en los procesos, la cooperativa informa a los pacientes</p>
8.5	Producción y provisión del servicio		
8.5.1	<p>La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la disponibilidad de información documentada que defina: <ul style="list-style-type: none"> 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar; b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados; c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios; d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos; e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida; f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores; g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos; 	✓	<p>La documentación utilizada se encuentra digitalizada o bien en forma física. Con la propuesta de la implementación del SGC se debe generar grupos de trabajo para el seguimiento, medición, análisis de los resultados e implementación de mejoras, esto se propone en el Gantt</p>

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
	h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.		
8.5.2	La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio. La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.	✓	En caso de la consulta médica, la trazabilidad corresponde al expediente, en caso de otras áreas se encuentra disponible los sistemas informáticos, para el SGC es toda la documentación elaborada como los procedimientos de las áreas
8.5.3	La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.	✓	La información del paciente es estrictamente confidencial, por tanto se mantiene almacenada solamente para uso interno
8.5.4	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	✓	Los requisitos los extiende la CCSS
8.5.5	La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios; b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios; c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios; d) los requisitos del cliente; e) la retroalimentación del cliente.	✓	La retroalimentación del cliente se maneja mediante las quejas que llegan a la contraloría de servicios y los requisitos son los establecidos por la CCSS en el contrato

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.5.6	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	✓	Solamente la CCSS tiene la autoridad para sugerir cambios en la prestación del servicio y se almacenan las notificaciones
8.6	Liberación de los productos y servicios		
8.7	La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	✓	Cuando alguna clausula cambia en el contrato la CCSS indica los cambios que se deben efectuar en la prestación del servicio
8.7.1	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios. La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) corrección; b) separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios; c) información al cliente; d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión. Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	✓	La forma de determinar no conformidades en el servicio es mediante las quejas que se llegan a la contraloría de servicios

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
8.7.2	La organización debe conservar la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	✓	La contraloría de servicios realiza el estudio de las quejas junto con la Dirección Médica y a los paciente se le da una respuesta la cual se archiva
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación		
9.1.1	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.	✓	Se elabora un procedimiento de auditoría y se sugiere grupos de auditores internos donde ellos deben realizar un plan de evaluación, seguimiento y medición
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información	✓	Se realizan encuestas internas de satisfacción al cliente
9.1.3	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	✓	Mediante el resultado del proceso de la implementación se debe definir un plan con el fin de considerar las mejoras identificadas, aplicarlas y a su vez analizar los riesgos asociados
9.2	Auditoría interna		

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
9.2.1	<p>La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:</p> <p>a) es conforme con:</p> <p>1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad;</p> <p>2) los requisitos de esta Norma Internacional;</p> <p>b) se implementa y mantiene eficazmente.</p>	✓	Se elaboró un procedimiento para las auditorías internas del sistema de gestión de calidad con el fin de que se utilice para la evaluación del mismo
9.2.2	<p>La organización debe:</p> <p>a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;</p> <p>b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;</p> <p>c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;</p> <p>d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;</p> <p>e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;</p> <p>f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</p>	✓	En el procedimiento se establece que la Gerencia General y la Dirección Médica deben establecer la frecuencia y responsables de las auditorías, así como los demás elementos que solicita la norma
9.3	Revisión por la dirección		
9.3.1	<p>La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.</p>	✓	Una vez implementado la Gerencia General y la Dirección Médica deben planificar reuniones estratégicas para analizar el logro del SGC

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
9.3.2	<p>La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:</p> <p>a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;</p> <p>b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:</p> <p>1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;</p> <p>2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;</p> <p>3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;</p> <p>4) las no conformidades y acciones correctivas;</p> <p>5) los resultados de seguimiento y medición;</p> <p>6) los resultados de las auditorías;</p> <p>7) el desempeño de los proveedores externos;</p> <p>d) la adecuación de los recursos;</p> <p>e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1);</p> <p>f) las oportunidades de mejora.</p>	X	Al momento de implementar el SGC Gerencia General y la Dirección Médica deben revisar los resultados obtenidos en la auditoría, los logros, las mejoras y la puesta en marcha del cumplimiento de los elementos de ésta cláusula de la norma.
9.3.3	<p>Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:</p> <p>a) las oportunidades de mejora;</p> <p>b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad;</p> <p>c) las necesidades de recursos.</p> <p>La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.</p>	X	La Dirección Médica y la Gerencia deben establecer las acciones respecto a las mejoras detectadas por medio de la auditorías y evaluar los cambios necesarios en el SGC, así como los recursos
10	MEJORA		
10.1	<p>La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:</p> <p>a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras;</p> <p>b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;</p> <p>c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>	✓	Se propone la acción en el Gantt en la etapa de mejora de los puntos encontrados

COOPESIBA, R.L			
Norma ISO 9001-2015			
Matriz de Elementos "DEBE" Norma INTE ISO 9001-2015			
Ítem	Descripción	Cumplimiento	Evidencia
10.2	No conformidad y acción correctiva		
10.2.1	<p>Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:</p> <p>1) tomar acciones para controlarla y corregirla;</p> <p>2) hacer frente a las consecuencias;</p> <p>b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:</p> <p>1) la revisión y el análisis de la no conformidad;</p> <p>2) la determinación de las causas de la no conformidad;</p> <p>3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;</p> <p>c) implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y</p> <p>f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.</p>	✓	Se propone la actividad en el Gantt, para que se ejecute posteriormente de la implementación y de las auditorías
10.2.2	<p>La organización debe conservar información documentada como evidencia de:</p> <p>a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente;</p> <p>b) los resultados de cualquier acción correctiva</p>	✓	Se elabora un procedimiento de calidad y Mejora continua para el cumplimiento del manejo de las no conformidades
10.3	<p>La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.</p>	✓	Se propone realizar un PHVA para la mejora continua que se detalla en el procedimiento GG-P-002
11	CORRESPONDENCIA		

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Del análisis de la tabla 15 y a partir de los documentos desarrollados, es de importancia conocer el nivel de cumplimiento de los elementos que solicita la norma INTE-ISO 9001:2015, el cual se realiza a partir de un gráfico que se muestra en la Figura 43. En dicha Figura se identifica que la cooperativa se encuentra en un 83% de cumplimiento de los requisitos de la norma luego de haberse realizado el análisis de los puntos de mejora y haber desarrollado los documentos, objetivos, plan de implementación, entre otros. Cabe mencionar que durante la etapa de diagnóstico se encontró un porcentaje de cumplimiento de 43% (ver detalle en la Figura 39, mientras que en la etapa de diseño aumentó a un 83%.

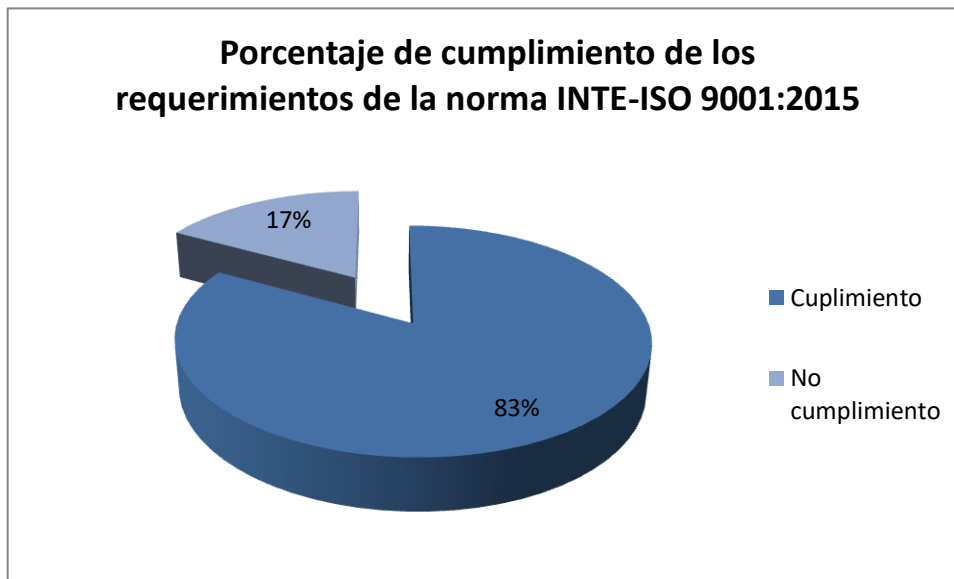


Figura 43: Porcentaje de cumplimiento de los requerimientos de la norma INTE-ISO 9001:2015

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Se lleva a cabo una matriz FODA, Figura 44, con el fin de identificar elementos claves para COOPESIBA, R.L, se logra identificar los aspectos negativos tanto internos como externos, de manera tal que pueda mejorarse, así como los aspectos positivos para reforzarlos y mantenerlos o mejorarlos.

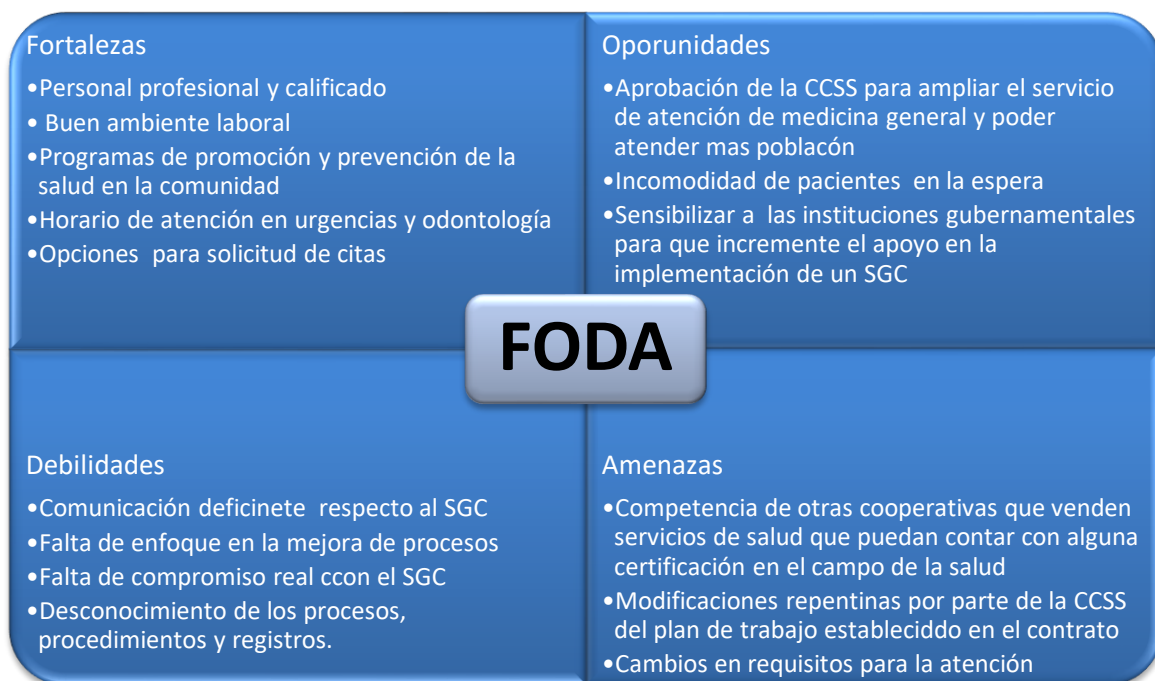


Figura 44: Matriz FODA para análisis del contexto de la organización

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Además de una matriz de relaciones con respecto a los actores involucrados en su respectivo orden jerárquico. La Figura 45 muestra las instituciones que deben apoyar a la cooperativa para la implementación de un sistema de gestión de calidad. Es de importancia que las instituciones gubernamentales fomenten la iniciativa de la cooperativa en los deseos de la implementación y que participen en las actividades. No solamente se trata de regular su operación, sino también se

trata de brindar el soporte necesario e incentivar las buenas prácticas, la mejora continua y el liderazgo de las organizaciones.



Figura 45: Jerarquía de los organismos involucrados

Fuente: Elaboración propia (2017)

Con base en los requerimientos de la norma, se realiza una matriz de riesgo, tabla 16, en la cual se evalúan los procesos críticos de acuerdo con lo que indican la Dirección Médica y la Gerencia. En la matriz se realiza un análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto del mismo, los cuales se califican con base en las tablas de probabilidad e impacto que se encuentran en la parte inferior de la matriz de riesgo y de acuerdo con la cuantificación de los elementos anteriores, se da el nivel de riesgo, el cual indica la gravedad y las indicaciones pertinentes a cada clasificación.

