



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



1.- DATOS GENERALES:

Apellido y Nombres: Martínez Hynes, Mariana	Apellido y Nombres del Director: Martos, María Enriqueta
DNI 39930675	DNI 14481842
Tema: "Implementación de Normas ISO 9001:2015 en procesos de Farmacia de un Hospital Público"	
Opción de Práctica Profesional: Trabajo de Aplicación de conceptos y técnicas de administración en situación laboral o ambiente real.	
Lugar de Trabajo: Hospital Público en San Miguel de Tucumán	

2.- INFORME FINAL DE SU TRABAJO DE PRACTICA PROFESIONAL

Mi trabajo en la Práctica Profesional consistió en la implementación de Normas ISO 9001:2015 en un Hospital Público. Para ello, luego de presentar el Plan de Trabajo, comencé con la revisión de la literatura a fin de comprender los requerimientos de la norma y cómo implementarlos.

En primer lugar, realicé un diagnóstico de la organización para determinar cuál era el grado de cumplimiento que tenía con los requisitos de ISO. Este diagnóstico demostró un bajo nivel de cumplimiento de los requisitos, por lo que se elaboró un check list diferenciando en etapas de trabajo para organizar las tareas y facilitar el control de los avances.

A través de entrevistas y observación in situ, fui elaborando el soporte documental requerido por la norma y acompañando la implementación de lo establecido en dichos documentos.

Por último, realicé el seguimiento de avances y establecí los puntos pendientes del proceso.

Además, participé en la Reunión de Discusión y en la VII MATILA y en ambas oportunidades llevé a cabo exposiciones sobre los avances del trabajo.

3.- CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO ORIGINAL:

100%	75%	50%	25%	menos del 25%
X				

4.- DIVULGACIÓN

Participación en la Reunión de Discusión de la Práctica Profesional el día 8 de julio de 2020.

Exposición en la VII Muestra Académica de Trabajos de Investigación de la Licenciatura en Administración de la Facultad de Ciencias Económicas realizada del 27 al 31 de julio de 2020.

5.- CHARLAS DE LA PP, CURSOS Y/O ESTADÍAS DE CAPACITACIÓN:

Participaciones en los Foros de las Charlas de la PP:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

- Reflexiones a partir de la charla de Santiago Bonatti- 06/05/2020: Sobre esta charla resalto la importancia de la proactividad en el trabajo, sin limitarnos a las tareas que se nos fueron asignadas e ir más allá, donde están las cosas que realmente nos interesan y podemos crecer y aprender más. Además, esta proactividad nos permitirá adaptarnos a la condición de incertidumbre que atraviesa el trabajo del Lic. En Administración, sobre todo con la situación que nos atraviesa a nivel mundial actualmente, situación que significará un gran cambio de paradigma en la forma en que las empresas realicen sus operaciones.
- Reflexiones a partir de la charla de Maximiliano Rivadeneira- 13/05/2020: La charla de Maxi me marcó la importancia del Data Science en los negocios y de incursionar en el mundo de la programación, rompiendo con el estereotipo que creo que muchos teníamos de que a esa rama se dedican ingenieros o economistas. Me transmitió confianza y motivó para aprender el uso de diversos programas que tenía interés pero que pensaba que luego no los iba a utilizar o que otro realizaría esas tareas. Además, me gusta conocer los campos tan diversos en los que se puede especializar un Lic. En Administración. En este punto de la carrera me parece importante conocer la amplia gama de posibilidades que ofrece la misma para así apuntar a aquello que nos guste más.
- Reflexiones a partir de la charla de Juan Franco D'Andrea- 20/05/2020: La charla de Franco me resultó muy motivadora ya que él nos contó sus experiencias en su último año de la facultad con un hincapié en relajarse y no frustrarse si las cosas que queremos no suceden como lo planeamos, manteniendo la mente abierta a las posibilidades. Me parece que es la actitud que debemos tener al iniciar nuestra vida profesional ya que, si no estaremos expuestos a muchas frustraciones, sobre todo en el contexto que nos atraviesa actualmente, donde la situación laboral estará más inestable.
Por otro lado, me pareció importante tener en claro que en la vida laboral vamos a enfrentarnos con tareas que requieren conocimientos que no adquirimos formalmente en la facultad, pero esto no impide que podamos aprenderlos luego sobre la marcha ya que la misma nos ha enseñado múltiples herramientas, orientación a la resolución de problemas y pensamiento crítico, muy necesarias para enfrentarnos a nuevos desafíos.
- Reflexiones a partir de la charla de Ezequiel López del Río- 27/05/2020: La charla de Ezequiel me resultó muy interesante, más allá de ya conocer lo que él viene haciendo por lo que fuimos compañeros estos últimos años, siento que puntualizó en aspectos muy importantes como ser el salir de la zona de confort y presentarse a muchas entrevistas para tener confianza y que nuevas modalidades no nos agarren por sorpresa en una entrevista, sin tomar como algo negativo el participar en muchas entrevistas aunque no seamos llamados luego.
También me pareció bueno el pensamiento autocrítico que tiene, abierto a la crítica y tomándola de forma constructiva, reafirmando la importancia que tiene para nuestro crecimiento conocer nuestros puntos fuertes y aquellos en los que podemos mejorar. Por último, me parece interesante como toma a la empresa como proveedora de capacitaciones y conocimiento, y que es muy importante nutrirse de las herramientas que se nos brindan en el ámbito laboral y no desperdiciar esas oportunidades.
- Reflexiones a partir de la charla de Pilar Fernández Fiorenza- 10/06/2020: De la presentación de Pilar me gustó la importancia que le da a involucrarse en las actividades extracurriculares que la facultad nos ofrece como ayudantías, jornadas de administración, etc. Como ella comparto que son actividades súper interesantes



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

que nos ofrecen nuevos aprendizajes, formas de ver y vincularnos con la facultad y me parece muy positivo que promueva la participación en ellas.

Además de la notoria proactividad y responsabilidad que Pilar tiene, que le permitirá desempeñarse en cualquier lado, me gustó cómo plantea el ir conociendo diversas áreas o ramas de la administración a pesar de tener una preferida. Si bien especializarse en alguna me parece importante y competitivo, me parece importante en los primeros años de vida laboral tener diferentes experiencias con tareas de distintos ámbitos.

- Reflexiones a partir de la charla de Valle Jantus- 17/06/2020: De la charla de Valle destaco la importancia que le da a las competencias blandas, haciendo hincapié en la proactividad y actitud de servicio, siendo la primera nombrada o resaltada en casi todas las charlas.

Además, mencionó el hecho de que a veces podemos no tener los conocimientos técnicos para un puesto, pero contar con estas actitudes hace una gran diferencia. Por ejemplo, como se aconsejó en otras reuniones, aunque no sepamos cómo realizar X tarea la aceptemos igual y aprendamos cómo hacerla sobre la marcha, sin dejar de perder esta oportunidad nueva de aprender algo solo porque de entrada no sabemos cómo se realiza. Esto me parece que ejemplifica lo que dice Valle sobre que luego uno se capacita en las partes técnicas, pero es más importante una actitud proactiva.

- Realización del curso online “ISO 9001:2015 Interpretación y guía para su implementación”, dictado por Luis Alfonso Mesa Angulo a través de la plataforma UdeMy.

6.- REALICE UN BALANCE DE SU EXPERIENCIA EN LA PRACTICA PROFESIONAL:

A través de la realización de la Práctica Profesional entendí la importancia de la misma y el valor agregado que aporta a los futuros Licenciados en Administración.

Me pareció una experiencia totalmente enriquecedora ya que contó con múltiples tareas de ámbitos totalmente diferentes, bajo una visión integral. Además, siento que es una instancia necesaria al culminar una carrera de grado ya que involucra conocimiento teórico adquirido a lo largo del cursado y una parte práctica y de aplicación. A veces durante el cursado no dimensionamos bien los campos de aplicación de las diferentes materias (o por lo menos a mí me costaba, por lo que recién empecé a trabajar en mi último año de cursado), por lo que poder tener la experiencia de aplicar los conocimientos teóricos me resultó muy valiosa.

Además, me gustó mucho la visión orientada al proceso de realizar el trabajo sobre presentar de un día para otro un trabajo final, ya que cada instancia (reunión de tutoría, avances, MATILA, etc.) aportó muchísimo al trabajo.

Es por esto y más que considero la experiencia de la Práctica Profesional como una instancia de la carrera que me sirvió muchísimo en mi formación como futura Licenciada en Administración.

7.- DOCUMENTACIÓN PROBATORIA



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL
LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



PLAN DE TRABAJO

Práctica profesional 2020

Mariana Martínez Hynes
D.N.I:39930675
Email: marianamhynes@gmail.com
Tutor: María Enriqueta Martos



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Modalidad.....	7
Planteamiento del problema u oportunidad	7
Objetivos	8
Metodología	8
Marco teórico	9
Cronograma	12
Bibliografía	Error! Bookmark not defined.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Resumen

El objetivo de este trabajo es el de realizar un plan de acción para aplicar en el servicio de Farmacia de un Hospital Público de San Miguel de Tucumán.

Dentro de los procesos fundamentales que encontramos dentro de Farmacia se encuentra el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, el plan de acción buscará ordenar este proceso conforme a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2015. La Norma ISO 9001:2015 nos ofrece una serie de estándares y orientación para implantar en una organización un Sistema de Gestión de la Calidad. La motivación principal de esta implementación y posterior certificación son los beneficios potenciales que ésta ofrece, entre los cuales distinguimos reducciones de costos, aumentar niveles de productividad, satisfacer mejor y más rápido las necesidades de los clientes, implementar procesos de mejora continua, etc.

Para conseguir esto se identificarán los subprocesos del proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios y se diagnosticarán las causas de las fallas que puedan existir en ellos. Además, se propondrá un plan de acción basado en la gestión de calidad total para contrarrestar los factores negativos del mismo y elaborarán indicadores de gestión para monitorear el desempeño del área. Todo esto bajo un enfoque de investigación cualitativa con un diseño de investigación acción.

Palabras claves

Sistema de Gestión de la Calidad- Normas ISO 9001:2015- Plan de acción- Procesos



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Introducción

Este trabajo se llevará a cabo en un Hospital Público ubicado en San Miguel de Tucumán con un número aproximado de 1200 empleados. Este Hospital es un servicio de salud polivalente, que incluye entre sus prestaciones a las cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. El hospital cuenta con 220 camas, la mayoría adecuadas para la internación de mediana complejidad y un área de cuidados críticos.

La estructura jerárquica del hospital se compone de la Dirección y tres subdirecciones, una médica, una administrativa contable y otra técnica. En este trabajo nos enfocaremos en un proceso del servicio de Farmacia, dependiente de la subdirección administrativa, el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

La dispensación de medicamentos es un proceso fundamental en el servicio de Farmacia que consiste en hacer entrega o despachar medicamentos a los pacientes ambulatorios, sus familiares o personal de la salud encargado. Con pacientes ambulatorios nos referimos a aquellos que reciben atención médica en el hospital pero que no deben ser internados.

Esta entrega se realiza en base a una orden médica o receta que especifica qué medicamento debe ser entregado y sus cantidades correspondientes, además incluye información necesaria para su correcto uso.