Tabla 16: Matriz de Riesgos

Matriz de Riesgo								
Proceso	Área	Tipo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Consecuencia	Nivel de riesgo	Control
Farmacia	Operaciones	Negativo	Inadecuada digitación de recetas (cupones)	2	2	Si el proceso continua con el error de digitación podría provocar consecuencias más grandes	4	Diseñar una herramienta con los códigos de digitación y mantenerla en área del digitador
		Negativo	Incorrecta preparación de las recetas (cupones)	3	2	De no detectarse el error se puede ver afectado el inventario al preparar incorrectamente la receta	6	Realizar un control cruzado entre los preparadores de los medicamentos antes de llegar a la revisión por parte del Regente
		Negativo	Inapropiada entrega de medicamentos a los pacientes	1	5	Si el medicamento se entrega erróneamente puede tener un impacto grave en el paciente	5	Indicar a los pacientes que verifiquen los medicamentos que están retirando
Laboratorio	Operaciones	Negativo	Indebida digitación de los códigos de los análisis	3	4	Al codificar incorrecto la muestra ésta se procesa incorrectamente y muestran resultados erróneos	12	Diseñar una herramienta con los códigos de digitación
		Negativo	Manejo inadecuado de las muestras de orina y heces	3	4	Las muestras se pueden confundir y se reportan resultados erróneos	12	Diseñar una herramientas para colocar las muestras de manera que se ubiquen en fila ayudando a optimizar el manejo de muestras y minimizar el riesgo de repetir alguna

Matriz de Riesgo								
Proceso	Área	Tipo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Consecuencia	Nivel de riesgo	Control
		Negativo	Descuido en el ingreso manual de los resultados	2	5	De reportar incorrectamente los resultados de un análisis, se podría diagnosticar al paciente sobre un resultado equivocado	10	Utilizar los códigos de barras de las etiquetas que tienen las muestras y adicionalmente rotular números consecutivos tanto en la muestra como en las láminas de los frotis
Registros Médicos	Operaciones	Negativo	Inadecuado archivo de documentos en papel en los expedientes	3	3	Al archivar los resultados se puede colocar en el expediente de otro paciente, provocando que el resultado se	9	Escanear los resultados y subirlos al expediente digital para evitar que se extravíen
		Negativo	Inadecuado servicio al paciente	3	2	En caso de no brindar un adecuado servicio puede provocar molestias y quejas de los pacientes	6	Realizar refrescamientos y fortalecer en las capacitaciones el tema de servicio al cliente
Proveeduría	Administrativos	Negativo	solicitud de insumos a destiempo	3	4	De no realizarse la solicitud a tiempo , los servicios en general se verían afectados por el retraso	12	Generar un recordatorio en el sistema o vía correo electrónico con el fin de notificar sobre la solicitud de insumos
Servicios Generales	Soporte	Negativo	Incorrecta esterilización de materiales	3	5	Si el material queda mal esterilizado y se utiliza en un procedimiento podría ingresarle una bacteria al paciente	15	adquirir una autoclave digital la cual emite una colilla con los parámetros de temperatura y presión los cuales se pueden verificar para mayor seguridad de una



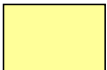
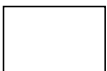
Matriz de Riesgo								
Proceso	Área	Tipo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Consecuencia	Nivel de riesgo	Control
								esterilización correcta
		Negativo	Inadecuada temperatura en el cuarto de almacenamiento	3	4	En caso de que se pierdan condiciones de temperatura del cuarto, el material almacenado se vería impactado	12	Colocar un formulario de control de temperatura y verificarla dos veces al día e instalar algún dispositivo de alarma sonora que indique cuando la temperatura se sale del rango establecido

Tabla de probabilidad

Nivel	Descriptor	Descripción
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias

Tabla de impacto

Nivel	Descriptor	Descripción
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre el proceso
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre el proceso
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre el proceso
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre el proceso
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre el proceso

LEYENDA							
		GRAVEDAD (IMPACTO)					
		MUY BAJO 1	BAJO 2	MEDIO 3	ALTO 4	MUY ALTO 5	
APARICIÓN (probabilidad)	MUY ALTA	5	5	10	15	20	25
	ALTA	4	4	8	12	16	20
	MEDIA	3	3	6	9	12	15
	BAJA	2	2	4	6	8	12
	MUY BAJA	1	1	2	3	4	5
	Riesgo muy grave. Requiere medidas preventivas urgentes. No se debe iniciar el proyecto sin la aplicación de medidas preventivas urgentes y sin acotar sólidamente el riesgo.						
	Riesgo importante. Medidas preventivas obligatorias. Se deben controlar fuertemente las variables de riesgo durante el proyecto.						
	Riesgo apreciable. Estudiar económicamente si es posible introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo. Si no fuera posible, mantener las variables controladas.						
	Riesgo marginal. Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas de partida.						

Fuente: Elaboración Propia (2017)

5.5 Cálculo de la inversión de la implementación de un sistema de gestión

Es deseable conocer la inversión que tendría la cooperativa en caso de realizar la implementación del sistema de gestión de calidad, por lo que se consideran dos escenarios diferentes: por medio de planilla o por servicios profesionales.

Se realiza un cálculo del costo de las horas invertidas en el proceso de recopilación de información para realizar el levantamiento de procedimientos y se obtiene que se realizan alrededor de 70 horas para un costo de ₡211311,73 tomando en consideración todo el personal que colaboró en las entrevistas, dudas, consultas y otros. Para tal efecto, en la tabla 17 se muestra la información detallada de los puestos y el salario por hora aproximadamente para cada uno los colaboradores,

Tabla 17: Inversión por área para la recopilación de la información

Tiempo y costo invertido por área en la recopilación de información			
Puesto	salario por hora aproximado	tiempo (horas)	Total
Médico	₡3.813	3	₡11.440
Enfermera	₡2.167	2	₡4.333
Jefe de enfermería	₡2.992	4	₡11.968
Regente farmacia	₡3.959	6	₡23.755
Bodeguero farmacia	₡1.314	2	₡2.628
Odontólogo	₡3.804	3	₡11.411
Microbiólogo	₡3.827	8	₡30.617
Jefe de atención primaria	₡2.606	4	₡10.423
Técnico de atención primaria	₡1.938	2	₡3.877
Jefe registros médicos	₡2.980	8	₡23.840
Secretaria de registros médicos	₡1.675	2	₡3.351
Ejecutivo de recursos humanos	₡2.993	4	₡11.970

Tiempo y costo invertido por área en la recopilación de información			
Puesto	salario por hora aproximado	tiempo (horas)	Total
Contador	Ø2.189	2	Ø4.378
Gestor de proveeduría	Ø2.585	5	Ø12.924
Ingeniero de mantenimiento	Ø3.336	4	Ø13.343
Técnico de mantenimiento	Ø1.908	2	Ø3.816
Encargado de centro de equipos	Ø1.730	2	Ø3.460
Gestor de TI	Ø3.397	7	Ø23.777
Total		70	Ø211.312

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Se ha calculado los costos en los que incurriría la clínica en el desarrollo de un sistema de gestión, apoyados en el principal ente que regula los trabajadores se toma como base la plantilla que la CCSS ofrece para el cálculo de los porcentajes de los aportes que la cooperativa debería pagar si el empleado estuviera inscrito en su planilla, así mismo se obtiene el salario de un ingeniero en la base de datos del ministerio de trabajo, el cual establece que el monto a pagar en de Ø629 935 mensuales. Con ayuda de la Figura 46, la cual es una herramienta que la pagina web de la CCSS facilita a los patronos, se determina los cargos sociales que la organización debe pagar para mantener a un trabajador en su planilla.

¢629,935.00

Caja Costarricense de Seguro Social			
Concepto	Patrono	Trabajador	Monto
SEM	9,25%	5,50%	¢92,915
IVM	5,08%	3,34%	¢53,041
TOTAL CCSS	14,33%	8,84%	¢145,956
Recaudación Otras Instituciones			
Institución	Patrono	Trabajador	Monto
Cuota Patronal Banco Popular	0,25%	-	¢1,575
Asignaciones Familiares	5,00%	-	¢31,497
IMAS	0,50%	-	¢3,150
INA	1,50%	-	¢9,449
TOTAL OTRAS INSTITUCIONES	7,25%	-	¢45,670
Ley de Protección al Trabajador (LPT)			
Concepto	Patrono	Trabajador	Monto
Aporte Patrono Banco Popular	0,25%	-	¢1,575
Fondo de Capitalización Laboral	3,00%	-	¢18,898
Fondo de Pensiones Complementarias	0,50%	-	¢3,150
Aporte Trabajador Banco Popular	-	1,00%	¢6,299
INS	1,00%	-	¢6,299
TOTAL LPT	4,75%	1,00%	¢36,221
Total			
	Patrono	Trabajador	Total
PORCENTAJES TOTALES	26,33%	9,84%	36,17%
MONTOS TOTALES	¢165,862	¢61,986	¢227,847

Figura 46: Plantilla de la calculadora salarial

Fuente: CCSS (2017).

Si el ingeniero se hubiese incluido en la planilla, el costo sería mayor debido a que a la cooperativa automáticamente se le incluirían las cargas sociales durante los cinco meses laborados, de la misma manera el ingeniero debería trabajar en

tiempo completo para la cooperativa de manera que las capacitaciones y la auditoría serían cubiertas por el mismo ingeniero. Así de ésta manera se obtiene un costo general de ₡4.056.285, tal como lo detalla la tabla 18.

Tabla 18: Cálculo de inversión por medio de la planilla

Cálculo de costos por medio de planilla	
Salario 5 meses	₡3.146.975
Horas entrevistas	₡211.312
Cargos CCSS (planilla)	₡829.310
Compra de la norma	₡50.000
Capacitaciones	₡0
Papelería	₡30.000
Auditoría	₡0
Total	₡4.056.285

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Por otra parte si la cooperativa contrata al ingeniero mediante servicios profesionales se presenta el siguiente panorama:

En la tabla 19 se muestra la información detallada del panorama de servicios profesionales, tomando en consideración que se trabajaron seis horas diarias durante veinte semanas

Tabla 19: Total de tiempo y costo para los meses laborados por el ingeniero

Tiempo y costo por el diseño del proyecto							
días laborados	horas por día	semanas laboradas	horas de trabajo	salario ingeniero	salario por hora	Salario por mes	Total de inversión
5	6	20	600	629.395	3.278	393.372	1.966.859

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Y considerando los costos de la compra de la norma, las capacitaciones al personal, la inversión de la papelería y los costos de la auditoría, se obtiene que la inversión correspondiente a ₡2418 171, de acuerdo a los datos suministrados en la Tabla 20.

Tabla 20: Cálculo de inversión por servicios profesionales

Cálculo de costos por servicios profesionales	
Pago salario	₡1.966.859
Horas entrevistas	₡211.312
Compra de la norma	₡50.000
Capacitaciones	₡85.000
Papelería	₡30.000
Auditoría	₡75.000
Total	₡2.418.171

Fuente: Elaboración Propia (2017)

Esta comparación permite notar que para la cooperativa económicamente es más rentable el pago de servicios profesionales, sin embargo al tener un ingeniero dentro de su nómina se puede realizar análisis de mejora continua del sistema de gestión de calidad, se puede realizar cambios en procedimientos, análisis de procesos, así como otras funciones que tiene e ingeniero, es decir, que el

ingeniero se encontraría realizando el ciclo de Deming (planear-hacer-verificar-actuar) constantemente para el beneficio de la organización y de los pacientes.

Cabe resaltar, a modo de síntesis que la cooperativa COOPESIBA R.L. solamente estuvo interesada en aceptar para la implementación de la mejora de unificación de los procedimientos formulados, es decir, que hasta el momento no se ha realizado ninguna otra implementación, sin embargo se ha recomendado una serie de propuestas de manera que la organización puede considerar como oportunidades de mejora en sus procesos, con ello, en el momento en que se desee retomar la implementación, que adicionalmente se desarrolló una auditoría de los elementos de la norma para que tengan una referencia de los ítems que necesitan reforzar.

CAPÍTULO VI:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Se realizó un diagnóstico de las herramientas con las que la cooperativa contaba, las cuales eran escasas, por tanto se realiza un mapeo de procesos, se elaboran 49 procedimientos de los procesos involucrados para las 13 áreas analizadas, identificando formularios y documentación interna y externa se desarrolla un manual de calidad como referencia para la cooperativa y se identifican los documentos presentes en la organización, así mismo se analizan los procesos y se identifica los que pueden ser mejorados. Esto se realizó a través de la consulta directa: entrevista con los empleados.

Adicionalmente se incluyeron elementos del sistema de gestión de calidad como lo son el análisis FODA, actores involucrados, matriz de riesgos y la auditoría de los requisitos de la norma.

Se diseña la propuesta de un sistema de gestión, a partir del diagnóstico de los elementos presentes y desarrollados durante las propuestas así como de los requisitos de la norma y se identifican los riesgos de procesos críticos, dejándolos como referencia para la posterior implementación del sistema en la cooperativa

Se realiza una evaluación del impacto en caso de haber aprobado la implementación de las mejoras propuestas, principalmente en el caso del agendamiento en el cual se evidencia la mejora en el tiempo de espera de los pacientes

Se analiza el entorno de COOPESIBA R.L. con el fin de desarrollar los procedimientos de todas las áreas de la organización, llevándose a cabo la elaboración de cincuenta procedimientos con sus respectivos diagramas de flujo, como sus respectivos formularios, adicionalmente se desarrolló el procedimiento de calidad y mejora continua para una futura implementación y su uso.

Se observó que en el momento de la recolección de información había desconocimiento de lo que la organización deseaba realizar por tanto el proceso de las entrevistas no resultó tan fluido ya que la información no se recopiló fácilmente, requiriendo inversión extra en tiempo, limitando el proyecto y obligándolo a su redefinición

El Sistema de Gestión de calidad, debe manejarse como un medio para conseguir la mejora continua y no como un fin para tal motivo, debido a que es un proceso que involucra diversas etapas y no solamente es la solución a los problemas organizacionales.

6.2 Recomendaciones

Es de suma importancia al desarrollar un SGC contar con un compromiso fuerte para apoyar las etapas del proceso, para transmitir ese soporte a los colaboradores y que el proceso sea más eficiente.

Al comenzar con el desarrollo de un SGC todo el personal involucrado en el suministro de información debe conocer el proyecto con el fin de contar con los datos de forma expedita.

Se recomienda realizar sistemas de gestión integrados, que incluya los requerimientos de la norma ambiental, de seguridad y salud ocupacional, elementos para la certificación del laboratorio clínico y el sistema documental para se involucre a todas las áreas de la cooperativa y que se obtenga una certificación robusta.

La mejora continua es una herramienta muy útil para la organización ya que permite identificar y analizar las oportunidades de mejora que se presentan que ayudan a fortalecer los procesos y por ende los servicios. Es importante que luego de la implementación se continúe realizando un ciclo Deming para la evaluación del sistema de gestión de calidad con el fin de que se empoderen de sus procesos y de las mejoras que se puedan extraer de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, J. Bolaños Madrigal, I. Tellie, G. (2017). ¿Cómo son los Hospitales de Costa Rica? Disponible en: <http://www.crimmigrationexperts.com/es/como-son-los-hospitales-de-costa-rica/>

Barrio, J. F. V., Fraile, F. G., & Monzón, M. T. (1997). Cómo implantar y gestionar la calidad total. 2ª ed. FC Editorial.

Blanco Restrepo, J & Maya Mejía, J (2005); Fundamentos de Salud pública. Tomo I Salud pública. 2da Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia

Camisón, C; Cruz, S; & Gonzáles, T. (2006). "La Calidad en el Servicio". Gestión de la Calidad: Conceptos, Enfoques, Modelos y Sistemas. 1ª ed. (pp. 893-945). España. Pearson Education.

Castilla Álvarez, MC. (2006); ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud. Temario Específico. Volumen i. Editorial MAD S.L. 1ª ed, Sevilla, España.

Castillo Serrano, C.A. (2014). Control estadístico de la Calidad. Instituto Tecnológico de Apizaco. Disponible en: <http://controlestadisticocarlostcastillo.weebly.com/159-w-1h.html>

Coopesiba. (2007). Antecedentes e historia. Costa Rica. Disponible en: <http://coopsalud.blogspot.com.ar/2007/03/costa-rica-coopesiba-rl.html>

Deming, W. E., & Medina, J. N. (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

Ente Costarricense de Acreditación (ECA). (2017) Disponible en: <http://www.eca.or.cr/>

Fernández Hatré, A. (2000). Calidad en las empresas de servicios. 1ª ed. Madrid. IFRForrell at Barrios, M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba. 2014. 30(2):179-183

García, P. (2015). ESTRUCTURA DE ALTO NIVEL NORMAS ISO 9001:2015 E ISO 14001:2015. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/estructura-de-alto-nivel-normas-iso-90012015-e-pablo-garc%C3%ADa-garc%C3%ADa>

Garrido Huanca, H A. (2013). Implementación de Sistema de Gestión de Calidad a Procedimientos Administrativos Técnicos en el Laboratorio Regional de la Dirección de Viabilidad- Región Metropolitana. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

Gestión de la Calidad Total. (1996). Guías para la gestión de la pequeña empresa. 3ª ed. Díaz de Santos. España.

Gil, P. (2001). La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona. ed Masson

Gómez Gómez, A. (2011). Sistema de Gestión de Calidad para la empresa Rectidiesel según los lineamientos de la norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2008. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Granados, J; Tetelboin, C; Torres, C; Pineda, D; Villa, B. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. 2011. 53 (4): 1-5

Gualpa Guerrero, E. (2015). Implementación de un sistema de Gestión de Calidad, para el proyecto Crecer del Gobierno Provincial de Azuay, según la normativa ISO 9001: 2008. Universidad Politécnica Salesiana. Cuenca, Ecuador.

Gutiérrez Pulido, H (2005); Calidad total y productividad. 2ª ed. México, McGraw-Hill Interamericana Editores.

Herótodo, H. (1994). Historias. 4ª ed. España. Ed AKAL

Herrera Mendoza, M. (2008). Diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad para una microempresa. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

Herrero. F, Durán. F. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. CEPAL. 2001. 109(1): 1-68

Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO). (2017). Disponible en: https://www.inteco.org/page/inteco.certifications_list

James, P. T. (1997). Gestión de la Calidad Total. Un texto Introductorio. Prentice Hall, España.

Kume, H. & Vasco, E. (1992). Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma.

Medina Jiménez, C M; Sotomayor Elizalde, J J. (2013). Reingeniería en Procesos Administrativos y Operativos en Clínica Medina. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Müller Rivas, A M, Rojas Rojas, J C. (2014) Implementación de la Norma de Calidad ISO 9001/2008 en la entrega de los Servicios de Educación, de Salud y Atención de Menores en la comuna de Puente Alto. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

Niebel, B. & Freivalds, A. (2009). Ingeniería industrial: Métodos, estándares y diseño del trabajo. 12ª ed. México. McGRAW-HILL.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). Atención Primaria de Salud: Renovando nuestro compromiso. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Be91a5KoLZ8>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Desafíos para la Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública. 1ª ed. Washington DC: Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. 1ª ed. Washington DC: Estados Unidos

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. 1ª ed. San José: Costa Rica.

Ortega Arribas, B. (2010), Implantación de un sistema de calidad en una empresa de fabricación de maquinaria. Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, España.

Peña, F. (2015). ¿En qué consiste una matriz de riesgos? Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/08/06/en-que-consiste-una-matriz-de-riesgos/#>

Plantamura, M. (2017). 5 Pasos para obtener la Certificación ISO 9001:2015. Disponible en: <http://www.quaragroup.com/es/post/5-pasos-para-obtener-la-certificacion-iso-90012015>

Ponce Talancón, H. La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Consejo

Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México.
(2007). 12(1) 113-130

Porter, M. (1998). Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia. México. CECOSA

Real Academia Española. (2017). Disponible en <http://www.rae.es/>

Rimac, A. (2015). Matriz de Riesgos. Disponible en: <http://www.nueva-iso-9001-2015.com/2015/11/como-analizar-los-riesgos-con-iso-9001-2015/>

Rodríguez. A, Bustelo C. La Compra de Servicios de Salud en Costa Rica. CEPAL. 2008. 201(1):1-48

Rojas, A. R. F. (2010). HERRAMIENTAS DE CALIDAD. 1ª ed. Madrid: España.

Ross, A G; Zeballos, J L; y Infante, A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2000. 8(1/2): 93-98

Sáenz, M R; Acosta, M; Muiser, J; Bermúdez, J L. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública de México. 2011. 53 (2): 156-167

Salas Perea, R; Díaz Hernández, L; Pérez Hoz, G. Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2013. 27(2):287-293

Salazar López, B. (2016). Ingeniería Industrial online. Colombia. Disponible en: <https://www.ingenieriaindustrialonline.com>

Sanabria Aguilar, M. (2012). Formulación de un Modelo Óptimo de Referencia Orientado a la Excelencia para la Gestión de la Calidad de la Salud Pública Costarricense. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica

Serrato Quiroga, A E. (2012). Diseño y Documentación del Sistema de Gestión por Procesos de Medicol USA, Inc. Con base en el sistema de Gestión de Calidad (ISO 9001: 2008). Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia.

Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIDBI). (2017).
Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/>

Sistema de Bibliotecas del Tecnológico de Costa Rica. (SIBITEC). (2017).
Disponible en: <https://repositoriotec.tec.ac.cr/>

Sojo, A. Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de la Gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. CEPAL. 1998. 27(1): 1-46

Solórzano, G; Aceves, JN. Importancia de la calidad del servicio al cliente para el funcionamiento de las empresas. El buzón de Pacioli Instituto. Tecnológico de Sonora. 2013. 82.: 4-13

Teruel, M; Lapresta, J, Rossel, N., Diestre, A., & Marco, J. (2006). Guía para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad. 1ª ed. Asturias: España
Universidad Cooperativa de Colombia. (2015). Sistema de Gestión Integral. Sistemas de Gestión de Calidad. Disponible en: <http://www.ucc.edu.co/sistema-gestion-integral/Paginas/sistema-gestion-calidad.aspx>

Urroz Torres. O & Allen Flores, P. (2004). Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local. Caja Costarricense de Seguro Social. 1ª ed. San José: UCR

Vázquez Pool, Y. (2014). ¿Qué es y para qué sirve un mapeo de procesos? Columna Universitaria. Disponible en:

<http://yeux.com.mx/ColumnaUniversitaria/que-es-y-para-que-sirve-un-mapeo-de-procesos/>

Zarzuela Estrada, M. (2016). Planeación y Gestión de la Calidad. Atlantic International University. Disponible en:
<http://www.aiu.edu/publications/student/spanish/planeacion-y-gestion-de-la-calidad.htm>

<http://www.crimmigrationexperts.com/es/como-son-los-hospitales-de-costarica/>

Apéndices

Apéndice 1

Proceso de Pre-Consulta

- Es la etapa previa a tener la consulta con el médico
- El paciente se presenta el día de su cita (la cual ha solicitado previamente por los medios destinados para éste fin)
- El Paciente presenta los documentos (cédula, carnet y la orden se verifica mediante internet) y se verifica que los documentos se encuentren al día
- El paciente espera a ser llamado por parte de los enfermeros
- El enfermero llama al paciente por su nombre, lo ingresa al consultorio de enfermería para iniciar con la pre consulta
- Se corrobora la identificación del paciente y determina que programa de atención aplica.
- Se realiza la toma de signos como la presión arterial, el peso y la talla.
- El enfermero realiza la valoración nutricional, interpretando el peso y la talla según la gráfica nutricional correspondiente, completa la gráfica electrónica y física.
- Se realiza el llenado de papelería que corresponde a unos test o preguntas que se le realiza a la población
- Se da la información al paciente respecto a temas de nutrición, sexualidad, proyecto de vida u otros temas en los cuales los enfermeros se encuentran capacitados, éstos temas corresponden a promoción de la salud

- Se revisa el esquema de vacunas del paciente verificando según edad y condición del paciente con el fin de determinar si se encuentran completas
- Se llena el expediente digital por parte del (la) enfermero (a) con los datos del paciente y las acciones que se le realizaron
- Se realiza la captación, del paciente según programa correspondiente y se anota en los listados de control. La captación del paciente corresponde a categorías dentro de las que se ubica a cada paciente de acuerdo a su condición, es decir, las mujeres embarazadas corresponden a una categoría, los niños hasta los once años corresponden a la categoría de crecimiento y desarrollo y los jóvenes caben en la categoría de adolescentes.
- El paciente sale de la enfermería y permanece en la salita de espera a ser atendido por el médico.