El personal encargado de la dispensación con el tríptico o receta en mano realizan controles pertinentes y proceden a registrar las bajas de medicamento en el sistema y entregar los mismos. Una vez entregados, se archiva el tríptico con la firma del paciente por fecha de entrega.

Dentro de este proceso podemos distinguir dos tipos de pacientes, pacientes de guardia y consultorio externo y pacientes de programas como Diabetes, Epilepsia, TBC (Tuberculosis), Reumatología, HIV, Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva.

El proceso en general es muy similar para los dos tipos de pacientes salvo con unas diferencias en requisitos y controles.

Este proceso ha sido clasificado como fundamental por la Dirección y Gerencia Administrativa para ser certificado en ISO 9001:2015.

Modalidad

La modalidad seleccionada para la ejecución del trabajo es la de **“Trabajo de aplicación de conceptos y técnicas de administración en situación laboral o ambiente real”** en el contexto de un Hospital Público de San Miguel de Tucumán.

Planteamiento del problema u oportunidad

La iniciativa de este trabajo surge a partir de diferentes motivaciones para certificar la Norma ISO. La acreditación por parte de grandes entidades certificadoras de reconocimiento internacional otorga diversos beneficios potenciales entre los cuales se distinguen una mayor satisfacción de los clientes, la implementación de nuevos métodos de trabajo que podrán ahorrar tiempo y recursos, la reducción significativa de errores operativos, el aumento de interés y compromiso de los trabajadores, etc.

Además, existe un requerimiento por parte del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) para que los Hospitales Públicos realicen la certificación de procesos a medida que sea posible. Por esto, la Dirección junto con la Gerencia del Hospital llegaron al acuerdo de empezar el proceso de certificación.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Por lo general se eligen aquellos servicios cuyos procesos se encuentran organizados para así lograr estandarizarlos, medirlos y prolongarlos en el tiempo para asegurar que se mantengan así.

Por otro lado, se eligen aquellos servicios que necesitan una reestructuración para organizar mejor el trabajo, abaratar costos, organizar el personal, brindar un mejor servicio interno, lograr un grado de estandarización más elevado, etc. Bajo este criterio fue elegido el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, debido a las oportunidades de mejora existentes que se pueden llevar a cabo gracias a los lineamientos de las Normas ISO.

Objetivos

La finalidad de este trabajo es ordenar el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios de manera que cumpla con los requerimientos de la norma ISO 9001:2015 para así obtener la certificación de la misma. Por lo tanto, el **objetivo general** de este trabajo es elaborar un plan de acción a llevar a cabo en el sector de Farmacia para cumplir con los requerimientos establecidos por la norma ISO 9001:2015 y su posterior aplicación.

Con el fin de lograrlo se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- Identificar los subprocesos que integran el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios y diagnosticar las causas de las fallas que puedan existir en ellos;
- Proponer un plan de acción basado en la gestión de calidad total para contrarrestar los factores negativos del proceso;
- Elaborar indicadores de gestión para monitorear el desempeño del área.

Metodología

Debido a la naturaleza del problema a abordar el enfoque que se utilizará es cualitativo ya que este enfoque logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno bajo estudio.

Se empleará un diseño de Investigación Acción, este tipo de investigación tiene por finalidad comprender y resolver problemáticas específicas vinculadas a un ambiente. Este diseño se basa en fases cíclicas o espiral de actuar, pensar y observar.

Será importante el involucramiento de los trabajadores en las decisiones y permanente contacto con ellos.

Se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para proyectos, procesos y reformas estructurales.

El fin de este trabajo es realizar un plan de acción y posterior implementación del mismo (en el caso de no poder completar la implementación de todo el plan dejar establecido los pasos a seguir), para esto se realizarán las siguientes fases o etapas de trabajo:

Etapas 1- Diagnóstico y planificación

En esta primera etapa se realizará un diagnóstico para conocer cuál es el grado de cumplimiento que tiene la organización con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. A partir del diagnóstico se trazará un plan de trabajo, o plan de acción, donde se detallarán las actividades, con sus plazos y responsables, que se llevarán a cabo a lo largo del proyecto de implementación.

Etapas 2- Diseño del SGC

En esta etapa se definirán los elementos claves del Sistema de Gestión de la Calidad y se establecerá el soporte documental del Sistema.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Etapa 3- Implementación del SGC

A medida que el SGC se diseña, se implementarán las metodologías y registros en los procesos y áreas funcionales dentro del alcance definido. Además, en esta etapa se realizarán las capacitaciones necesarias.

Etapa 4- Auditoría interna

Luego de implementar el SGC en la organización se llevará a cabo la realización de la auditoría interna con el objetivo de determinar si el SGC cumple con los requisitos de ISO 9001:2015. Aquí se detectarán No Conformidades y oportunidades de mejora a realizar.

Etapa 5- Revisión final previa a certificación

En base a los resultados de la auditoría se realizarán los cambios y correcciones en el Sistema y se ultimarán detalles para la certificación con la empresa auditora.

En cuanto a los métodos de recolección de datos, luego de la revisión de la bibliografía, se continuará con una constante observación directa en el lugar de trabajo, para comprender los procesos, los vínculos entre ellos y detectar problemas u oportunidades de mejora. Además, se trabajará con entrevistas no estructuradas y semiestructuradas en algunos casos. Toda la información recolectada se irá documentando como base de documentos para la certificación.

Marco teórico

Las normas ISO 9000 son una serie de estándares orientadas a ordenar la gestión de una organización en sus distintos ámbitos. Estas fueron establecidas por el Organismo Internacional de Estandarización (ISO) con base en Ginebra, Suiza, esta organización ha desarrollado y publicado estándares voluntarios de calidad. Particularmente, los estándares ISO 9000 que son los más difundidos a nivel mundial y se componen de estándares y guías relacionados con sistemas y herramientas específicas de gestión aplicables a cualquier tipo de organización.

La finalidad de esta serie de normas es ofrecer orientación, coordinación, simplificación y unificación de criterios a las organizaciones con el fin de reducir costos y aumentar la efectividad, así como estandarizar las normas de productos y servicios para las organizaciones internacionales.

La serie ISO 9000 se compone de cinco partes principales, numeradas desde 9000 a 9004. En este trabajo nos interesa particularmente la versión 2015 de la ISO 9001 que es aquella que contiene los requisitos de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y es a través de ella que se define si la organización cumple con la norma calidad, especialmente durante las auditorías de certificación.

Para obtener el certificado ISO 9001:2015 se debe implantar en la organización un SGC conforme a la norma. La ISO define a la Calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos.

Este sistema debe ser auditado periódicamente para asegurarse que se está implantando adecuadamente y es conocido por el personal de la empresa. El auditor debe estar formado en calidad y puede pertenecer a la empresa (auditor interno) o ser subcontratado (auditor externo).

En las auditorías o revisiones que se hacen al sistema se encuentran una serie de desviaciones llamadas No Conformidades, las cuales deben ser detectadas y corregirlas para cumplir con los requerimientos de la norma.

Luego se busca una empresa certificadora teniendo en cuenta el presupuesto disponible y que sea la más adecuada según el tipo de organización. Dicha empresa llevará a cabo la auditoría para conseguir la certificación de calidad ISO 9001, revisando el Sistema de



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Gestión de Calidad de la organización y comprobando que cumple los requisitos de la norma, anotando las posibles No Conformidades que deben corregirse.

En el caso de que el SGC cumple con los requisitos se obtiene el certificado de la Norma ISO 9001 y dicho sistema será auditado periódicamente para corroborar que se siga cumpliendo y se hayan realizado las correcciones señaladas en la auditoría.

Entendemos por Sistema de Gestión de Calidad como un conjunto de normas interrelacionadas de una empresa u organización por los cuales se administra de forma ordenada la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes. La adopción de un SGC debe ser una decisión estratégica para una organización ya que le puede ayudar a mejorar el desempeño global debido a que ofrece diversos beneficios potenciales entre los que se encuentran:

- Proporciona elementos para que una organización pueda alcanzar y mantener mayores niveles de calidad en el producto o servicio;
- Ayuda a responder y satisfacer las necesidades de los clientes;
- Permite reducir costos, conseguir más rentabilidad y aumentar los niveles de productividad;
- Es uno de los medios más eficaces para conseguir una ventaja competitiva o mejorar la posición competitiva actual;
- Implementar procesos de mejora continua;
- Reducir rechazos o incidencias en la producción o en la prestación de servicios
- Incremento de la motivación y el trabajo en equipo;
- Los empleados se focalizan en alcanzar las metas y objetivos de la organización;
- Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.

La norma se basa en los 7 principios de gestión de la calidad, que son el marco de referencia para que la dirección guíe a la misma orientándola hacia la consecución de la mejora del desempeño de su actividad. Toda organización debe seguirlos si quiere obtener los beneficios esperados.

Principio 1: Enfoque al cliente

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

Principio 2: Liderazgo

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Principio 3: Participación del Personal

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

Principio 4: Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Principio 5: Mejora continua

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente en ésta.

Principio 6: Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.

Principio 7: Gestión de las relaciones



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

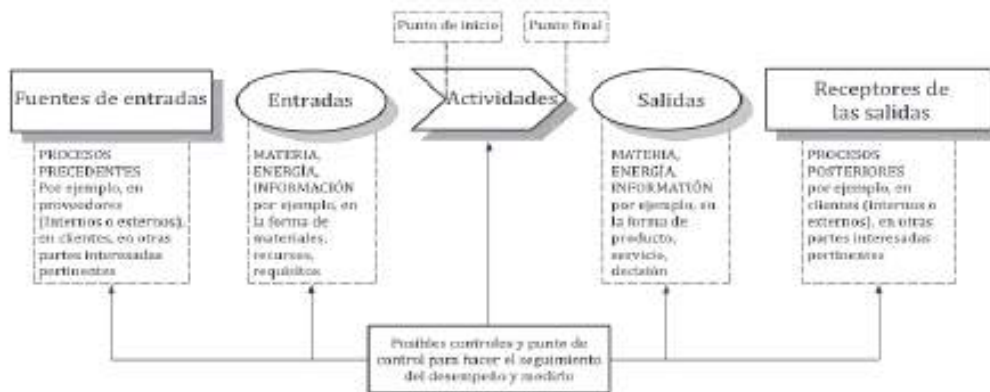
La correcta gestión de las relaciones que la organización tiene para con la sociedad, los socios estratégicos y los proveedores contribuyen al éxito sostenido de la organización. Como fue mencionado en uno de los principios, esta norma emplea el enfoque a procesos e incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

El cambio reside en la concepción de organización. Ha dejado de ser una organización por departamentos o áreas funcionales para ser una organización por procesos orientados para la gestión de la creación de valor para los clientes. El enfoque a procesos permite a una organización planificar procesos y sus interacciones.

La aplicación del enfoque a procesos en un SGC permite la comprensión y coherencia en el cumplimiento de los requisitos, la consideración de los procesos en términos de valor agregado, el logro del desempeño eficaz del proceso y la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos e información.

En la siguiente figura podemos observar los elementos que componen cualquier proceso y la interacción entre ellos. Los puntos de control del seguimiento y la medición son específicos para cada proceso y variarán dependiendo de los riesgos vinculados.

Figura 1: Representación de los elementos de un proceso



Fuente: ISO 9001:2015

La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al SGC como un todo. Este ciclo cuenta con las siguientes etapas:

Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades, es decir se elabora un Plan de Acción;

Hacer: consiste en ejecutar todas las acciones que se han planeado en la etapa anterior. En esta fase es recomendable hacer una prueba piloto para validar el funcionamiento de las acciones antes de realizar cambios a gran escala;

Verificar: se debe evaluar la eficacia de las acciones llevadas a cabo. Si las actividades no tienen el efecto que se desea, habrá que modificarlas para que se puedan conseguir los objetivos establecidos;

Actuar: una vez finalizado el proceso, se deben estudiar los resultados obtenidos y compararlos con los datos que se recogían antes de aplicar las acciones de mejora. También se deberán tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

Una vez concluida la última fase del ciclo PHVA se pueden presentar dos situaciones:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Una positiva en la que se ha alcanzado el objetivo. Lo que implica que las acciones tomadas son eficaces y se pueden seguir aplicando. Esto no significa que no haya que repetir el proceso, es más se deben identificar nuevas acciones de mejora y comenzar un nuevo ciclo para continuar con la mejora de la organización.

En contraposición a la situación anterior se puede presentar una negativa en la que no se ha alcanzado el objetivo. En este caso habría que examinar todo el ciclo para identificar los errores que se han cometido y comenzar el ciclo PHVA de nuevo.

El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un SGC eficaz. Una organización debe planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.

Las oportunidades pueden surgir como resultado de una situación favorable para lograr un resultado previsto, las acciones para abordar las oportunidades también pueden incluir la consideración de riesgos asociados. El riesgo es el efecto de la incertidumbre y dicha incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos.

Cronograma

Actividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Elaboración del Plan de Trabajo y Revisión de la literatura	40 HS															
Visitas presenciales			20 HS													
Diagnóstico y planificación				50 HS												
Diseño del SGC					40 HS											
Implementación						80 HS										
Auditoría Interna							30HS									
Correcciones								40 HS								
Elaboración de informes de avance									30 HS							
Elaboración de conclusiones e informe final										30 HS						



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Presentación del trabajo y defensa final		20 HS
Realización de cursos relacionados	20 HS	

Bibliografía

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación. Sexta edición.*

Secretaría Central de ISO en Ginebra, Suiza, Grupo de Trabajo Spanish Translation Task Force (STTF). *Norma Internacional ISO 9001:2015. Quinta Edición, traducción oficial.*

Adler, Martin Oscar. *Producción y Operaciones.* Ediciones Macchi. Buenos Aires. 2004

Página web *Soluciones para la Gestión de la Excelencia y Conformidad Empresarial:*
<https://www.isotools.org/>



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

PRIMER INFORME DE AVANCE: MAYO

Práctica profesional – Licenciatura en Administración

Proyecto: “Implementación de Normas ISO 9001:2015 a procesos de Farmacia de un Hospital Público”

Alumno: Martínez Hynes, Mariana

DNI: 39930675

Tutor: María Enriqueta Martos

Actividades Realizadas

- Primera reunión con mi tutora, la profesora María Enriqueta Martos, para definir cómo se abordará el trabajo, determinar metodología, objetivos y bibliografía.
- Revisión de la bibliografía necesaria para elaborar el Plan de Trabajo. Elaboración del mismo, corrección y posterior presentación.
- Reunión con la Gerencia Administrativa del Hospital y una consultora externa para definir el alcance de la certificación. En la misma se trataron las motivaciones de la certificación y la elección de los servicios y procesos en esta segunda etapa (el año pasado se llevó a cabo la primera etapa certificando 4 procesos). En esta reunión se eligió Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.
- Reunión con la Jefa de Farmacia para comunicarle la decisión de llevar a cabo la certificación, el proceso elegido y designar referentes del servicio.
- Reunión informativa con la Jefa de Farmacia y sus referentes para explicarles el proceso a llevar a cabo. En la misma se explicó qué implica el proceso de certificación, los objetivos y requerimientos que exige la norma, definición de plazos de trabajo y se resolvieron las dudas del personal.
- Determinación de un listado de actividades que deben llevarse a cabo, diferenciadas en 4 etapas. Este listado se usará como check list a lo largo del proceso de certificación para monitorear avances.
- Elaboración de soporte documental requerido por la norma y posterior corrección con el personal de Farmacia. Dentro de los mismos se encuentran Organigrama, Manual de Funciones, Partes Interesadas, Flujograma y Mapa de Procesos.
- Determinación de un proceso adicional a certificar en Farmacia, el proceso de Adquisición y Recepción de Medicamentos. Comunicación al servicio e inicio de elaboración de los documentos mencionados en el apartado anterior para este proceso.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

SEGUNDO INFORME DE AVANCE: JUNIO

Práctica profesional – Licenciatura en Administración

Proyecto: “Implementación de Normas ISO 9001:2015 en procesos de Farmacia de un Hospital Público”

Alumno: Martínez Hynes, Mariana

DNI: 39930675

Tutor: María Enriqueta Martos

Actividades Realizadas

- Realización del curso “ISO 9001:2015 Interpretación y guía para su implementación” dictado por Luis Alfonso Mesa Angulo por la página web Udemy.
- Reunión con la Jefa de Farmacia para hacer la primera revisión del check list elaborado para controlar los avances que se vayan realizando. Determinación y asignación de las tareas pendientes.
- Continua elaboración y corrección de documentos de ambos procesos.
- Elaboración de la Matriz de Riesgo del proceso de Dispensación bajo el enfoque basado en riesgos requerido por la Norma.
- Elaboración del Análisis de Contexto del Hospital conforme al capítulo 4 de la Norma. Realización del Análisis PESTAL y Matriz FODA del Hospital.
- Determinación de la Política de Calidad del Hospital y comunicación de la misma al servicio de Farmacia.
- Reunión con la Jefa de Farmacia y la consultora externa para tratar de definir los indicadores que se medirán en cada proceso. El indicador sugerido para el proceso de Adquisición y recepción de medicamentos es Cantidad de pedidos de medicamentos por mes/Cantidad de medicamentos recibidos en tiempo y forma; el indicador sugerido para el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios es Cantidad de dispensaciones No conformes por mes/Cantidad de dispensaciones por mes. Ambos indicadores están sujetos a aprobación por parte de la Gerencia.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



TERCER INFORME DE AVANCE: JULIO

Práctica profesional – Licenciatura en Administración

Proyecto: Implementación de Normas ISO 9001:2015 a procesos de Farmacia de un Hospital Público

Alumno: Martínez Hynes, Mariana

DNI: 39930675

Tutor: María Enriqueta Martos

Actividades Realizadas

- Reunión con mi tutora, la profesora María Enriqueta Martos, para controlar los avances realizados y determinar los pasos a seguir.
- Definición de los indicadores de calidad para los dos procesos seleccionados: Cantidad de medicamentos vencidos, Cantidad de medicamentos no conformes recibidos, Dispensaciones Conformes/Total de Dispensaciones y Encuestas de satisfacción. Además, se elaboraron las planillas necesarias para el relevamiento de datos para construir los indicadores.
- Determinación de los perfiles y funciones de los diferentes puestos de trabajo existentes en Farmacia (Jefe de servicio, Farmacéutico y Auxiliar) y la elaboración del documento correspondiente.
- Elaboración del documento Control de vencimientos y semaforización, donde se determinan las actividades de control que se llevarán a cabo sobre los medicamentos para evitar que se venzan antes de ser dispensados, entre las cuales se encuentra la semaforización (colocar tarjetas de colores rojas, amarillas y verdes para indicar el plazo en el que se vencerá determinado medicamento, de manera que sea más fácil su control).
- Elaboración del resumen y Power Point para la segunda reunión de discusión del mes de Julio. Participación en la reunión de discusión del día 8/7/2020.
- Elaboración del trabajo escrito y video para la VII Muestra Académica de Trabajos de Investigación de la Licenciatura en Administración (VII MATILA). Dicho trabajo se elaboró teniendo en cuenta las contribuciones realizadas en la reunión de discusión.
- Participación como expositora en la VII MATILA, participando en foros y comentando los trabajos de mis compañeros.
- Reuniones semanales con la Jefa del servicio para monitorear avances, completar el check list, determinar tareas a realizar, etc.
- Comunicación con la consultora externa para analizar el estado de la implementación y determinar las actividades posteriores.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL
LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Certificado del curso en línea “ISO 9001:2015 Interpretación y guía para su implementación”, realizado en la plataforma Udeemy.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



REUNION DE DISCUSIÓN AVANCES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

En el marco de la **Práctica Profesional de la Licenciatura en Administración**, se invita a docentes, estudiantes y personas interesadas a la **Reunión de Discusión del Instituto de Administración** que se realizará el día **Miércoles 08 de Julio de 2020 de 19 a 20 horas** en forma virtual por la plataforma Zoom. (ID de reunión: 859 8805 1694 Contraseña: reunión)

Se discutirán los avances de los siguientes trabajos:

Hora	Título del Trabajo
19:00	"Implementación de Normas ISO 9001:2015 en Procesos de Farmacia de un Hospital Público" Alumno: Martínez Hynes, Mariana Tutor: Martos, María Enriqueta
19:30	"Implementación de un nuevo sistema de información para una inmobiliaria" Alumno: Landívar, María Lucía Tutor: Rodríguez, María Fernanda



Participación en la Reunión de Discusión de la Práctica Profesional de la Licenciatura en Administración FACE el 8 de julio de 2020.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



MESA 7

Código	Asignatura	Título del Trabajo	Autores
PP 11	Práctica Profesional Licenciatura en Administración	Propuesta de un Plan de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en las Normas ISO 9001 en la Secretaría de Control de Gestión Económica Financiera de la Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia	Silva María Julia del Tránsito
PP 12	Práctica Profesional Licenciatura en Administración	Reorganización del área Compras de importación empresa comercial del norte Argentino	Rosario Mangaratti Lourdes María
PP 13	Práctica Profesional Licenciatura en Administración	Reorganización de procesos en la Dirección General de Recursos Financieros	Adra Sabrina Giselle
PP 14	Práctica Profesional Licenciatura en Administración	Implementación de Normas ISO 9001: 2015 en procesos de Farmacia en un Hospital Público	Martínez Hynes, Mariana
PP 15	Práctica Profesional Licenciatura en Administración	Implementación de un nuevo sistema de información para una inmobiliaria	Landívar, María Lucía



Re: PP 14

de Gastón Paz Traversi - Tuesday, 28 de July de 2020, 18:37

Buenas tardes a todos!

Muy buen aporte de este trabajo Mariana! Se puede notar el enfoque integrador que se le dio desde la investigación de la información hasta el momento de tomar en cuenta los impactos que puede generar en los comportamientos de las personas la incorporación de estas normas!

¿Quiénes realiza la auditoría tanto de los procesos como de las personas que los llevan a cabo?!

[Enlace permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)



Re: PP 14

de Mariana Martínez Hynes - Thursday, 30 de July de 2020, 00:21

Hola Gastón! Las auditorías se dividen en internas y externas.

Las internas las realizamos junto con personal del hospital con experiencia en otras auditorías y con una consultora que brinda los servicios de consultoría en ISO. La idea de esos auditores es evaluar los procesos y realizar las mejoras para la auditoría externa.