Apéndice 2

Proceso de Consulta en Enfermería

- Las consultas que brindan los enfermeros (as) corresponden a Crecimiento y desarrollo el cual es donde se atienden los niños, en ésta consulta se evalúan factores como el peso, el crecimiento o evolución que va teniendo el niño y dicha consulta se realiza hasta los once años que es el momento en que para la CCSS el niño pasa a ser un adolescente y debe pasar a otro programa, el otro tipo de consulta es la de Adolescente, en la cual se atiende a jóvenes de 11 a 18 años, el programa de atención de

adolescentes incluye y el otro tipo de consulta corresponde a la del Papanicolaou, en la cual se le realiza el examen a las mujeres sin necesidad de que tengan que solicitar cita con el médico ya que la consulta la realizan los enfermeros (as)

- El paciente se presenta el día de su cita (la cual ha solicitado previamente por los medios destinados para éste fin)
- El Paciente presenta los documentos (cédula, carnet y la orden se verifica mediante internet)
- Se verifica que los documentos se encuentren al día
- Se llama al paciente por su nombre y se ingresa al paciente al consultorio de enfermería para dar inicio a la consulta
- Se corrobora la identificación del paciente y determina que programa de atención aplica.
- Se lleva a cabo la historia clínica y examen físico del paciente, con el fin de llegar a un diagnóstico. Se da la información al paciente
- Se toma signos como la presión arterial, el peso y la talla, se verifica esquema de vacunas
- Se llena el expediente digital por parte del (la) enfermero (a) con los datos del paciente. Toda la información se ingresa en el expediente digital.
- El paciente sale de la enfermería

Apéndice 3

Proceso de Post-Consulta

- Una vez que el médico ha atendido al paciente, se determina si requiere alguna receta
- El paciente pasa a registros médicos y se le sellan las boletas con los que el médico indique, en caso de requerir una inyección
- El paciente espera en la sala de espera a ser llamado
- Se llama al paciente por su nombre para ejecutar la post-consulta.
- Se corrobora la identificación del paciente
- Se da orientación al usuario y su familia, en los procedimientos que se les va a realizar.
- El enfermero cumple con las indicaciones médicas y las registra en el expediente electrónico
- Luego el paciente se retira.

Apéndice 4

Visitas Domiciliarias

- La programación de las visitas se realiza mediante un instrumento de programación que indica la cantidad de visitas que se deben realizar por zonas se realizan para tener censada de la población y conocer la condición de salud de la población
- El instrumento de la programación se alimenta de la información de los balances de los años anteriores y de las adscripciones al centro de salud
- La programación se hace de acuerdo a la zona que se va a visitar, ya que si a zona es muy alejada se toma en consideración y se reduce la cantidad de

visitas efectivas, lo cual quiere decir que son visitas en las que se encuentran las personas en los hogares y se pudo tomar la información y los datos.

- En promedio se debe realizar alrededor de 10 visitas efectivas por día, en caso de no poder cumplir con la programación por el motivo de que muchas veces los miembros de la familia trabajan entre semana, se realiza la visita un sábado con el fin de lograr captar la información
- Se asignan las visitas de acuerdo a la zona establecida y todas las poblaciones del cantón deben ser atendidas
- El técnico de atención primaria debe buscar las fichas de los hogares de acuerdo a la zona que se va a visitar. Dichas fichas son unas boletas desplegadas que contiene datos que se deben completar con información de los miembros de cada familia, incluye una sección de vacunas, otra sección de enfermedades, un espacio para anotaciones del técnico de Ataps, también contiene un croquis de la zona visitada en el cual se anotan casos de contaminación o con presencia de criaderos de insectos.
- El técnico se dirige al Ebais de la zona en la que se va a realizar la visita, de ahí se desplazan a los hogares para recolectar la información.
- El técnico de Atap se identifica con el paciente, indica su nombre, el motivo de la visita y solicita permiso para ingresar a la vivienda
- Se realiza la visita por parte del técnico, en la cual se procede a obtener las medidas antropométricas (peso, talla, IMC) en los niños y adolescentes miembros de cada hogar. Se revisa el esquema de vacunación y se

interroga sobre las mismas. Levanta una lista de vacunación, y procede a realizar las referencias necesarias

- Nota: En caso de que el paciente no asista al centro médico según su referencia, el ATAP se presentará en el hogar para llevar a cabo la vacunación.
- Se solicita información sobre la condición de salud del grupo familiar mediante la entrevista, en la cual se le consulta a cada miembro si presenta enfermedades crónicas y si está asistiendo a control, si conoce su presión arterial, niveles de azúcar y de colesterol, se consulta y/o se observa comportamientos sobre casos de violencia intrafamiliar o abuso con el fin de poder evaluar el nivel de riesgo, el cual se clasifica en: Riesgo 1, Riesgo 2: la prioridad media, la frecuencia de las visitas es dos veces al año y Riesgo 3: prioridad baja, y la frecuencia de la visita es una vez al año
- El nivel de riesgo 1 es cuando en el hogar hay evidencia de abuso o violencia a cualquier miembro, o bien cuando existen mujeres embarazadas que no llevan control prenatal, en dichos casos se le da seguimiento a la visita y se le hacen 3 visitas domiciliarias a la familia en la que se dio el evento, con el fin de analizar si ha habido algún cambio, por tanto la prioridad de las visitas es alta. En el caso del nivel de riesgo 2 que es una condición que no provoca ningún efecto en la vida de la persona pero se debe dar seguimiento como control, en este caso el evento se debe atender con una prioridad media., en cuyo caso la frecuencia de las visitas es de dos veces al año y la prioridad en que se debe realizar las visitas es en media.

Cuando se habla de nivel de riesgo 3 es para casos en los que se encuentra alguna situación en la que se da información y recomendaciones con las cuales se pretende que la familia mejore las condiciones y el evento no trascienda, en este caso se realiza solamente una visita al año y la prioridad de la visita es baja.

- Al finalizar la visita ofrece información, de acuerdo a las necesidades de salud de los miembros de la familia, y le hace entrega de brochures.
- Basado en la información obtenida en la visita, el técnico identifica el riesgo y realiza la calificación. Si el evento cae en riesgo 1, indica que la prioridad de la visita es alta y se debe programar 2 visitas adicionales en el año.
- Se regresa al centro de salud y se ingresa la información en el sistema
- Según los casos encontrados en la visita, elabora referencias de seguimiento, en cuya etapa se debe programar las visitas de seguimiento o control de acuerdo a la clasificación del riesgo

Apéndice 5

Vigilancia Epidemiológica

- Es un trabajo que se realiza cuando existe sospecha de uno o varios casos de riesgo ante alguna epidemia.
- Cuando se detecta un caso de alguna situación que pueda poner en riesgo a más personas, el médico que atiende el evento completa una boleta que hace llegar al jefe de atención primaria

- El departamento de atención primaria destina el recurso (técnico de atención primaria) para realizar el estudio del caso
- El técnico se dirige a la casa de la persona que presenta la situación o enfermedad, y se encarga de llevar brochours con información y realizar revisiones para evitar que se propague o enferme a otras personas.
- Se hace un recorrido por los alrededores de la casa donde ocurrió el evento y a los vecinos se les da información para la prevención de otros contagios
- Una vez que el técnico ha realizado el barrido, se regresa al centro de salud y se realizan estudios en caso de que exista alguna epidemia

Apéndice 6

Trabajo Escolar

- Se realiza una vez al año en todas las escuelas públicas y privadas del cantón
- El jefe de atención primaria debe realizar la planeación de las actividades así como los cronogramas de lo que se va a realizar.
- Se debe entregar las boletas para la solicitud de permisos en las escuelas, para que del centro educativo se las hagan llegar a los padres de familia y ellos autoricen el trabajo que se va a llevar a cabo.
- El técnico de atención primaria se dirige al centro educativo procede a identificarse con los docentes y alumnos, indicándoles su nombre, y el motivo de visita

- El técnico de atención primaria trabaja con el niño, en el escenario escolar, se debe obtener las medidas antropométricas (peso, talla, IMC), se realiza la vacunación, se toma la presión arterial, a los niños se les entrega desparasitante se efectúa la revisión bucodental y se les aplica el flúor, se hace la revisión Pediculosis, se aplica el manual auditivo y visual, también se identifica los casos de niños con VIF (violencia intrafamiliar)
- Se realiza la entrega de información escrita a los niños y lleva a cabo la recolección de firmas como evidencia de la realización de la visita.
- El técnico de atención primaria debe generar el informe donde documenta en una tabla resumen todo el trabajo realizado en el centro educativo
- Una vez que se hizo el trabajo escolar se hace entrega de la copia de resultados de Hemogramas a docentes, padres de familia, Dirección y con copia al Registro del Trabajo Escolar.
- Además se debe entregar copia de las medidas de peso y talla al docente, y las referencias de seguimiento de los niños que presentan alguna condición como sobrepeso, problemas bucodentales u otra condición que se debe llevar el seguimiento y control para la mejora en la salud

Apéndice 7

Balances

- Consolidados generales de las visitas domiciliarias por cada sector. Es un resumen de la información obtenida durante de todo el año en las visitas domiciliarias.
- Esta información se realiza y se envía a la Dirección Regional y los datos ayudan a alimentar el Análisis de la Situación de Salud del Área (ASIS)
- El técnico de ATAP debe generar los balances de acuerdo a cada zona visitada y evaluada.
- El técnico debe extraer datos como población por edades, papanicolaus partos, información sobre vacuna, nacimientos, riesgos y tipo de riesgo,
- El jefe de Atención Primaria es quien realiza el consolidado general utilizando los cubos estadísticos es una herramienta que les suministra la CCSS para realizar los consolidados

Apéndice 8

Adscripción.

- El proceso de adscripción es cuando el paciente que se presenta por primera vez a ser atendido en el centro de salud se presenta para realizar la afiliación al servicio de salud. Y así tener su carnet de asegurado.
- Si el solicitante es quien requiere la adscripción para sí mismo y es asegurado directo, no debe llenar ningún documento y el carnet se le entrega de inmediato

- En caso de que el solicitante desee asegurar a alguna persona (beneficio familiar) se debe presentar los documentos como la Cédula, la orden patronal se revisa en línea y/o algún documento que lo acredite como pensionado, un recibo actual de agua o luz, los requisitos que se solicitan de acuerdo al reglamento de la CCSS, también se debe llenar el formulario de beneficios familiares con la información.
- Se realiza el estudio de los requisitos y la información del formulario, para tal fin se utiliza la página de registro civil para confirmar algunos datos como estado civil de los solicitantes, en caso de encontrar información falsa, se procede a la negación del beneficio.
- Una vez que se ha revisado la información y todo está correcto, se procede a asignar el lugar de atención de acuerdo a la zona o dirección que el paciente indique y se confecciona el carnet de asegurado familiar.
- Se procede a revisar el tipo de aseguramiento que tiene la persona, ya sea Asegurado Directo, por algún Beneficio (seguro voluntario, trabajador independiente) o pensionados
- Cuando se rechaza alguna solicitud es debido a algún incumplimiento de los requisitos que solicita el reglamento de la CCSS, en ese caso se le informa al paciente el estado de su solicitud y si el paciente solicita una apelación se le responde basado en el reglamento de la CCSS
- Se otorga el carnet de asegurado después de 10 días hábiles en que se ha realizados los estudios

Apéndice 9

Archivo

- Se utilizan expedientes digitales que se encuentran en el sistema SIIS y también se utilizan expedientes físicos que contienen todo el record de citas del paciente antes del 2008
- El expediente físico se utiliza cuando se tiene un examen pendiente que no es digitalizado y lo remiten desde el hospital hacia el área de salud, por lo tanto se archiva en el expediente.
- El encargado de archivo recibe una lista todos los días en la cual se le indica los expedientes que se requieren para el día siguiente, dicha lista se genera a partir de la agenda de la solicitud de citas, el encargado del archivo busca el expediente y los lleva al área de medicina general o atención médica.
- Al tomar un expediente se coloca en el estante una guía faltante que indica el número de cédula del expediente que se está tomando, también el área a la cual se va a llevar el expediente, la fecha en que se saca el expediente y el responsable de tomarlo
- Las guías faltantes tienen un color diferente para cada día lo que permite facilitar la visualización de los expedientes que se ha tomado
- El expediente puede permanecer máximo 24 horas fuera del archivo, en caso de que haya pasado más de ese tiempo, el encargado del archivo debe localizar el expediente para colocarlo nuevamente en su ubicación.