Las auditorías la lleva a cabo un ente certificador habilitado a certificar ISO. Hay diferentes opciones y normalmente se elige por el presupuesto disponible. Ellos hacen dos auditorías: una documental y otra en el lugar. Si cumplen y "aprobar" las dos te verifican en ISO. Una vez que certificas se hacen auditorías de mantenimiento anuales para ver que todo siga funcionando bien y asegurarse que la implementación del sistema siga vigente, sino pueden suspender la certificación.

Espero que responda tu pregunta, saludos!

[Enlace permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)



Re: PP 14

de María Lucía Landívar - Thursday, 30 de July de 2020, 11:55

Hola Mariana! Muy interesante tu trabajo! Me parece muy óptimo la implementación de las normas ISO, sobre todo en un hospital.

Te hago una pregunta. Vos en el video hablaste de los procesos que va a generar esta implementación, existe en la actualidad algún proceso? El sistema que tiene hoy el hospital, es adecuado para el registro de medicamentos que utilizaste para el trabajo?

[Enlace permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)



Re: PP 14

de Mariana Martínez Hynes - Thursday, 30 de July de 2020, 14:44

Hola Lucía! Los procesos que se están certificando ya existen y se llevan a cabo en el hospital. El problema es que no están bien justificados ni controlados, por lo que hay varias deficiencias en ellos y la finalidad de la implementación es que a través del sistema de gestión de calidad los mismos funcionen bien y se estandaricen.

La última pregunta no la entendí muy bien, pero interpreto que haces referencia a la parte de indicadores relacionados a medicamentos vencidos y no conformes. El sistema utilizado en el hospital arroja bastante información útil para efectuar el control de los mismos, igual estamos elaborando planillas aparte para recabar algún dato que no esté detallado en el sistema informático para un mejor análisis.

Espero haber respondido tus preguntas, saludos!

[Enlace permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Re: PP 14
de Mariana La Bamba Libro Aguiar Suarez - Thursday, 30 de July de 2020, 20:08

Hola María, te felicito por tu trabajo y tu esfuerzo en esta última etapa que te queda para recibir el título, me parece muy interesante y oportuna la implementación de las normas ISO 9001:2015 a los procesos del sector de farmacia considerando todos los beneficios que trae aparejado. Es un trabajo bastante completo y bien abordado considerando todos los factores que se ven involucrados en dicha implementación, se puede ver la relación entre los distintos sistemas que existen en la empresa es un ámbito real y todo el esfuerzo que conlleva certificar los procesos, como es mencionado en las conclusiones debe ser una decisión tomada a conciencia y teniendo en cuenta la cultura organizacional. En el marco del trabajo detallas de forma muy detallada los distintos procesos que lleva a cabo el sector de farmacia, quería saber ¿cómo fue el involucramiento de los datos que existían para diseñar los mismos? ¿tuviste complicaciones para tener acceso a la información que necesitabas? ¿cómo se involucró a algún jefe con escaso tiempo para ser entrevistado o falta de predisposición? ¿tenías que ir a cada turno el y ser a largo tiempo de esta primera parte, por que consiste el proceso de acondicionamiento físico de los procesos?

[Está de permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)

Re: PP 14
de Mariana Martínez Hynes - Friday, 31 de July de 2020, 08:52

Hi la jefa! Muchas gracias por el aporte!!
Es como a lo que me preguntaste si tuve algunos complicaciones debido a la falta de predisposición del personal de farmacia para realizar y coordinar el trabajo al proceso. Si bien entendí que debido a todo lo de la pandemia las actividades en hospitales se incrementaron y el personal está sobrecargado, si me da cierta experiencia para colaborar. O sea que sólo se podría haber solucionado con una mejor comunicación con el personal desde el principio para que me dieran que sólo era tarea extra que debían hacer además de las tareas habituales de sus puestos de trabajo.
Por otro lado algo que me sirvió bastante fue el apoyo de la consultora externa, ellos cuentan con mucha experiencia certificando en hospitales, por lo que tenían muchos modelos y documentos de otras organizaciones para usar de guía y aplicar a los procesos de este hospital en particular.
Y el acondicionamiento físico hace referencia a organizar espacio de trabajo, por lo general basándose en los tipos de tareas para que el ambiente de trabajo este organizado, limpio y adecuado para que se lleve de la mejor manera posible los procesos, además si hacen falta instancias o mejorar algo se hace en esta etapa. Por ejemplo en otros servicios de hospitales y primario cuidado, se cambió la estructura para que sea más acorde a las actividades que se realizan allí, se refalzó todo, etc.
Espero haber respondido las preguntas, saludos!

Re: PP 14
de Juan Carlos Ferrero - Friday, 31 de July de 2020, 14:46

Excelente trabajo Mariana! Muy completo y profundo el análisis que se hace, tengo la duda para llevar a cabo el proceso de certificación de la norma ISO, me que tuviste inconvenientes, debido a que las empresas que quieren llevar a cabo dicho proceso y en definitiva quieren deberán afrontar los costos en el día a día, se realizan capacitaciones o charlas de sensibilización? Por que generalmente los empleados no está tan de acuerdo, como una auditoría hacia ellos y no una mejora en los procesos y en el día a día, más en una repartición pública donde hay mucha desconfianza a las que les ofrecen muchos otros servicios gratuitos.

[Está de permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)

Re: PP 14
de Mariana Martínez Hynes - Friday, 31 de July de 2020, 18:35

Hola! Muchísimas gracias por el comentario.
Normalmente se realizan capacitaciones al personal sobre ISO y la implementación para familiarizarlos y que ellos se involucran y conectaran con el proceso. Sin embargo, por las condiciones actuales lo probable es que se eviten por actividades en el hospital por lo que no se están pudiendo hacer a saber como se paralizaron.
Al principio de la implementación hubo una parte de capacitación que la consultora el sistema puede ingresar al hospital, por lo que antes capacitaciones (separado) presenciales y se están haciendo alternativas online.
Espero haber respondido tu pregunta, saludos!

[Está de permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)

Re: PP 14
de Juan Carlos Ferrero - Friday, 31 de July de 2020, 16:27

Claro seguro que es así! Este problema hace que todo se complique. Muchas gracias por responder!

Re: PP 14
de Adolfo Jorge Rosende - Saturday, 1 de August de 2020, 21:38

Hola Mariana, una consulta con que empresa certificadora (IRAM u otras) están analizando obtener la certificación y cuanto es el costo actualmente?

[Está de permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)

Re: PP 14
de Mariana Martínez Hynes - Monday, 3 de August de 2020, 12:46

Hola Profesor! La empresa que llevará a cabo la certificación se llama TÜV Rheinland y el costo es confidencial. Generalmente depende del tamaño de la organización, la cantidad de procesos a certificar, número de empleados, etc. Saludos!

[Está de permanente](#) [Mostrar mensaje anterior](#) [Responder](#)

Participación en la VII Muestra Académica de Trabajos de Investigación de la Licenciatura en Administración de la Facultad de Ciencias Económicas realizada del 27 al 31 de julio de 2020.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



COMENTARIO DEL DIRECTOR SOBRE EL DESEMPEÑO DEL ESTUDIANTE

Firma del Estudiante_____

Fecha_____

Aclaración: Martínez Hynes, Mariana

Firma del Director_____

Fecha_____

Aclaración_____



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL
LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



TRABAJO DE CAMPO

“Implementación de Normas ISO 9001:2015 a procesos de Farmacia de un Hospital público”

Autora: Mariana Martínez Hynes
Tutora: María Enriqueta Martos



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Índice	
Resumen	24
Planteamiento del problema u oportunidad	26
Objetivos	26
Metodología	26
Marco teórico	27
Desarrollo	36
Presentación de la organización	36
Enfoque basado en procesos	43
Análisis de contexto	53
Liderazgo: Política de calidad	63
Planificación: enfoque basado en riesgos	64
Apoyo: personas	70
Resultados y conclusiones	74
Bibliografía	Error! Bookmark not defined.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Resumen

El objetivo de este trabajo fue el de elaborar un plan de implementación de Normas ISO 9001:2015 en procesos de Farmacia de un Hospital Público.

Las motivaciones de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad surgieron a partir de la potencial mejora que presentan los procesos elegidos para la certificación: Adquisición y recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

La Norma ISO 9001:2015 nos ofrece una serie de estándares y orientación para implantar en una organización un Sistema de Gestión de la Calidad. Dentro de los beneficios potenciales que ésta ofrece, distinguimos estandarizar los procesos, reducciones de costos, aumentar niveles de productividad, satisfacer mejor y más rápido las necesidades de los clientes, implementar procesos de mejora continua, etc.

Para cumplir con el objetivo mencionado anteriormente, se identificaron los subprocesos y se diagnosticaron las causas de las fallas que pueden existir en ellos. Además, se propuso un plan de acción basado en la gestión de la calidad total para contrarrestar los factores negativos del mismo y se elaboraron indicadores de calidad.

Debido a la naturaleza del problema a abordar el enfoque utilizado es cualitativo ya que este enfoque logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno bajo estudio y se empleó un diseño de Investigación Acción.

Dentro de las etapas llevadas a cabo durante el trabajo encontramos: Diagnóstico y planificación, Diseño del Sistema de Gestión de Calidad, Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Como resultado de este largo proceso, se construyó el soporte documental compuesto por: Manuales de Procesos, Partes Interesadas, Matriz de Riesgo, Control de vencimientos y semaforización, Análisis de contexto, incluyendo Análisis PESTAL y FODA, Política de calidad y Perfiles y competencias de los puestos.

Por último, se establecieron los pasos a seguir debido a que la situación sanitaria actual no permitió que se cumplan con los plazos previstos, atrasando algunas actividades y tareas. Entre estos pasos se distingue: capacitaciones al personal, auditoría interna, revisión previa la certificación y, finalmente, auditoría externa de certificación.

Palabras Claves:

Sistema de Gestión de la Calidad- Normas ISO 9001:2015- Plan de implementación- Procesos



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Introducción

Este trabajo se llevó a cabo en un Hospital Público en San Miguel de Tucumán que cuenta con un número aproximado de 1200 empleados, incluyendo personal médico como administrativo. El mismo es un servicio de salud polivalente que incluye entre sus prestaciones a las cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia.

La estructura jerárquica del hospital se compone por la Dirección y tres subdirecciones: Subdirección Médica, Gerencia Administrativa Contable y Subdirección Técnica. Este trabajo se realizó trabajando junto al servicio de Farmacia que depende directamente de la Gerencia Administrativa Contable.

Dentro de Farmacia encontramos tanto personal farmacéutico como administrativo, encargados de llevar a cabo los procesos fundamentales de una farmacia: la adquisición, recepción y control de medicamentos y las dispensaciones de los mismos, que pueden ser a pacientes ambulatorios o a las salas internas del hospital.

Este trabajo se llevó a cabo precisamente con los procesos de Adquisición y Recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

La Adquisición y recepción incluye todas las actividades vinculadas al abastecimiento de medicamentos y descartables por parte del Hospital, para hacer frente a todas las necesidades de sus servicios internos (guardias, salas, etc.) y de los pacientes ambulatorios y de programas.

Por lo tanto, este proceso abarca desde la confección de pedido de medicamentos, realizado a partir del consumo histórico, estacionalidad, stock, etcétera; hasta que el mismo sea aprobado por Gerencia, se envíen las Órdenes de compra y se reciba todo por parte de los proveedores.

Por otro lado, la Dispensación de medicamentos es un proceso que consiste en hacer entrega o despachar medicamentos a los pacientes ambulatorios, sus familiares o personal de la salud encargado. Con pacientes ambulatorios nos referimos a aquellos que reciben atención médica en el hospital pero que no deben ser internados.

Esta entrega se realiza en base a una orden médica o receta que especifica qué medicamento debe ser entregado y sus cantidades correspondientes, además incluye información necesaria para su correcto uso. El responsable realiza todos los controles pertinentes y luego realiza la entrega de los medicamentos indicados.

Estos dos procesos han sido clasificados como fundamentales por la Dirección y Gerencia Administrativa para ser certificados en ISO 9001:2015. A través de la implementación de la misma, se buscó saldar deficiencias que se encontraban en los mismos como ser falta de estandarización, poco control sobre las actividades y diversos criterios para realizarlas que dependían de quien las realizaba, entre otras.

Por motivos de confidencialidad en este trabajo se omitió el nombre del Hospital en los documentos y se hace referencia al mismo como Hospital Público.



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Planteamiento del problema u oportunidad

La iniciativa de este trabajo surgió a partir de diferentes motivaciones para certificar la Norma ISO. La acreditación por parte de grandes entidades certificadoras de reconocimiento internacional otorga diversos beneficios potenciales entre los cuales se distinguen una mayor satisfacción de los clientes, la implementación de nuevos métodos de trabajo que podrán ahorrar tiempo y recursos, la reducción significativa de errores operativos, el aumento de interés y compromiso de los trabajadores, entre otros.

Además, existe un requerimiento por parte del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) para que los Hospitales Públicos realicen la certificación de procesos a medida que sea posible. Por esto, la Dirección junto con la Gerencia del Hospital llegaron al acuerdo de empezar el proceso de certificación.

Como regla general se eligen aquellos servicios cuyos procesos se encuentran organizados para así lograr estandarizarlos, medirlos y prolongarlos en el tiempo para asegurar que se mantengan así.

Por otro lado, se eligen aquellos servicios que necesitan una reestructuración para organizar mejor el trabajo, abaratar costos, organizar el personal, brindar un mejor servicio interno, lograr un grado de estandarización más elevado, etc. Bajo este criterio fueron elegidos los procesos de Adquisición y recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, debido a las oportunidades de mejora existentes que se pueden llevar a cabo gracias a los lineamientos de las Normas ISO.

Objetivos

La finalidad de este trabajo es ordenar los procesos de Farmacia de manera que cumplan con los requerimientos de la norma ISO 9001:2015 para así obtener la certificación de la misma. Por lo tanto, el **objetivo general** de este trabajo es elaborar un plan de implementación a llevar a cabo en el sector de Farmacia para cumplir con los requerimientos establecidos por la norma ISO 9001:2015 y su posterior aplicación.

Con el fin de lograrlo se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

- Identificar los subprocesos que integran los procesos bajo estudio y diagnosticar las causas de las fallas que puedan existir en ellos;
- Proponer un plan de acción basado en la gestión de calidad total para contrarrestar los factores negativos de los procesos;
- Elaborar indicadores para monitorear el desempeño del área.

Metodología

Debido a la naturaleza del problema a abordar el enfoque utilizado es cualitativo ya que este enfoque logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno bajo estudio.

Se empleó un diseño de Investigación Acción, este tipo de investigación tiene por finalidad comprender y resolver problemáticas específicas vinculadas a un ambiente. Este diseño se basa en fases cíclicas o espiral de actuar, pensar y observar.

El fin de este trabajo es realizar un plan de acción y posterior implementación del mismo (en el caso de no poder completar la implementación de todo el plan dejar establecido los pasos a seguir), para esto se realizarán las siguientes fases o etapas de trabajo:

Etapas 1- Diagnóstico y planificación

En esta primera etapa se realizará un diagnóstico para conocer cuál es el grado de cumplimiento que tiene la organización con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. A



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

partir del diagnóstico se trazará un plan de trabajo, o plan de acción, donde se detallarán las actividades, con sus plazos y responsables, que se llevarán a cabo a lo largo del proyecto de implementación.

Etapa 2- Diseño del SGC

En esta etapa se definirán los elementos claves del Sistema de Gestión de la Calidad y se establecerá el soporte documental del Sistema.

Etapa 3- Implementación del SGC

A medida que el SGC se diseña, se implementarán las metodologías y registros en los procesos y áreas funcionales dentro del alcance definido. Además, en esta etapa se realizarán las capacitaciones necesarias.

Etapa 4- Auditoría interna

Luego de implementar el SGC en la organización se llevará a cabo la realización de la auditoría interna con el objetivo de determinar si el SGC cumple con los requisitos de ISO 9001:2015. Aquí se detectarán No Conformidades y oportunidades de mejora a realizar.

Etapa 5- Revisión final previa a certificación

En base a los resultados de la auditoría se realizarán los cambios y correcciones en el Sistema y se ultimarán detalles para la certificación con la empresa auditora.

En cuanto a los métodos de recolección de datos, luego de la revisión de la bibliografía, se continuó con una constante observación directa en el lugar de trabajo, para comprender los procesos, los vínculos entre ellos y detectar problemas u oportunidades de mejora. Además, se trabajó con entrevistas no estructuradas y semiestructuradas en algunos casos. Toda la información recolectada se fue documentando como base de documentos para la certificación.

Marco teórico

ISO 9001 es una norma internacional que se aplica a los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) centrada en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Los clientes se inclinan por aquellas empresas que cuentan con esta acreditación porque de este modo se aseguran que la empresa seleccionada dispone de un buen sistema de gestión de calidad.

Esta fue establecida por el Organismo Internacional de Estandarización (*International Organization for Standardization, ISO*) fundada en 1947 con base en Ginebra, Suiza. Esta organización ha desarrollado y publicado estándares voluntarios de calidad. Particularmente, los estándares ISO 9000 que son los más difundidos a nivel mundial y se componen de estándares y guías relacionados con sistemas y herramientas específicas de gestión aplicables a cualquier tipo de organización.

La finalidad de esta serie de normas es ofrecer orientación, coordinación, simplificación y unificación de criterios a las organizaciones con el fin de reducir costos y aumentar la efectividad, así como estandarizar las normas de productos y servicios para las organizaciones internacionales.

La serie ISO 9000 se compone de cinco partes, numeradas desde 9000 a 9004. En este trabajo nos interesa particularmente la versión 2015 de la ISO 9001 que es aquella que



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

contiene los requisitos de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y es a través de ella que se define si la organización cumple con la norma calidad.

Para obtener el certificado ISO 9001:2015 se debe implantar en la organización un SGC conforme a la norma. La ISO define a la Calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos. Según David Garvin, "Un producto de calidad es sencillamente aquel que satisface las expectativas del cliente al menor costo". Esta definición presenta tres conceptos claves dentro de la gestión de la calidad moderna: expectativas, cliente y menor costo.

- Expectativas: un producto de calidad es aquel que satisface las expectativas del cliente. Si un producto no las cumple todas, el cliente no estará satisfecho ya que el producto no responde tal y como él quería. Del mismo modo si el producto sobrepasa las expectativas del cliente estará realizando una serie de funciones que tampoco eran las que realmente el cliente demandaba, aunque este último supuesto no siempre tiene porqué ser negativo.
- Cliente: un cliente es toda persona que tenga relación con nuestra empresa. Existen clientes internos y clientes externos. Los externos son aquellos que compran nuestros productos. Los internos son los propios trabajadores de la empresa, los proveedores, acreedores etc.
- Menor costo: el cliente siempre buscará el producto que cumpla sus expectativas a menor precio, aunque no se debe considerar el precio solamente al principio de la vida del producto (precio de venta) sino a lo largo de ésta.

Un sistema de Gestión de Calidad es una forma de trabajar, mediante la cual una organización asegura la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Para conseguir esto la organización, planifica, mantiene y mejora continuamente el desempeño de sus procesos bajo un esquema de eficiencia y eficacia que le permite lograr ventajas competitivas. También proporciona herramientas para la implantación de acciones de prevención de problemas, así como de corrección de los mismos. El SGC debe estar integrado en los procesos, procedimientos instrucciones de trabajo, mediciones y controles de las operaciones de la empresa.

La adopción de un SGC surge como una decisión estratégica de la alta dirección de la organización con la intención de dar una guía de actuación clara y definida al personal debido a que están realizando o quieren realizar un sistema de mejora continua. Las empresas invierten en asesorar en sistemas de gestión de calidad debido a los siguientes motivos:

1. Entienden que los clientes son su elemento esencial y deciden orientar su estructura y gestión a satisfacer sus requerimientos.
2. Los SGC son la mejor herramienta para reducir los costos de no calidad.
3. La certificación de una empresa genera confianza, reconocimiento y apertura de nuevos mercados.
4. Los sistemas de gestión de calidad mejoran la aptitud competitiva de la empresa con un mejor posicionamiento frente a la competencia.
5. La implantación de un sistema de gestión de calidad la organización puede obtener, entre otras, las siguientes ventajas:

- Desde el punto de vista externo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

1. Potenciar la imagen de la empresa frente a los clientes potenciales al mejorar continuamente su nivel de satisfacción, lo que aumenta la confianza en las relaciones cliente-proveedor.
2. Asegura la calidad en las relaciones comerciales.
3. Facilita la salida de los productos o servicios que ofrece la empresa al exterior ya que, al asegurar a las empresas receptoras el cumplimiento de los requisitos de calidad, posibilita la penetración en nuevos mercados o la ampliación de los existentes en el exterior.
4. Transparencia en el desarrollo de procesos.
5. Una ventaja competitiva y un aumento en las oportunidades de venta.

- Desde el punto de vista interno:

1. Mejora en la calidad de los productos y servicios debido a la realización de procesos más eficientes en la organización.
2. Al introducir la visión de la calidad en las organizaciones fomenta la mejora continua de las estructuras de funcionamiento interno y externo exigiendo ciertos niveles de calidad en los productos y servicios ofrecidos.
3. Se produce una reducción de los costos (costos de no calidad) y un aumento de los ingresos (nuevos clientes, pedidos mayores que los actuales, etc.)
4. Asegurar el cumplimiento de sus objetivos en apego a leyes y normas vigentes.
5. Integración del trabajo enfocado a procesos.
6. Aumento de la productividad y eficiencia.
7. Mejor comunicación y satisfacción en el trabajo.

La implantación de un SGC, también puede generar riesgos si no se asume como una oportunidad de mejora de una determinada situación:

1. El desarrollo de estos sistemas proporciona elementos de detección de actividades de no calidad que de no utilizarse y desarrollarse de forma correcta pueden ser generadoras de burocracia inútil y complicaciones innecesarias para las actividades.
2. No obtener el compromiso y la colaboración de todos los involucrados pueden conllevar a que la implantación del sistema pase de ser algo positivo para la organización a algo negativo que genere problemas. Se deben comunicar objetivos y responsabilidad a todo el personal haciéndoles partícipes de este sistema.