- Cuando el expediente ya se ha utilizado, se llama al encargado de archivo para que los recoja y una vez que el expediente es devuelto al archivo y se remueve la guía faltante que se colocó anteriormente

Apéndice 10

Servicio al Paciente

- El paciente se presenta el día de su cita (la cual ha solicitado previamente por los medios destinados para este fin.
- El Paciente presenta los documentos (cédula, carnet y la orden se verifica mediante internet) y se verifica que los documentos se encuentren al día
- Luego de ser atendido por el médico.
- El paciente presenta las boletas de medicamentos o de laboratorio que el médico le ha enviado y el secretario (a) de Registros Médicos se encarga de sellar la documentación como las recetas de farmacia o las boletas de solicitud de exámenes en el laboratorio, se encarga de indicarle al paciente que debe hacer, donde debe dirigirse y el horario de atención de los otros servicios e indicaciones.
- El oficinista o secretario(a) de Registros médicos es quien se encarga de recibir al paciente en el área de urgencias y en odontología se encarga de verificar sus documentos e incluso del sello de documentación

- Los oficinistas también se encargan de incluir en los expedientes los exámenes que están en documento físico como por ejemplo los resultados que llegan del hospital
- El oficinista también es el encargado de llamar a los pacientes a sus hogares en caso de alguna modificación de la agenda de alguna cita, en el caso de las visitas a domicilio cuando ya han sido programadas el oficinista debe llamar a la casa del paciente para notificarle que se van a presentar para la atención en el hogar ya sea para atención
- Debe coordinar los transportes cuando se debe hacer traslados cuando se realizan domicilios, atención en el hogar, u otras actividades que requieran que el personal se traslade
- Realiza los pedidos de proveeduría de cada área
- Se encarga de llevar el manejo de las coberturas, deben de estar pendientes de llamar y contactar a los pacientes. estar pendientes de las listas que se generan de las coberturas para lograr cumplir con las metas y con el contrato que se ha pactado con la CCSS

Apéndice 11

Estadística y Programación

- Las estadísticas se realizan ya que es el documento con los resúmenes para enviar a la CCSS, debido a que es una solicitud mensual en el cual se incluye datos de interés como la cantidad de pacientes atendidos en

general, como también la cantidad que atiende cada médico, incluye cuadros con los tiempos programados para actividades o para atención de pacientes, otros cuadros se realizan con la cantidad de pruebas que hace laboratorio, la cantidad de urgencias, y otros datos

- El informe estadístico corresponde a la factura que la CCSS paga a Coopesiba por los servicios
- Se toman los datos del data análisis de acuerdo a cada uno de los cuadros, para proceder con el análisis de la información
- Se generan los cuadros uno a uno, se revisa toda la información que coincida todo lo que se está reportando tanto en el data análisis contra el cuadro de programación
- En caso de encontrar alguna incongruencia se debe aclarar con cada área, el jefe de cada servicio debe justificar todo aquello que no esté calzando.
- Con toda la información lista se genera el boletín mensual y se envía a las oficinas centrales de la CCSS
- El presupuesto se estima basado en los datos del informe estadístico, en el cual se analizan todos los resultados obtenidos y si se han cumplido las metas pactadas
- Se estima lo que se va a hacer para el próximo año para que se asigne el presupuesto.
- Se analiza en una reunión para modificar o mantener la estrategia

Consulta Odontológica

- El paciente solicita la cita de acuerdo a los horarios establecidos y por los medios destinados para tal fin.
- El día de la cita, el paciente entrega los documentos de identificación y se realiza la verificación de la validez y vigencia de los documentos así como que el paciente tenga cita programada en agenda electrónica.
- Se llama al paciente y se ingresa al consultorio médico donde se le realiza un tipo entrevista para obtener información de sus síntomas o motivo de visita
- Si el paciente asiste por primera vez se debe realizar Anamnesis (Datos que suministra el propio paciente o sus familiares sobre el comienzo de su malestar hasta el momento en que se somete a la observación del médico), así como el examen clínico y la valoración epidemiológica.
- Si el paciente es subsecuente se debe revisar el historial clínico, la evolución de consultas anteriores, también se revisa el odontograma de tratamientos pendientes. Para definir plan de tratamiento
- Se le informa al paciente sobre el estado de su salud oral y plan de tratamiento, seguidamente el médico decide el procedimiento clínico a efectuar de acuerdo a queja principal del paciente o a criterio del odontólogo. Nota: En caso de procedimientos endodónticos o exodónticos, entrega al paciente hoja de consentimiento informado (ver anexo). Una vez que éste ha comprendido los riesgos del procedimiento a realizar, solicita al paciente firmar el consentimiento informado.

- Se digitan los procedimientos efectuados al paciente en el expediente electrónico
- Luego se da el despacho del paciente en el cual se les brinda las indicaciones postoperatorias: Indica al paciente los cuidados que debe tener después de la cita odontológica. Dicho comunicado se realiza de forma verbal, sin embargo en caso de exodoncia se hace de forma verbal y escrita.
- Indica al paciente si debe seguir asistiendo a la consulta odontológica
- Entrega al paciente comprobante de asistencia si éste lo solicita.
- Devuelve al paciente sus documentos personales (carné y cédula)
- El paciente se retira

Apéndice 13

Horas Prevención

- Se refiere a charlas que se imparten a las poblaciones de adultos mayores, adolescentes y mujeres embarazadas.
- Se realiza una programación con otras área para atender a las mujeres embarazadas durante los cursos de preparación para el parto que imparte el centro de salud cada 6 meses, para los adultos mayores en cuyo caso se visitan las zonas del cantón donde existen grupos de adultos mayores, en el caso de los adolescentes se visita el colegio de Barva
- Se habla sobre cuidados orales, prevención y promoción de la salud y cuidados de las prótesis en el caso de los adultos mayores, cuando se

habla de adolescentes además de las charlas e información se le aplica flúor a todo el colegio

- Se les entrega información escrita como brochures, folletos o volantes a la población que asiste para que se lleve la información a sus hogares y puedan leer e informarse sobre los temas de salud bucodental
- Se lleva registro de asistencia, fotografías, crónicas entre otras, ya que esto es un proyecto que solicita la CCSS el cual es auditado por la dirección regional norte

Apéndice 14

Horas Promoción

- Son charlas que se imparten 1 vez al mes durante dos horas en población sana y ayuda a promover la salud dental en la comunidad
- Son proyectos que se solicitan a nivel nacional por parte de la CCSS y se trabajan durante dos años consecutivos con el mismo grupo de personas, con el fin de realizar un análisis de evolución que se ha tenido durante el proceso
- Se elige un grupo de una escuela en San José de la Montaña
- Se tratan temas como los siguientes: uso de hilo dental, técnicas de cepillado, uso de enjuagues y placa bacteriana y sus detalles
- Al inicio del proyecto se hace una evaluación de conocimientos a los niños para identificar que tanto saben acerca de salud bucodental, pasados 6 meses se realiza otro test de conocimientos para conocer el avance y

luego se realiza un test final para medir los logros obtenidos durante el proyecto.

Apéndice 15

Trabajo Escolar

- El trabajo escolar en una asignación de carácter obligatorio que exige la CCSS y abarca todas las escuelas públicas del cantón.
- Se realizan las visitas a las escuelas 1 vez al año, en las cuales se realiza revisiones dentales así como la aplicación de flúor.
- Cabe resaltar que éste trabajo escolar se debe realizar a toda la población del centro educativo, sin excepción.
- En la mayoría de los casos el odontólogo no puede visitar todas las escuelas ya que tiene que brindar consulta odontológica al resto de la población del cantón de Barva, por tal motivo, los ATAPs son quienes se encargan de realizar esta actividad.
- Los técnicos de Atención Primara recolectan las listas de los niños y los hallazgos en las bocas y se las pasan al odontólogo para que éste realice el informe.

Apéndice 16

Toma de Muestras

El horario de atención para la toma de muestras es de lunes a viernes de 6:00 am a 9:00 am

- El paciente llega con la boleta que le ha enviado el doctor
- Se verifica datos e información del paciente así como la vigencia de la orden patronal
- Dicha información se registra en el sistema para generar las etiquetas con códigos de barras (de acuerdo a cada paciente)
- Se imprime las etiquetas de acuerdo a la cantidad de pruebas enviadas y se le entregan al paciente con una ficha para que esperen su turno en la salita de espera
- Cuando el paciente debe presentar muestras de heces y orina, se le solicita al paciente que le pegue las etiquetas en las muestras y que las coloque en un carrito que el personal de laboratorio coloca a la par de la ventanilla
- Se pasa al paciente al cubículo de sangrado
- Dentro del cubículo se le consulta el nombre y apellidos del paciente para corroborar que corresponde al paciente que se va a sangrar
- Se toma las muestras de acuerdo a lo que el paciente requiera
- Al momento de tomar las muestras en los tubos, cada uno de los tubos se va etiquetando con las etiquetas con códigos de barras que trae el paciente.
- La persona que toma las muestras pone los tubos en una gradilla
- El paciente se retira.
- Mientras tanto otro analista va preparando las áreas y colocando los tubos en cada área asignada según la prueba solicitada.

Apéndice 17

Hematología

- Se realizan Hemogramas y dicha prueba se hace automatizada el técnico en las mañanas realiza la calibración del equipo y consiste en pasar los controles por el equipo.
- Además de tiempos de coagulación y velocidades de eritrosedimentación para dichas pruebas el paciente debe tomarse la muestra en ayunas láminas (frotis), prueba de reticulositos.
- Las muestras deben procesarse el mismo día en que son tomadas para evitar degradación de la misma. En caso que no se puedan procesar por falta de reactivos se debe almacenar en refrigeración para preservar la muestra.
- Una vez que la muestra (tubo) se encuentra en el área correspondiente, cada tubo debidamente identificado con la información del paciente, se coloca en el equipo y éste hace la medición.
- El equipo tiene una interfase con el sistema de reporte de resultados por lo que el análisis se realiza
- Una vez que el resultado se encuentra en el sistema el analista revisa el valor del resultado
- Si el valor se encuentra fuera de los parámetros establecidos, la muestra se separa para hacer una lámina
- La lámina se tiñe y se observa en el microscopio, para observar morfología o realizar conteo de plaquetas.
- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra

- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible
- Cuando una muestra sale alterada y ha sido comprobado, es decir se ha repetido la muestra y el resultado es recurrente, el microbiólogo revisa el expediente del paciente y verifica si el mismo presenta alguna enfermedad que esté alterando el resultado, o bien si en los análisis previos también ha tenido alteración de los resultados. En caso de no tener historial clínico, el microbiólogo debe imprimir el resultado y notificar al médico tratante y éste se encarga de notificar al paciente

Apéndice 18

Química

- Se realizan las pruebas de Glucosa y Lípidos en ayunas, además perfiles Renales, Hepáticos y Proteínas. Todas estas pruebas se realizan automatizadas y de igual manera se debe calibrar el equipo todas las mañanas.
- Las muestras deben procesarse el mismo día en que son tomadas para evitar degradación de la misma. En caso que no se puedan procesar por falta de reactivos se debe almacenar en refrigeración para preservar la muestra.