Una vez implementado este sistema debe ser auditado periódicamente para asegurarse que se está implantando adecuadamente y es conocido por el personal de la empresa. El auditor debe estar formado en calidad y puede pertenecer a la empresa (auditor interno) o ser subcontratado (auditor externo).

En las auditorías o revisiones que se hacen al sistema se encuentran una serie de desviaciones llamadas No Conformidades, las cuales deben ser detectadas y corregirlas para cumplir con los requerimientos de la norma.

Luego se busca una empresa certificadora teniendo en cuenta el presupuesto disponible y que sea la más adecuada según el tipo de organización. Dicha empresa llevará a cabo la auditoría para conseguir la certificación de calidad ISO 9001, revisando el Sistema de Gestión de Calidad de la organización y comprobando que cumple los requisitos de la norma, marcando las posibles No Conformidades que deben corregirse.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

En el caso de que el SGC cumple con los requisitos se obtiene el certificado de la Norma ISO 9001 y dicho sistema será auditado periódicamente para corroborar que se siga cumpliendo y se hayan realizado las correcciones señaladas en la auditoría.

ISO 9001:2015 se compone por 10 capítulos, a diferencia de su anterior versión (2008) que contaba con 8 capítulos.

Capítulo 0- Introducción

En la Introducción encontramos las generalidades de la norma, la presentación del enfoque basado en riesgos, el enfoque basado en procesos y los 7 principios de la calidad. Además, presenta el Ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) y la relación con las otras normas de sistemas de gestión.

La norma se basa en los 7 principios de gestión de la calidad, que son el marco de referencia para que la dirección guíe a la misma orientándola hacia la consecución de la mejora del desempeño de su actividad. Toda organización debe seguirlos si quiere obtener los beneficios esperados.

Principio 1: Enfoque al cliente

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

Principio 2: Liderazgo

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Principio 3: Participación del Personal

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

Principio 4: Enfoque basado en procesos

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Principio 5: Mejora continua

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente en ésta.

Principio 6: Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

Las decisiones eficaces se basan teniendo en cuenta el análisis de datos y la información.

Principio 7: Gestión de las relaciones

La correcta gestión de las relaciones que la organización tiene para con la sociedad, los socios estratégicos y los proveedores contribuyen al éxito sostenido de la organización.

Como fue mencionado en uno de los principios, esta norma emplea el enfoque a procesos e incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

El cambio reside en la concepción de organización. Ha dejado de ser una organización por departamentos o áreas funcionales para ser una organización por procesos orientados para la gestión de la creación de valor para los clientes. El enfoque a procesos permite a una organización planificar procesos y sus interacciones.

La aplicación del enfoque a procesos en un SGC permite la comprensión y coherencia en el cumplimiento de los requisitos, la consideración de los procesos en términos de valor agregado, el logro del desempeño eficaz del proceso y la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos e información.



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

En la siguiente figura podemos observar los elementos que componen cualquier proceso y la interacción entre ellos. Los puntos de control del seguimiento y la medición son específicos para cada proceso y variarán dependiendo de los riesgos vinculados.

Figura 1: Representación de los elementos de un proceso



Fuente: ISO 9001:2015

La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al SGC como un todo. Este ciclo cuenta con las siguientes etapas:

Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades, es decir se elabora un Plan de Acción;

Hacer: consiste en ejecutar todas las acciones que se han planeado en la etapa anterior. En esta fase es recomendable hacer una prueba piloto para validar el funcionamiento de las acciones antes de realizar cambios a gran escala;

Verificar: se debe evaluar la eficacia de las acciones llevadas a cabo. Si las actividades no tienen el efecto que se desea, habrá que modificarlas para que se puedan conseguir los objetivos establecidos;

Actuar: una vez finalizado el proceso, se deben estudiar los resultados obtenidos y compararlos con los datos que se recogían antes de aplicar las acciones de mejora. También se deberán tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

Una vez concluida la última fase del ciclo PHVA se pueden presentar dos situaciones:

Una positiva en la que se ha alcanzado el objetivo. Lo que implica que las acciones tomadas son eficaces y se pueden seguir aplicando. Esto no significa que no haya que repetir el proceso, es más se deben identificar nuevas acciones de mejora y comenzar un nuevo ciclo para continuar con la mejora de la organización.

En contraposición a la situación anterior, se puede presentar una negativa en la que no se ha alcanzado el objetivo. En este caso habría que examinar todo el ciclo para identificar los errores que se han cometido y comenzar el ciclo PHVA de nuevo.

El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un SGC eficaz. Una organización debe planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Las oportunidades pueden surgir como resultado de una situación favorable para lograr un resultado previsto, las acciones para abordar las oportunidades también pueden incluir la consideración de riesgos asociados. El riesgo es el efecto de la incertidumbre y dicha incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos.

Capítulo 1- Objeto y campo de aplicación

En este capítulo se establece que la Norma especifica los requisitos para un SGC cuando una organización necesite demostrar su capacidad de proporcionar productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables; y cuando aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la implementación eficaz del sistema.

Capítulo 2- Referencias normativas

Aquí encontramos las Referencias normativas, que son normas para consulta indispensables para la aplicación de ISO, en este caso la referencia normativa es la Norma ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de calidad- Fundamentos y vocabulario.

Capítulo 3- Términos y definiciones

En este capítulo se hace referencia a los Términos y definiciones, en este caso se aplican los términos y definiciones incluidos en la Norma ISO 9000:2015.

Capítulo 4- Contexto de la organización

Este capítulo expresa que la organización debe determinar las cuestiones internas y externas 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.

Para esto, se hace un análisis de contexto de la organización y la identificación de las partes interesadas y sus requerimientos. Las partes interesadas son personas o grupos que influyen en el éxito o desempeño de una organización y son pertinentes al SGC.

Para llevar a cabo el análisis de contexto se utilizaron las herramientas Análisis PESTAL y la Matriz FODA.

Un análisis PESTAL es una herramienta utilizada para analizar y monitorizar los factores macro ambientales que tienen un impacto en una organización. El resultado sirve para identificar amenazas y debilidades, que después se utilizarán para completar un análisis FODA.

Las organizaciones que controlan y responden a los cambios en el entorno macro pueden diferenciarse de la competencia y crear una ventaja competitiva.

Un análisis PESTAL es un acrónimo de una herramienta utilizada para identificar las fuerzas macro (externas) que afectan a una organización. Las letras representan políticas, económicas, sociales, tecnológicas, del entorno y legales.

Se trata de una técnica básicamente descriptiva. La idea es detallar de la mejor manera el entorno en el que operará la empresa en función de aspectos políticos, económicos, socio-culturales, tecnológicos, ecológicos, jurídico-legales y otros que, de alguna u otra forma, tengan alguna incidencia.

a) Factores políticos y económicos: en este apartado se engloban elementos como las políticas desarrolladas en el país. los niveles de pobreza del entorno, los índices de desigualdad, el desarrollo económico, el acceso a recursos de sus habitantes, así como la forma en todo ello afecta a la actividad de la empresa.

b) Factores sociales: la descripción del método PESTAL debe incluir cuestiones como la cultura, la religión, las creencias compartidas, los imaginarios, las clases sociales y los papeles asignados en función del género. En algunos casos, son complementarios a los



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

factores económicos. Entre mejor esté definida la sociedad en la que se insertará la nueva empresa, mayores posibilidades de éxito tendrá ésta.

c) Factores tecnológicos: las posibilidades de acceso de las personas a las herramientas informáticas, el manejo de Internet o el nivel de cobertura de ciertos servicios, determinan en gran medida el alcance de un negocio y sus posibilidades de integración en el entorno.

d) Factores jurídico-legales: cada lugar tiene unas leyes establecidas que es necesario respetar. Es obligación de las empresas cumplirlas y actuar dentro del marco que establecen. Sin embargo, también es necesario conocer la legislación sobre factores que puedan influir en la marcha del proyecto, como por ejemplo lo relativo a los hábitos de consumo, los roles sociales, las libertades o la intervención del Estado, entre otros.

e) Factores ambientales: Incluye en los elementos que guardan relación directa o indirecta con la preservación de los entornos y el medioambiente. Por ejemplo, los efectos del cambio climático, el nivel de contaminación, la probabilidad de sufrir desastres naturales, incendios, terremotos, maremotos, entre otros. Y, por supuesto, la legislación que regula la actividad de las empresas en este terreno, sobre todo si el negocio mantiene un contacto directo con los recursos naturales o materias primas.

La matriz FODA, o análisis FODA, es una estrategia de análisis que puede aplicarse en cualquier situación, tanto de carácter individual como empresarial o de producto.

Esta matriz se basa en identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con el propósito de formar un cuadro situacional del objeto de estudio, para llegar a un diagnóstico preciso y exacto.

La matriz FODA presenta las siguientes características: es un diagnóstico certero y completo de una empresa o proyecto en particular; se utilizan cuatro aspectos para su desarrollo: fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; consta de un análisis interno en el que se desarrollan las fortalezas y debilidades y en su análisis externo intervienen las amenazas y oportunidades.

- Fortalezas: todos aquellos aspectos positivos del negocio, tanto el excelente servicio, el equipo de trabajo o el haber recibido certificaciones.
- Oportunidades: aprovechar y explotar las ventajas y fortalezas marcará la diferencia ante la competencia.
- Debilidades: aquellos aspectos en los que se puede mejorar, tales como la falta de experiencia o ciertas acciones en las que se destaque la competencia.
- Amenazas: tener conocimiento tanto del panorama del mercado como de las estrategias de la competencia. Tener en claro las debilidades de la empresa permitirá prevenir cualquier amenaza.

Capítulo 5- Liderazgo

Hace referencia a la actitud que debe tomar la alta dirección en el proceso de implementar un SGC. Debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al SGC y al enfoque al cliente.

La dirección de la empresa se tiene que preocupar de proveer de recursos y debe demostrar su implicación en todas las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los mecanismos mediante los que la alta dirección alcanza sus objetivos son:

- El compromiso y liderazgo de la alta dirección con el SGC: la alta dirección se responsabiliza de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que establece una política de calidad y unos objetivos que son compatibles con la dirección estratégica y el contexto de la empresa, se tiene que asegurar de que la política de calidad se comunica, se entiende y se aplica.



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

- El compromiso y el liderazgo en el cliente: se asegura que los productos y los servicios que se ofrecen a los clientes cumple con todos los requisitos legales ofreciendo satisfacción a los clientes.
- Se establece, revisa y mantiene la política de calidad: la política siempre tiene que estar disponible y comunicada dentro de la propia empresa para cualquiera que quiere consultarla.

Capítulo 6- Planificación

Establece que se deben definir objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el SGC. Estos objetivos deben ser coherentes con la política de calidad, medibles, pertinentes, ser objetos de seguimiento y deben actualizarse según corresponda. Además, se debe hacer una planificación sobre cómo lograr estos objetivos.

Además, este capítulo hace referencia a las Acciones para abordar riesgos y oportunidades. El enfoque basado en riesgos es una de las principales novedades de la revisión de 2015 de la norma ISO 9001. Se trata de un enfoque para tener en cuenta los riesgos, en vez de intentar preverlos como un elemento independiente al Sistema de Gestión de la Calidad.