- Una vez que la muestra (tubo) se encuentra en el área correspondiente, cada tubo debidamente identificado con la información del paciente, se centrifuga primero y luego se coloca en el equipo y éste hace la medición.
- El equipo tiene una interfase con el sistema de reporte de resultados (SILAB) por lo que el análisis se realiza y el resultado se muestra en la pantalla de la computadora
- Una vez que el resultado se encuentra en el sistema el analista revisa el valor del resultado
- En caso de alguna alteración o un fuera de parámetros se realiza un re test para confirmar o descartar el resultado.
- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 19

Bacteriología

- El paciente entrega la muestra y ésta se debe procesar el mismo día.
- El diplomado en microbiología le coloca una numeración a la boleta del paciente y a la placa con medio de cultivo en la que se va a sembrar

- Lo que se recibe con mayor frecuencia son los urocultivos, que consiste en un examen para determinar si hay bacterias u hongos en la orina o para determinar si existe una infección urinaria
- Se coloca una alícuota en la placa con medio de cultivo en agar sangre y en agar macconkey
- La muestra debe incubarse durante 24 horas
- Al paso de las 24 horas se lee la placa, en caso de estar negativa se reporta el resultado en el SILAB y se descartan las placas utilizadas
- Si la muestra sale positiva es decir que la placa sale con contaminación se debe determinar tipo de bacteria, para ello se utiliza un método llamado microscan en el cual se realiza una suspensión de la bacteria encontrada (contaminación de la placa) y se coloca en una placa que presenta cepas de varias bacterias conocidas y tipos de antibióticos en cada uno de sus pocillos y se deja durante 24 horas más, al siguiente día se lee el microscan y se determina cual bacteria es y también indica a que antibiótico es resistente.
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 20

Parasitología

- Se procesan pruebas de heces, orina, serología (vdrl, PCR, grupos sanguíneos, factor reumatoride) y pruebas de embarazo
- La muestra de orina y heces se reciben en la ventanilla, donde la persona que recibe las boletas genera las etiquetas con los códigos de barras, la cual se le entrega al paciente y éste se la coloca al vasito con la muestra. Éstas muestras se reciben de lunes a viernes de 6:00 am a 9:00 am
- Para procesar las pruebas de orina, se toma una alícuota de la muestra y se sumerge una tira reactiva y esa tira se mete en el equipo, el cual lee el resultado. Cada tira sirve para determinar en orina las siguientes pruebas: Glucosa, Bilirrubina, cetona, gravedad específica, sangre, pH, proteína, urobilinógeno, de nitrito, de leucocitos en orina.
- Con un escáner se leen los códigos de barras que tiene la etiqueta de la muestra, y se ingresa la tira en el equipo
- El equipo emite una colilla impresa con los resultados resultado que da el equipo se debe digitar en el sistema SILAB
- Seguidamente se rotulan los tubos de la muestra de orina y se centrifuga y el sedimento se coloca en una lámina y se observa al microscopio, la colilla que imprime el equipo con la identificación del paciente y el resultado es utilizada para hacer las anotaciones de lo observado en el microscopio.
- El resultado se debe digitar en el sistema SILAB
- Para el caso de las heces, se toma una porción pequeña de la muestra y se coloca en una lámina, luego se ve al microscopio para determinar si hay o no presencia de parásitos

- Se utiliza un duplicado del código de barras de la etiqueta con la información del paciente para realizar anotaciones respecto a lo observado en la lámina
- El resultado debe ser documentado en el sistema SILAB por parte del técnico
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 21

Toma de muestras en el EBAIS

- En la toma de muestra en los Ebais se atiende a poblaciones especiales como lo son niños menores de 2 años, mujeres embarazadas y adultos mayores
- El personal del laboratorio se dirige al Ebais que corresponde según el cronograma establecido por el laboratorio para atender a todos los Ebais del cantón
- El personal del laboratorio toma las muestras a los pacientes de acuerdo a la boleta que el médico ha enviado
- Cada tubo es identificado con el número de cédula y nombre del paciente y el o los tubos que corresponden a un paciente se “enrollan” con la boleta correspondiente.

- En el caso de las orinas y heces, el personal del laboratorio hacen papelitos con números y se le colocan en los frascos de cada muestra así como se le coloca el mismo número en la boleta que envía el médico.
- Cuando se llega a la Clínica, el personal de laboratorio entrega las boletas para que ingresen al sistema y se generen las etiquetas.
- Luego se rotulan los tubos con las etiquetas que se imprimieron anteriormente con la información de cada paciente
- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 22

Domicilios

- Solamente se atiende a personas con alguna discapacidad, adultos mayores o personas en condición grave que no puedan trasladarse al Ebais o al centro de salud
- Los domicilios se planifican cuando el personal de laboratorio realiza las tomas de muestras en los Ebais, y en la zonas cercanas existe algún paciente que requieren un domicilio, es decir se planifica de acuerdo a la zona que se va a visitar

- El médico y el secretario (a) del Ebais se encarga de notificar al laboratorio de que se tiene un paciente que no se puede trasladar a realizar los análisis
- Del Ebais se envían las boletas de solicitud de análisis al laboratorio
- El día anterior a realizar el domicilio se llama a la casa del paciente para consultar si pueden tomar las muestras del paciente, se verifica la dirección del mismo y se le da las instrucciones
- Si no se logran comunicar con el paciente, la boleta de solicitud de análisis se devuelve al Ebais
- El personal del laboratorio se dirige a la casa del paciente que se ha programado con anterioridad para atender al paciente.
- El personal del laboratorio toma las muestras al paciente de acuerdo a la boleta que el médico ha enviado
- Cada tubo es identificado con el número de cédula del paciente y el o los tubos que corresponden a un paciente se “enrollan” con la boleta correspondiente.
- En el caso de las muestras de orinas y heces, el personal del laboratorio le coloca un número en el frasco, que debe ser el mismo que se anota en la boleta de solicitud de análisis que envía el médico.
- Cuando se llega a la Clínica, el personal de laboratorio entrega las boletas para que ingresen al sistema y se generen las etiquetas.
- Luego se rotulan los tubos con las etiquetas que se imprimieron anteriormente con la información del paciente

- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 23

Trabajo Escolar

- El trabajo escolar se realiza solamente a la población de primer y sexto grado. Para este caso solamente se realizan hemogramas para determinar anemias en los escolares
- El centro educativo hace llegar las listas de los niños de los niveles seleccionados
- Se envía una boleta de solicitud de permiso que se le hace llegar a los padres de familia, la cual debe ir firmada por los padres indicando si se autoriza o no a realizar la toma de la muestra.
- El personal de laboratorio se dirige al centro educativo y revisa que las boletas estén firmadas y con la aprobación de la toma de la muestra.
- El personal del laboratorio toma las muestras a los niños en el tubo
- Cada tubo es identificado con el número de cédula del paciente y el o los tubos que corresponden a un paciente se “enrollan” con la boleta del permiso que ha sido firmada por los padres de familia.

- Cuando se llega a la Clínica, el personal de laboratorio entrega las boletas para que ingresen al sistema y se generen las etiquetas.
- Luego se rotulan los tubos con las etiquetas que se imprimieron anteriormente con la información de cada paciente
- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- Se procesa las muestras tomadas de acuerdo al método indicado para cada muestra
- El analista revisa y reporta el resultado en el sistema
- El microbiólogo se encarga de verificar el dato y validarlo para que se vea reflejado en el expediente digital, para que en el momento que el paciente consulte con el médico, el resultado se encuentre disponible.

Apéndice 24

Atención Médica

- El paciente saca la cita por medio de internet, llamada telefónica o haciendo fila
- Se presenta en la ventanilla, presenta la documentación y una vez que se verifica que todos los documentos se encuentran vigentes se le entrega un papelito con el visto bueno de registros médicos
- El paciente pasa a la enfermería para realizar el proceso de pre-consulta

- Luego el paciente pasa a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el médico
- El médico llama al paciente por su nombre para que ingrese al consultorio para iniciar la Consulta Médica y corrobora la identificación del paciente
- El médico abre la agenda (cita) en el sistema y se ve el motivo de la consulta
- El doctor le realiza examen físico al paciente y lleva a cabo la historia clínica con el fin de llegar a un diagnóstico.
- Si el paciente tiene pendiente resultados de laboratorio o de algún examen adicional , se debe realizar la revisión de resultados
- Se realiza una impresión diagnóstica determinando la afectación que tiene el paciente
- El médico llena el expediente electrónico. En caso de que sea necesario, para apoyar el diagnóstico, envía tratamiento con prescripción de medicamentos, pruebas de laboratorio, exámenes adicionales u otro que el doctor considere necesario
- El paciente sale del consultorio y debe dirigirse a registros médicos para sellar documentación
- En caso de que el médico haya enviado tratamiento el paciente debe dirigirse a la farmacia, si le envía pruebas de laboratorio debe realizárselas en el área indicada, si se le envía un inyectable debe pasar al área de enfermería, en caso de que el médico no le enviase ningún tratamiento o prueba el paciente se retira.

Apéndice 25

Urgencias

- El paciente se presenta en registros médicos y presenta los documentos para verificar que se encuentren al día.
- El paciente pasa a sala de espera
- El médico llama al paciente para ser atendido
- El médico le consulta al paciente el motivo de la visita
- El doctor le realiza examen físico al paciente y lleva a cabo la historia clínica con el fin de llegar a un diagnóstico.
- Se realiza una impresión diagnóstica determinando la afectación que tiene el paciente
- El médico llena el expediente electrónico. En caso de que sea necesario, para apoyar el diagnóstico, envía tratamiento con prescripción de medicamentos, pruebas de laboratorio, exámenes adicionales u otro que el doctor considere necesario
- El paciente se dirige a Registros médicos para llenar y sellar la documentación
- En caso de que el médico haya enviado tratamiento el paciente debe dirigirse a la farmacia, si le envía pruebas de laboratorio debe realizárselas en el área indicada, si se le envía un inyectable debe pasar al área de

enfermería, en caso de que el médico no le enviase ningún tratamiento o prueba el paciente se retira.

Apéndice 26

Valoraciones

- Es un recargo que se da al médico, es una consulta puntual en caso de que el paciente no logre encontrar cita
- El paciente llega a Registros médicos
- Presenta los documentos
- Pasa al médico o enfermería
- Se da una impresión diagnóstica
- El paciente se retira del consultorio

Apéndice 27

Ventanilla de Recibo de Recetas

- El paciente se aproxima a la farmacia y toma una ficha para ser atendido, debe esperar su turno en la sala de espera.
- En la ventanilla llaman por el número y van atendiendo conforme al que corresponda

- El paciente entrega la receta (cupones) y los documentos al día, los cuales son documento de identificación, carnet y la orden patronal que se revisa en línea.
- El receptor luego de revisar toda la información le da al paciente un comprobante en el cual le anota los apellidos y la hora a la que se hizo la entrega, con dicho comprobante el paciente espera a ser llamado.
- Cuando el paciente tiene copias (recetas de los próximos meses), se sellan con los meses en que debe retirar medicamento y se le devuelven al paciente
- Si en la receta (cupones) se encuentra un medicamento que requiera condiciones de almacenamiento en frío, a la receta se le coloca un sticker que identifique esa condición.
- En el caso de receta verde (psicotrópicos) solamente se pueden entregar por una persona que sea mayor de edad, el paciente debe firmar la receta por el reverso de la misma, y en la ventanilla se verifica el historial del paciente en el sistema de farmacias (SIFA)
- Las recetas que llegan de urgencias se marcan con un asterisco o con un resaltador con el fin de que el personal que prepara el medicamento estén enterados y la entrega sea más rápida.
- El receptor de información va firmando la recetas y se le pasa las recetas al digitador para que éste se encargue del siguiente paso
- El digitador se encarga de ingresar el o los cupones en el sistema con la información del paciente, el tipo de medicamento, las indicaciones que da el

médico para el consumo del medicamento, la dosis, la fecha, el médico que lo atendió y las etiquetas se van imprimiendo. Una vez que ha digitado la receta la coloca “boca abajo” para que los auxiliares sepan que ya está digitada y la puedan tomar, además para llevar control fifo de cada receta, al finalizar el proceso el digitador firma la receta

Apéndice 28

Entrega de Medicamentos

- Se llama al paciente por sus apellidos mediante altavoz y el paciente entrega el comprobante que se le emitió en el momento de recibirle las recetas y él retira sus medicamentos
- El responsable de entregar los medicamentos debe desprender la receta del paquete de medicamentos y entregársela a la regente que debe guardar la receta durante 3 meses
- El paciente debe revisar el medicamento y se retira
- Si la persona no se encuentra en el momento de ser llamada, el medicamento se coloca en el estante que se encuentra rotulado de acuerdo al abecedario, y se da un lapso de 3 días, en caso de que el medicamento no se retire, éste se desempaca y se regresa al despacho.
- Si el paciente debe retirar un medicamento que requiere cadena de frío, debe esperar a que lo saquen del refrigerador y se le entregue, la receta lleva un sticker que indica la condición, una vez que se vaya a entregar la receta se despega del paquete y se custodia

- En caso de medicamentos controlados (psicotrópicos) solamente personas mayores de edad pueden hacer el retiro del mismo, además que se debe firmar una bitácora por parte de la persona que retira haciendo constar que lo que está retirando es en efecto lo que le corresponde llevarse.
- En caso de que el paciente no se encuentre presente en el momento de ser llamada, el medicamento lo custodia alguna de las regentes en un lugar que solamente ellas tienen acceso, y se da un lapso de 3 días, en caso de que el medicamento no se retire, éste se desempaca y se reintegra al inventario.