Capítulo 7-Apoyo

Este capítulo establece que la organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC. Dentro de estos recursos necesarios se encuentran las personas, infraestructura, ambiente para la operación de los procesos, recursos de seguimiento y medición y conocimientos de la organización.

Además, se establece qué competencias deben poseer las personas necesarias para realizar correctamente su trabajo y asegurarse de que las personas involucradas sean competentes.

Para esto, se suele determinar el perfil y las competencias asociadas a cada puesto y se planifican las capacitaciones necesarias para asegurar las competencias del personal.

Capítulo 8-Planificación y control operacional

En este capítulo se hace referencia a que la organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir con los requisitos para la revisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el Capítulo 6.

Las herramientas utilizadas para el análisis de los procesos fueron los mapas de procesos y diagramas de flujo. Un Mapa de Proceso es una representación gráfica de los principales procesos que intervienen en la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Esta herramienta nos permite identificar y diferenciar los subprocesos que intervienen y las relaciones de ellos. Además, se establece una clasificación de los mismos en:

- Procesos estratégicos: se refieren a los procesos de planificación y otros que se consideren ligados a factores clave y estratégicos, están directamente relacionados con la Alta Dirección de una organización. Estos procesos guían a los demás mediante pautas de gestión o estrategias.
- Procesos clave u operativos: son aquellos que se encuentran ligados de manera directa con la realización de un producto o la prestación de un servicio.
- Procesos de apoyo o soporte: estos son aquellos que ofrecen soporte a los procesos claves. Se suelen referir a los procesos que se relacionan con los recursos y las mediciones.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Por otro lado, los diagramas de flujo son representaciones esquemáticas del procedimiento, donde se ilustra gráficamente con símbolos convencionales la estructura, la dinámica, las etapas y las unidades que intervienen en su desarrollo.

Esta herramienta es muy útil para conocer e identificar los pasos de un procedimiento y descubrir fallas como redundancias de pasos a seguir, ineficiencia o malas interpretaciones.

Capítulo 9: Evaluación del desempeño

Se establece que la organización debe dar un seguimiento, medición, análisis y evaluación de las acciones tomadas al implementar el SGC. Además, debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en el que se cumplen sus necesidades y expectativas.

También, se deben realizar Auditorías Internas planificadas a fin de corroborar que se cumplan los requisitos propios de la organización para su SGC y los requisitos de la Norma Internacional.

Capítulo 10: Mejora continua, establece que la organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir con los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Esto se hace a través de Acciones Correctivas cuando se presentan No Conformidades en el SGC.



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Desarrollo

Presentación de la organización

La organización bajo estudio es un Hospital Público de alta complejidad, que cuenta con un servicio de Farmacia propio que depende directamente de la Gerencia Administrativa Contable. Este servicio debe satisfacer las necesidades de insumos médicos y medicamentos de las salas internas del mismo, como la de pacientes ambulatorios que acuden a realizarse tratamientos, pero no son internados dentro del hospital.

La Farmacia cuenta con personal farmacéutico encargado de relevar la información de las salas y controlar el stock de las mismas, asegurándose que todo medicamento usado cuente con la prescripción médica correspondiente y monitoreando el correcto uso y tratamiento de los fármacos.

Además, hay personal auxiliar y administrativo que se encargan de llevar a cabo tareas operativas y administrativas dentro de la farmacia como preparar pedidos de salas, almacenar los insumos, realizar los registros informáticos necesarios en el SGH (Sistema de Gestión Hospitalaria), atención al público y dispensación de medicamentos, etcétera.

Por otro lado, este servicio cuenta con dos depósitos para todos sus insumos y medicamentos. En uno se encuentran ciertos medicamentos previamente seleccionados mediante un costeo ABC y es sobre el que más control se ejerce, debido a que los insumos allí resguardados representan un mayor valor. Los insumos que se encuentran aquí son llevados al segundo depósito con el resto de los medicamentos en base a las necesidades del hospital y un pronóstico efectuado en base al consumo. En este depósito se encuentran aquellos insumos que representan un menor valor del presupuesto disponible y aquellos de gran rotación y salida, que deben estar disponibles para entregarlos de forma rápida al servicio que lo solicite.

Los procesos que se llevan a cabo en este servicio son:

- **Adquisición de medicamentos:** este proceso consiste en efectuar una solicitud de pedidos de medicamentos, llevar a cabo la licitación de los mismos y culmina con el pedido mensual de insumos. A través de él, el hospital se abastece de medicamentos y descartables médicos para hacer frente a las necesidades del mismo, basándose en consumos históricos, presupuesto disponible, stock disponible y stock de seguridad, estacionalidad, etc.
- **Recepción y control de medicamentos:** con la Orden de Compra en mano se reciben a los diferentes proveedores controlando que se cumplan con los requisitos solicitados e indicados en la orden como cantidad, marca, precio, N° de lote y vencimiento.
- **Almacenaje:** una vez verificado que los insumos cumplen con los requisitos se los almacena, cumpliendo con el orden preestablecido y llevándolos al depósito correspondiente. Posterior al almacenaje se realizan las cargas correspondientes en el SGH.
- **Dispensación a salas:** este proceso consiste en abastecer a las salas del hospital de los insumos necesarios para que se puedan llevar de manera correcta las prestaciones médicas. Este proceso es controlado por los farmacéuticos quienes realizan rondas todos los días para verificar el stock disponible, que el consumo realizado tenga respaldo de una prescripción médica, que se cumpla con el correcto tratamiento y uso de los mismos, etc.
- **Dispensación ambulatoria:** es la dispensación de medicamentos que se realiza a pacientes que no deben ser internados en el hospital para llevar a cabo su tratamiento. Estos pacientes se dividen en dos categorías: pacientes atendidos en



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

guardia y consultorio externo y pacientes de programas médicos. Los medicamentos disponibles para entregar se limitan a un listado aprobado por Dirección y para acceder a ellos se debe cumplir ciertos requisitos como no tener Obra Social (O.S.) y haber sido atendido en el hospital.

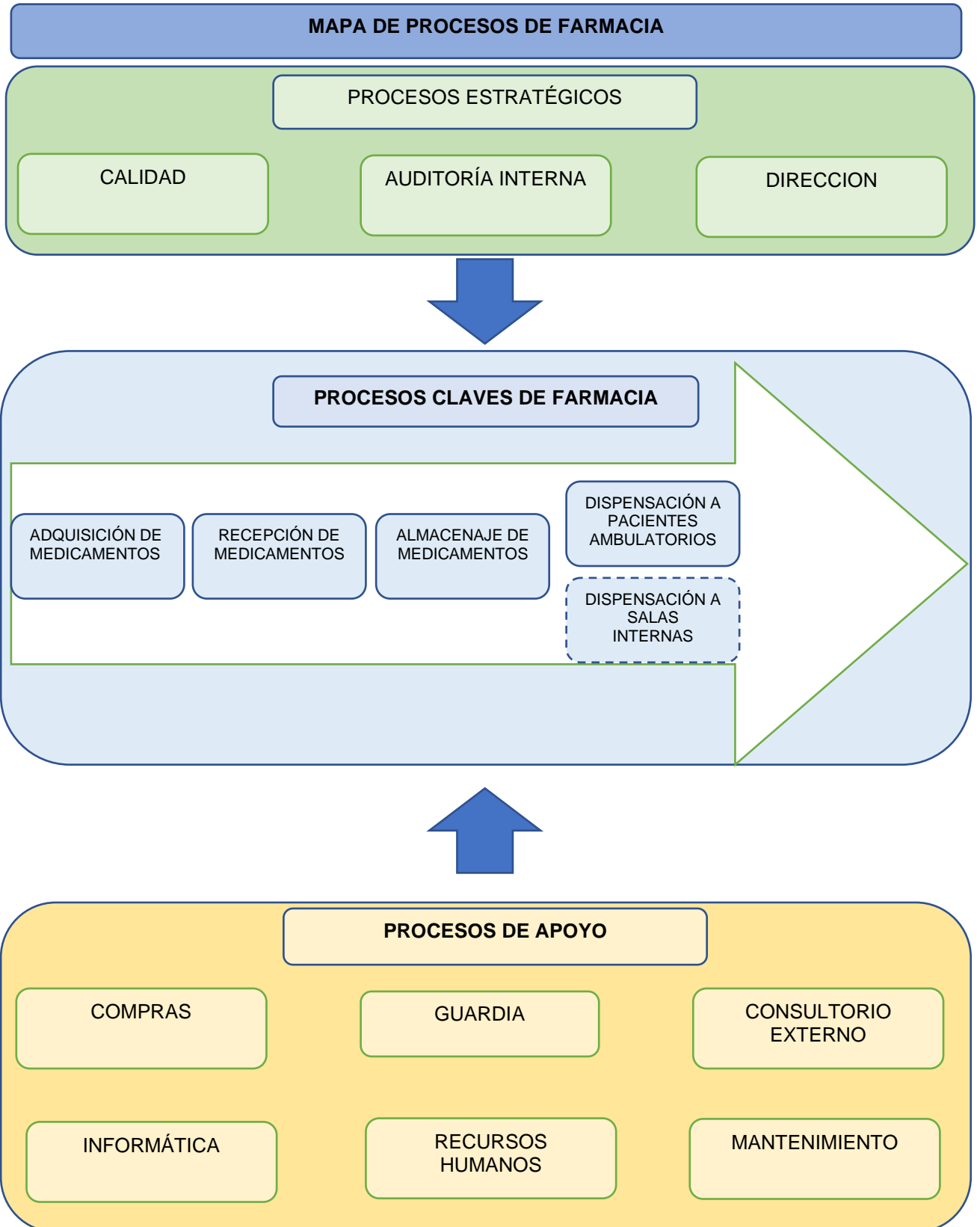
Los procesos previamente nombrados fueron resumidos y expuestos en un Mapa de Procesos, que se presenta a continuación. Esta herramienta es muy útil ya que dibujar un proceso nos da la oportunidad de observar su funcionamiento desde cada uno de sus pasos, lo cual nos permite ver la secuencia de dicho proceso desde otras perspectivas facilitando así el trabajo de corrección y mejora.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Mapa de Procesos de Farmacia. Fuente: elaboración propia





INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Para llevar a cabo este plan de implementación primero se definió a nivel Dirección los servicios y procesos que se certificarían y quiénes estarían a cargo de los mismos. La referente elegida en este caso fue la Jefa de Farmacia con quien fuimos trabajando a lo largo del proceso.

La iniciativa que tuvo Dirección en elegir los procesos **Adquisición y Recepción** y **Dispensación Ambulatoria** para sean certificados bajo los parámetros de ISO 9001:2015 surgió debido a deficiencias que existían en los mismos y que podían ser corregidos gracias a los lineamientos de ISO. Este plan de implementación y certificación se realizó en el marco de una segunda etapa llevada a cabo dentro del hospital, ya que el año pasado se certificaron 4 procesos.