Apéndice 29

Despacho

- Es el área donde se preparan los medicamentos no controlados, es decir todos los que los preparadores manipulan en el momento de alistar las recetas
- El preparador toma la receta y las etiquetas que se han impreso por parte del digitador la revisa de que corresponda al paciente y que contenga toda la información y prepara el medicamento de acuerdo a lo que indique receta.
- Se etiqueta cada medicamento de acuerdo a la etiquetas que has sido impresas anteriormente por el digitador

- Una vez que los preparadores tienen el grupo o paquete de medicamentos ya etiquetados cada uno por aparte los colocan junto con la receta para su debida revisión y firma
- Los medicamentos ya preparados pasan a la revisión por parte del regente, quien revisa que la etiqueta muestre la instrucciones, el tipo medicamento y la dosis exacta que el médico está indicando, el regente adicionalmente firma la receta (en color de tinta que no sea azul o negro) empaca el grupo o paquete adjunta la receta con una grapa
- Una vez que el regente ha revisado y todo está bien, coloca los paquetes en una caja para que la persona de la ventanilla de entrega del medicamento lo retire y lo coloque en los estantes.
- En caso de medicamentos controlados (psicotrópicos) solamente la regente toma las etiquetas junto con la receta y lo prepara, otro regente realiza el proceso de revisión y en este caso no le adjunta la receta al paquete sino que la almacenan para su custodia, la cual es de 5 años.

Apéndice 30

Bodega de Paso

Es una “mini bodega” o área donde se coloca el material una vez que se ha llenado el área de despacho que es donde se preparan las recetas.

- El encargado de SIFA realiza el pedido de medicamentos a la bodega cada 2 semanas para abastecer el área de despacho

- Una vez que se ha llenado los estantes del despacho todo el material que sobra o que no se pudo acomodar por falta de espacio se coloca en la bodega de paso, esto con el fin de no estar pidiendo a la bodega pequeñas cantidades de material
- La manipulación del material que se encuentra en la bodega de paso queda a cargo solamente de una persona, para evitar que se pierda algo o se extravíe el control de lo que se mantiene en esa área.

Apéndice 31

Bodega

- El bodeguero realiza los pedidos de medicamentos al almacén de la CCSS, pero dicho pedido debe ir revisado por la jefatura de farmacia y se realiza basado en estadísticas del consumo mensual, normalmente el pedido siempre consta de las mismas cantidades todos los meses, sin embargo se debe tomar en consideración lo que se consume en el despacho y los inventarios de bodega de la farmacia. El pedido se debe realizar con 1 mes de antelación
- Cuando se realiza alguna modificación del pedido se debe justificar del porque ante el almacén de la CCSS, sea un aumento debido a alguna situación que impacte el movimiento de algún medicamento o una disminución en la cuota debido a que el uso del medicamento no está tan alto.

- El día en que llega el camión con los medicamentos el bodeguero recibe el pedido y se revisa contra factura línea por línea para que todo coincida además se revisa lote y fecha de expiración de todas las cajas de medicamentos; si alguna línea sobra o falta se reporta y se documenta en el sistema indicando el evento.
- El recibo de medicamentos se hace en dos partes ya que los que deben ir en cadena de frío arriban en un camión especial para transporte en dichas condiciones, el pedido se recibe y se coloca en la refrigeradora destinada para almacenamiento de 2-8 grados centígrados (insulinas y vacunas). La otra parte del pedido se recibe en un camión que proporciona la CCSS pero que no requiere condiciones especiales de transporte y temperatura.
- Una vez que se ha recibido el pedido y todo está conforme a las facturas el bodeguero procede a acomodar el pedido en los estantes, se debe ingresar las facturas en el sistema SIFA así como los números de lote y las fecha de expiración de todos los medicamentos que llegaron en el pedido

Apéndice 32

Registros Contables

- Se anotan los movimientos de acuerdo al código asignado, dichos se crearon en el catálogo contable en la hoja de Excel que se diseñó.
- Se realiza el registro de cada una de las transacciones realizadas en la empresa, dicha actividad se realiza en una hoja de Excel creada por el contador en la que se registran los movimientos de cada transacción sea al

debe o al haber, que al final se imprimen, se firman y se archivan junto con la conciliación, estas hojas reemplazan a los libros contables los cuales son insuficientes para todos los datos que se registran.

- Cuando el estado bancario llega se procede a realizar las conciliaciones bancarias. La conciliación bancaria corresponde a una comparación entre los asientos y el estado bancario, en la cual se realiza la verificación de cheques
- Después que se hace la conciliación se ingresa en el módulo de contabilidad del sistema Boss Premium
- Se estima si el saldo bancario está subvaluado o sobreestimado con respecto a la cuenta de COOPESIBA, R.L.
- Una vez que el saldo bancario se encuentre correctamente, se procede a imprimir y archivar la Conciliación.

Nota: En caso de que se encuentre subvaluado o sobreestimado se procederá a corregir el error, registrando el asiento en el registro contable, una vez que se ha hecho la corrección respectiva se procederá a realizar el paso

- Seguidamente se realizan los Estados financieros con base en los asientos del Registro Contable y en los asientos brindados por los otros departamentos.
- Se reciben los asientos contables de los diferentes departamentos.
- Se aprueban los Estados Financieros emitidos.
- Luego se realizan los Análisis Financieros

- Las razones financieras se llevarán a cabo con base en los estados emitidos. Los Análisis Financieros se realizarán cada vez que el Gerente General lo solicite, y su emisión se hará debido a una necesidad existente, que amerite la toma de decisiones con base en aspectos competentes al departamento de Contabilidad.
- Para el caso de las auditorías financieras, se realizan por medio de la CCSS como administrador del contrato, la dirección regional Norte, y se realiza auditoría interna

Apéndice 33

Reclutamiento y Selección

- Se realiza la obtención de currículums sea por medio físico el cual se entrega en recursos humanos o en digital el cual se envía a la dirección www.coopesiba.com
- Inicialmente se realiza un concurso interno, en el caso de que el concurso interno no brinde los resultados deseados, se inicia un proceso de reclutamiento por medios externos.
- Una vez que se tienen los currículums, se lleva a cabo una preselección de los mismos por parte de Recursos Humanos, y en algunos casos por el jefe directo.
- Se convoca a quienes fueron preseleccionados, con el fin de realizar las pruebas respectivas.
- Se realizan las pruebas respectivas según el perfil solicitado.

- Se obtienen los resultados de las pruebas
- De acuerdo a los resultados de las pruebas, se procede a convocar a los nuevos preseleccionados a una Entrevista.
- Se realiza la entrevista.
- Se promedian los resultados de todas las pruebas.
- Quien obtenga el mayor promedio será el seleccionado.
- Una vez seleccionado se lleva al área para la que fue contratado

Apéndice 34

Aprovisionamiento del Talento Humano

- Es tener una base de datos para realizar coberturas en caso de incapacidades, vacaciones u otros eventos que se puedan presentar y que se deba cubrir una plaza y garantizar que el servicio no se va a afectar.
- De los candidatos que no fueron seleccionados para ocupar la posición inicialmente en el proceso de Reclutamiento y Selección, se mantienen como opciones para tomar en consideración en el momento que se requiera.
- Se mantiene un back up de 3 candidatos con los cuales se cuenta para cubrir una posición inmediatamente
- Cuando algún colaborador se va a ausentar por alguna condición de las descritas anteriormente se contacta a la primera opción para saber si puede atender el evento, en caso de que éste no pueda

Apéndice 35

Evaluación del Desempeño

- La evaluación del desempeño se lleva a cabo en base a competencias, dichas competencias salieron a la vista luego de un análisis que se realizó con cada una de las jefaturas en donde se incluyeron dentro de los perfiles de puestos cada una de las competencias que las jefaturas consideraban importantes
- Se tienen dos tipos de competencias, las cuales son las competencias cardinales que son las que la organización define como de interés así como también las competencias específicas que son definidas de acuerdo a cada uno de los puestos
- Cada uno de los perfiles se encuentra la competencia así como el grado que debe de tener, los grados son categorizaciones las cuales se definen de la siguiente manera: Grado A, es el que establece que el empleado cumple a cabalidad con el puesto que desempeña; Grado B, define que el colaborador cumple con la expectativa, se ajusta a las necesidades del puesto y requiere acompañamiento mínimo; Grado C, indica que el colaborador necesita apoyo y dirección constante para la posición en la que se encuentra
- Se desarrolló un instrumento interno por parte de Recursos Humanos basados en el diccionario de competencias, en el cual se adaptó las competencias y los grados de las competencias a la realidad del puesto.
- El instrumento es aplicado a cada uno de los colaboradores por parte de las jefaturas, y se determina el grado en el que se encuentra la persona

- Al finalizar la evaluación se firma el instrumento o documento por parte de la jefatura y del evaluado con el acuerdo o desacuerdo del resultado, dentro del mismo instrumento se tiene espacio en donde se realizan comentarios sea por parte de la jefatura el cual puede evidenciar que algún aspecto debe ser mejorado, o bien, por parte del evaluado donde este plantea recomendaciones sobre su puesto.
- Una vez que el instrumento se ha aplicado y se calcula o califica la persona el cual puede estar entre 0 a 100 si el resultado es Grado B o C, se somete al individuo a un plan de acción, para lograr desarrollar las competencias en la persona

Apéndice 36

Capacitaciones

- Surgen como una necesidad que se ha visto por parte de la contraloría de servicios la cual identifica quejas por parte de los usuarios principalmente en el tema de servicio al cliente
- Las capacitaciones se realizan 2 veces al año con el fin de reforzar el servicio al cliente, se imparten a todas las personas que tengan contacto con los pacientes.
- Las capacitaciones se enfocan en refrescamiento de los temas que el personal ya conoce y se cambian los temas cada año, con el fin de ir abarcando diversos temas

Apéndice 37

Planilla

- Generar la acción del personal.
- Una vez que el personal ha sido contratado, se cataloga como: Personal de Planilla o Servicio Profesional
- Cuando es personal de planilla el pago es catorcenal o bien de viernes por medio y en ese caso se debe aplicar los rebajos de ley con la CCSS, se debe aplicar todas las retenciones y deducciones y luego se deposita la diferencia. En el caso de que se brinden servicios profesionales, los pagos se realizarán los días 15 y 30 de cada mes y no se harán retenciones en los mismos, es decir el trabajador recibe su salario completo.
- El colaborador y la jefatura deben generar una acción de personal debido a algún movimiento del trabajador, la cual se firma y se almacena en el expediente en caso de: permisos con goce de salario, licencias, ascensos interinos o bien horas extras; es necesaria la firma del Gerente General.
- Se acumula la acción del personal: en ella se hace un reporte sobre cada comportamiento del colaborador durante los 14 días anteriores al pago, ya sean cambios, traslados, horas extra, entre otros.
- Se realiza el informe mensual, el cual se remite a contabilidad.
- Contabilidad se encarga de realizar las transferencias a las diferentes entidades.
- Reporte de salarios y aguinaldos.

- Posteriormente se realiza el reporte salarial, o bien, de aguinaldos para cada trabajador, a través de un comprobante de pago.
- Generación de constancias salariales.
- Digitación y entrega de dichas constancias cada vez que el trabajador lo solicite.

Apéndice 38

Caja chica

- Según la normativa de la cooperativa se establece que los gastos deben ser no mayores a diez mil colones, la caja chica incluye combustible para la ambulancia, gastos como refrigerios, viáticos, reuniones u otras
- En caso del combustible o cambio de aceite para la ambulancia si se permite facturas mayores a diez mil, cuando una factura es mayor del monto establecido se debe solicitar por cheque o transferencia mediante contabilidad.
- Debe tenerse la aprobación de la jefatura respectiva para poder realizar el pago.
- Se debe presentar las facturas para la justificación del monto y firmadas por la jefatura.
- Puede hacerse de dos maneras, las cuáles son vales de dinero y compra por reintegro, el vale corresponde a que se le da un respaldo o cupón a la persona para que pueda ir a comprar los suministros que necesita y luego presenta las respectivas facturas, la compra por reintegro es cuando la

persona pone el dinero de su propia bolsa, se le da la indicación del monto máximo que puede gastar y debe presentar las facturas de lo adquirido.

- Los vales se firman por parte del ejecutivo de recursos humanos y la persona interesada o responsable de la compra, se entrega el dinero y el respaldo (cupón o vale) queda en la caja chica como evidencia que se le dio el dinero a la persona.
- Las facturas deben tener indicado el detalle de los artículos comprados no se admite una factura que indique “varios”
- No es permitido fraccionar facturas para poder pasarlo por medio de la caja chica.
- Si en la caja chica falta dinero es responsabilidad del ejecutivo de recursos humanos reportar y reponer el dinero, en caso de sobrantes debe reportarse e indicar contabilidad para hacer el depósito del excedente en la cuenta de la cooperativa.
- Cuando la caja chica se va consumiendo, corresponde al ejecutivo de recursos humanos solicitar el reintegro de la misma mediante la presentación de facturas ante contabilidad.
- Contabilidad emite un cheque, el cual corresponde al reintegro de efectivo de la caja chica.

Apéndice 39

Compras directas

- El Gestor de Proveeduría recibe la Solicitud de mercaderías para consumo, con especificaciones técnicas del bien, insumo o servicio que se requiere.

Nota: Dicha solicitud debe contar con el visto bueno del Director Médico y de la Gerencia General.

- Se seleccionan al menos tres proveedores, a los cuales se les solicita cotizaciones por escrito.

Nota: Si los bienes o insumos requeridos son de fabricación especial o existe sólo un proveedor, se debe incluir en el expediente de compra la justificación correspondiente.

- Se procede a seleccionar al proveedor que reúna las mejores condiciones de compra, según criterio del Gestor de proveeduría, tomando en cuenta aspectos tales como: calidad, precio, tiempo de entrega, entre otros que se consideren importantes.
- Una vez seleccionado el proveedor, se adjudica la adquisición del bien o insumo, por el Gestor de Proveeduría conjuntamente con el área solicitante.
- Una vez seleccionado el proveedor, se adjudica la adquisición del bien o insumo, por el Gestor de Proveeduría conjuntamente con el área solicitante.
- El Gestor de Proveeduría formaliza la adquisición mediante el llenado del formato "Orden de Compra", el cual estará firmado por el Gestor de Proveeduría y el Gestor de Presupuesto y contará con la autorización de la Gerencia General.
- Se remite la Orden de Compra, firmada y autorizada al Proveedor adjudicado.

- El Gestor de Proveeduría recibe bienes o insumos, sella remisión o factura correspondiente y guarda una copia en el expediente.

Nota: Si el bien es inventariable, se procede a incluirlo en el sistema de almacenamiento según el número correspondiente de la clasificación.

- El Gestor de Proveeduría recibe documentación del proveedor y procede a tramitar el pago correspondiente o comprobación del gasto respectivo ante la Sección de Presupuesto y Contabilidad.
- El Gestor de Proveeduría entrega los bienes o insumos al área solicitante.

Apéndice 40

Compras Caja

- El Gestor de Proveeduría recibe la Solicitud de mercaderías para consumo, por parte de cada una de las jefaturas, dicha solicitud debe contar con el visto bueno del Director Médico y de la Gerencia General.
- El Gestor de Proveeduría reúne todas las solicitudes y procede a realizar un solo pedido o solicitud de insumos al almacén General de la CCSS. El pedido tarda un mes en llegar.
- Debe tomarse en consideración los códigos de los productos (inventario) que proporciona la CCSS a la cooperativa, de no contar con algún código o producto, la compra debe hacerse directa.
- Otro factor de importancia es tomar en cuenta la cuota mensual que Coopesiba tiene asignado.

- Pasado un mes, el camión del almacén general de la CCSS entrega el material o insumos solicitados y entrega las facturas en la bodega.
- El bodeguero recibe los insumos y los verifica contra factura, si algún material falta debe realizarse un contra pedido y se notifica al almacén general.
- Se recibe la mercadería y se revisa contra factura, de manera que el pedido realizado sea acorde a lo que se recibe.
- Una vez recibida la mercadería, se almacena según el código de artículo y se acomoda de acuerdo a la metodología PEPS.
- El bodeguero procede a alistar la mercadería de acuerdo con los pedidos realizados por cada una de las áreas.
- Se traslada la mercadería a las respectivas áreas.
- Se registran las salidas en el sistema y, posteriormente, se archivan.

Apéndice 41

Contratación de proveedores para mantenimiento

- El área que requiere el servicio le indica las especificaciones técnicas que requieren para el mantenimiento.
- El Gestor de Proveeduría envía los requerimientos a las empresas de su cartel de proveedores y se solicitan las cotizaciones.
- Se reciben como mínimo tres cotizaciones para realizar un comparativo

- Se seleccionan tres posibles proveedores, que podrían hacerse responsables del mantenimiento de los activos.
- Se selecciona el proveedor, según el tipo de mantenimiento que se necesita, de acuerdo a la naturaleza del activo. Mantenimiento, administración y proveeduría seleccionan.
- Nota: Para seleccionar al proveedor más apto, se tomarán en cuenta aspectos tales como: la calidad, el precio, el tiempo de entrega, entre otros aspectos que el Gestor de Proveeduría considere importantes.
- Se realiza un contrato anual por mantenimiento, variando la frecuencia según el activo. El gerente general debe firmar ese contrato.
- El proveedor contratado procederá a llevar a cabo el mantenimiento de los activos respectivos.

Apéndice 42

Cuentas por pagar

- Se recibe la factura de la mercadería de los insumos comprados mediante compra directa. Se cuenta con 30 días para realizar los pagos
- Se verifica que la factura se encuentre sellada, firmada, fecha de recibo, que el nombre del proveedor sea el correcto, que el patrono se encuentre al día con las obligaciones con la CCSS
- Se procede a codificar cada una de las facturas según su naturaleza de acuerdo al catálogo contable, con el fin de poder filtrar el gasto o consumo por cada uno de los departamentos

- Se procede a ingresar los datos en el módulo de cuentas por pagar
- Se genera el asiento contable por cada una de las transacciones realizadas es decir, por cada una de las facturas recibidas.
- Las facturas revisadas se envían a contabilidad junto con los asientos generados

Apéndice 43

Mantenimiento de equipos electromedicina

- Lo primero que se realiza es la impresión de la lista de chequeo, para llevar el control de las verificaciones que se van realizando
- Cada actividad realizada debe ser marcada en la lista de chequeo
- Se revisa todos los equipos electrónicos o mecánicos como básculas, equipos de electrocardiogramas, equipos de emergencias
- Debe revisar las autoclaves en el centro de equipos
- Deben revisarse los niveles de presión los cilindros de aire médico, oxígeno y la bomba de vacío, y revisar los mismos niveles en los cuartos de inhaloterapia
- Debe revisar cuartos de bombas y compresores en odontología, además de limpiar los filtros de las bombas
- Se recibe la solicitud de mantenimiento
- El área de electromedicina tiene la custodia de varios equipos médicos y repuestos en el taller
- El encargado el área tiene a cargo la reparación de los equipos a su cargo

- Debe preguntar a las áreas si el equipo esta funcionando los equipos, de forma preventiva

Apéndice 44

Mantenimiento infraestructura

- Lo primero que se realiza es la impresión de la lista de control, para llevar la medición de las verificaciones que se van realizando
- Cada actividad realizada debe ser marcada en la lista de chequeo
- Se realiza una revisión de la obra de civil diariamente, se atiende principalmente fontanería, obra gris, soldadura, fontanería, techos y todo lo que tiene que ver con emergencias de la infraestructura
- Atiende fugas de agua, baños taqueados lavamanos, carpintería, entre otros
- La revisión diaria consiste en ir a todos los servicios sanitarios de la clínica y verificar que no estén con fugas al igual que se revisan todos los lavamanos para detectar alguna fuga. La revisión debe hacerse uno a uno, ingresando a todos los sanitarios con el fin de garantizar una verificación completa.
- Debe verificar paredes y zonas verdes
- Verificar paredes de forma que no presente fisuras
- Detalles de pintura de las paredes
- Cerraduras, llavines

Apéndice 45

Mantenimiento equipo electromecánico

- Lo primero que se realiza es la impresión de la lista de control, para llevar el control de las verificaciones que se van realizando
- Cada actividad realizada debe ser marcada en la lista de control
- Se revisa todo lo que es equipo eléctrico, incluye luces, tomas de corriente, motores, sistema de aire acondicionado, sistema de emergencias
- Debe Debe revisarse la planta de tratamiento, lo que se verifica es que las bombas se encuentren funcionando, el mantenimiento a la planta de tratamiento se lo realiza una empresa subcontratada
- Se realiza una verificación del cuarto de ups, confirmando que no existan alarmas
- Debe revisarse el tanque de agua, para que no pueda haber desabastecimiento de agua en la clínica, además de llevar un control del consumo mensual de agua, el dato se debe anotar en la bitácora que se encuentra colocada en el cuarto de máquinas
- Se debe tomar la medición de pH y cloración del agua potable
- Se debe verificar el sistema contra incendios y se anota la presión
- Los paneles eléctricos también debe verificarse
- Se debe tomar la medición de agua potable en los medidores
- Se realiza la revisión de luces desde el panel de control
- Se realiza un monitoreo de la planta de emergencia, verificando el nivel de diesel

Apéndice 46

Preparación de materiales

- El material sucio se recibe por parte del médico, emergencias o enfermería, el material como pinzas, equipos de diu, portas y todo aquel material que no se descarta se le realiza el proceso de lavado.
- Se utiliza jabón líquido especial para el material y este se utiliza de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- El material se coloca primeramente en una solución para eliminar residuos orgánicos como sangre o piel.
- Luego se mide el jabón, se coloca en la pila y se agrega el agua (siga las instrucciones del fabricante), remueva para disolver por completo
- El material se deja en remojo durante 20-30 minutos
- Se lava el material para eliminar residuos de jabón y se coloca a secar a temperatura ambiente durante 30 minutos, pasado el tiempo se utiliza una toalla de tela para terminar de secar el material.
- El material se inspecciona para determinar si ha quedado completamente limpio, una vez revisado se prepara para el empaque
- Todo el material que se ha lavado debe empacarse así como los materiales como gasa, algodón y otros que requieran esterilización
- Para el proceso del empaque se requiere papel para autoclave, el cual tiene un indicador que hace viraje de color cuando está esterilizado, además se utiliza unos empaques que son como bolsas que también presentan el indicador de color y la cinta de autoclave.

- El material debe colocarse en el papel, realizar la envoltura de forma tal que no quede el instrumento o material expuesto a ambiente, ya que si queda algún hoyo en entre el empaque y el material cuando el mismo salga del proceso de esterilización se pierde dicha condición, cuando se ha empacado correctamente se debe utilizar la cinta de autoclave para pegar la envoltura. En caso de utilizar las bolsas, debe asegurarse que el material quede bien empacado y cerrar los extremos de la bolsa con cinta de autoclave.
- Una vez que el material se encuentra empacado debe colocarse en la autoclave e iniciar un ciclo de esterilización.
- Para el ciclo de esterilización debe llenarse la autoclave con agua, porque el equipo es manual y el equipo funciona con vapor.
- En el primer ciclo de esterilización del día se coloca un indicador biológico como control de que el proceso de esterilizado se encuentra en correcto funcionamiento. Luego, ese indicador se incuba durante 30 minutos, posteriormente se revisa para confirmar que la autoclave está esterilizando correctamente y se documenta en la bitácora que el centro de equipos tiene para tal fin, dicha bitácora es revisada semestralmente por la dirección regional norte.
- Es de importancia mencionar que en todas las cargas debe colocarse un integrador químico, el cual es otro tipo de indicador, este se coloca en alguno de los paquetes al azar para verificar que cada una de las cargas ha sido esterilizada correctamente. Cuando algún indicador, sea el biológico,

químico o los indicadores de color no presenten el patrón de color correcto, toda carga debe volver a esterilizarse, y se notifica a mantenimiento para que se revise la autoclave que presenta problemas. Luego el material se etiqueta y se almacena en un cuarto donde se encuentra a temperatura de 20-21°C en donde se mantiene todo el material esterilizado, el material tiene vigencia por seis meses a partir de la fecha en la que se esterilizó. El ingreso al cuarto debe realizarse con gabacha, y debe lavarse las manos para poder manipular el material contenido en el cuarto, ya sea para ingresar materiales o preparar los pedidos de las áreas que requieren material estéril.