La certificación de los procesos consiste en dos instancias, una auditoría documental y una presencial en el servicio. La norma exige que todo el proceso sea debidamente documentado y registrado, para que así haya registro de las acciones que se fueron tomando y de toda la información relevante y pertinente al SGC. Por esto, en la primera auditoría se controlan el Manual de Calidad (que contiene todos los documentos exigidos por ISO) y en la segunda se auditan los procesos en el lugar de trabajo, controlando el funcionamiento de los mismos y las personas que intervienen.

Para cumplir con la correcta implementación, en primer lugar, se llevó a cabo un diagnóstico de la organización para conocer cuál es el grado de cumplimiento que tiene la misma con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Para esto, se elaboró un Check List con los requerimientos de ISO 9001 con los que se deben cumplir. De esta manera el listado sirvió no solo para verificar el grado de cumplimiento de la organización con los requisitos sino también para monitorear los avances a lo largo de la implementación.

Este Check List se dividió en cuatro etapas y se fue llenando junto con la Jefa del servicio de Farmacia. De esta manera pudimos dimensionar los avances por etapas y las tareas pendientes, organizando de esta forma el trabajo a realizar.

La estructura de este listado señala los requisitos de la norma, junto con el punto al que hacen referencia de la misma, y unas casillas para completar sobre el estado del requisito diferenciando en: **Sí** (está realizado y aprobado), **No** (no se realizó aun) y **Parcialmente** (se realizó, pero está sujeto a correcciones u observaciones) y una casilla de **Comentarios** para anotar alguna observación correspondiente. También existe la posibilidad de que el requisito, por la naturaleza de la organización o del proceso, no se deba implementar y en este caso se indicó con No Aplica en la casilla de Comentarios.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Etapa A

ISO 9001:2015	Si	No	Parc	Comentarios
4.2 Partes Interesadas y sus Requerimientos				
Documento para: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las partes interesadas y los requisitos a cumplir por parte del servicio - Seguimiento y revisión de las partes interesadas y sus requisitos 				
5.3 Roles, Responsabilidad, Autoridad- Organigrama				
Establecido				
Comunicado				
8.1 Planificación de los Procesos				
- Identificación de los requisitos				
- Seguimiento y control de los procesos				
- Mantenimiento y conservación de la información documentada				
- Control de los cambios/revisiones				
8.2.1 Comunicación con el cliente				
- Comunicación				
8.2. Determinación de los requisitos - 8.5 provisión del servicio				
Mapa de Proceso				
Procedimientos. Instructivos				
Diagrama de Flujo				
Registros				
8.5.2 Identificación y trazabilidad				
Identificación y seguimiento de la entrega del producto, trazabilidad del servicio				
8.5.3 Propiedad pertenecientes a los pacientes				
Política sobre la propiedad del paciente (H Clínicas, documentación personal)				
Como es la protección y resguardo sobre la propiedad del cliente				
Que acciones se toman ante eventos/episodios que impacten en la propiedad del cliente				



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

8.5.4 Preservación del producto/servicio				
Metodología para la preservación, identificación y cuidado durante las actividades de procesamiento.				
8.5.5 Actividades Posteriores al servicio				
Definir las actividades (en caso de aplicarse esta actividad.)				
8.6 Liberación de los productos/servicios				
Función que autoriza la liberación / aprobación del servicio				

Etapa B

ISO 9001:2015	Si	No	Parc	Comentarios
5.2 Política de la calidad				
- Comunicación				
- Comprensión de la Política				
6.1 Acciones para Abordar los riesgos y oportunidades				
Determinar: la frecuencia, el impacto y nivel del riesgo.				
Acciones que se toman para eliminar, disminuir o transferir los riesgos				
Evaluación de eficacia de las acciones tomadas				
6.2 Objetivos de calidad y la planificación para lograrlos				
- Planes de acción para lograr los resultados esperados.				
- Medibles, realistas y metas a alcanzar				
- Frecuencia de control, responsable				
- Estrategia para alcanzar los resultados, - recursos necesarios				
7.1.3 Infraestructura. 7.1.4 Ambiente de trabajo				
- Infraestructura edilicia - Amueblamiento - Sistema informático - Evidencias de mantenimiento en: orden y limpieza en el área de trabajo. - Clima laboral adecuados para asegurar la eficacia de las actividades				



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Etapa C

ISO 9001:2015	Si	No	Parc	Comentarios
7.2 Competencia				
Información documentada para evidenciar: <ul style="list-style-type: none">- Las competencias- Educación, formación y experiencias- Evaluación de las acciones tomadas para alcanzar las competencias				
- Archivo de los Legajos/ RRHH con registros de la formación y competencia requerida				
7.3 Toma de conciencia				
- Política de la calidad				
- Objetivos de la Calidad				
-Comprensión de los incumplimientos de los requisitos en el sistema de la calidad y las acciones a tomar en las actividades				
- Procesos de mejora				
7.4 Comunicación Interna y Externa				
Información documentada para evidencias de: <ul style="list-style-type: none">- Qué se comunica- Quién- Cuándo- A quiénes- Cómo				
8.7 Control de las Producto/servicio No Conforme				
Corrección y control del producto/servicio No Conforme con incumplimiento de requisito				
Comprensión y aplicación del Procedimiento establecido				
Registro de los productos/servicios No Conforme				
10.2 No Conformidad y Acciones Correctivas				
Control de las No Conformidades y Acciones Correctivas				
Comprensión y aplicación del Procedimiento				
Registro de No Conformidad y Ac Correctiva).				



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Etapa D

ISO 9001:2015	Si	No	Parc	Comentarios
9.1.2 Satisfacción del Paciente				
Encuestas de satisfacción				
8.2.1 Comunicación con el cliente				
- La retroalimentación del cliente - los Reclamos/quejas				
10.3 Mejora continua				
Planes de mejora				
Seguimiento y control de los mismos con metodología "ciclo mejora continua" (Ciclo PHVA) Planificar, Hacer, Verificar, Estandarizar				

Enfoque basado en procesos

Debido a que la auditoría documental es la primera en llevarse a cabo, las tareas referidas a elaborar el Manual de Calidad se llevaron a cabo primero.

La documentación del sistema de calidad abarca los manuales, procedimientos, formularios y todo documento que interese o influya en la calidad de las mediciones. La base de la documentación del sistema es el Manual de Calidad. La documentación del sistema de calidad debe incluir:

- Declaración de la Política de Calidad y sus objetivos
- Un manual de calidad
- Los procedimientos de documentación requeridos por la norma
- Los registros requeridos por la norma

Todos estos documentos son parte importante del SGC por lo que deben ser considerados como documentos controlados, es decir, deben incluir fecha de emisión, firma de la autoridad que los aprobó, número de revisión y un código que permite identificarlos.

La ISO 9001:2015 ofrece los instrumentos que buscan evidenciar las acciones de mejora continua en la organización en lo que refiere al análisis de todos sus procesos y a la aprobación de la Dirección.

La elaboración de dicho soporte documental y en específico la elaboración del Manual de Calidad tienen como objetivos:

- Comunicar la Política de Calidad, los procedimientos y los requisitos de la organización;
- Entrenar y/o capacitar a nuevos empleados;
- Definir responsabilidades y autoridades;
- Regularizar y estandarizar las actividades de la empresa;
- Suministrar las bases documentales para las auditorías.

Dentro de los documentos exigidos por la norma se encuentra el documento llamado **Manual de Procesos y Procedimientos**. En él se definen las actividades necesarias que se deben llevar a cabo, se identifican los diferentes subprocesos o etapas, sus responsabilidades y requisitos, los registros que quedan del proceso y las definiciones pertinentes.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

En otras palabras, este documento detalla la manera en la que se organizan los procesos, sus subprocesos, el paso a paso para llevar a cabo los mismos, define quienes son los responsables de realizar las tareas y cuáles son los requisitos con los que deben cumplir. La estructura de este documento es la siguiente:

1- Objetivo

Aquí se establece y especifica cuál es el objetivo del proceso a desarrollar.

2- Alcance

El alcance delimita las áreas o procesos donde se aplicará el procedimiento. Identifica los límites del proceso, su inicio, finalización y su cobertura.

3- Referencias

En este apartado se detallan los requisitos con los que debe cumplir el proceso, tanto la norma ISO como requisitos legales.

4- Definiciones

En este apartado se detallan las definiciones que se usarán a lo largo del documento, de manera que quien lea el mismo sepa exactamente a qué se está haciendo referencia y cuál es el uso de la palabra que le da en la organización.

5- Desarrollo

Aquí es donde se especifica el paso a paso del proceso, qué tareas se llevan a cabo y quienes son los responsables de llevarlas a cabo. Además, se especifica el registro que queda del proceso.

6- Anexo

En esta sección se agrega cualquier otra información que sea pertinente al proceso por ejemplo Mapas de Procesos o Diagramas de Flujo.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, luego de diversas reuniones con la Jefa del servicio para la elaboración y corrección de los documentos se elaboraron los siguientes Manuales de Procesos y Procedimientos para los dos procesos bajo estudio.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Manual de Procesos y Procedimientos: Adquisición y Recepción de medicamentos

Adquisición y recepción de medicamentos			Vigencia:
Manual de Procesos y Procedimientos	Revisión 00	Página 45 de 76	

1.- Objetivo

Establecer la metodología para garantizar la disponibilidad de los medicamentos, productos médicos e insumos de farmacia, necesarios para tratar a los pacientes del Hospital.

2.- Alcance

Incluye a toda Adquisición de medicamentos e insumos para proveer a los pacientes internados y ambulatorios del Hospital.

3.- Referencias

ISO 9001.15

Manuales de Farmacia

Normas de Farmacia

4.- Definiciones

Cuadros comparativos: Es un documento de medicamentos y productos médicos por separado en donde se detalla: código, descripción del producto, proveedor, marca y el precio. (desde el de menor precio al de mayor precio)

Licitación: Esta es a nivel central; se realiza cada dos meses.

Aprovisionamiento: es la actividad destinada a poner a disposición del hospital todos los insumos que le son necesarios para su funcionamiento. Tiene un carácter más amplio que la compra.

Inventario: conjunto de operaciones que se llevan a cabo para conocer las cantidades de cada momento existentes en el depósito en un momento dado. El objetivo es para detectar medicamentos que no tengan movimiento, analizar las causas y establecer si deben seguir almacenados o deben adquirirse en forma ocasional cuando se soliciten y si se pueden eliminar de la Guía farmacoterapéutica.

SIPROSA: Sistema Provincial de Salud

SGH: Sistema de Gestión Hospitalaria

5- Desarrollo

5.1 Pedido de cotejo bimestral:

Responsables: Jefes médicos y enfermeros, Jefe de Farmacia y administrativas de Farmacia

Los jefes médicos y enfermeros de cada sala realizan el pedido bimestral por separado de medicamentos y productos médicos. Este es presentado en forma escrita detallando código, descripción y cantidad al servicio de farmacia firmado y sellado. Luego el jefe de Farmacia analiza la planilla de Excel con las cantidades totales del hospital el cual fue compactado por las administrativas de Farmacia y corrige las cantidades en caso de ser necesario.

Registro: Planilla firmada por los jefes por duplicado. Planilla de las cantidades totales de medicamentos y productos médicos del hospital firmado por las administrativas.

5.2.- Carga informática:

Responsables: Administrativo de farmacia y Jefe del Servicio.

Luego se carga en el sistema del SIPROSA (SGH) dos solicitudes de medicamentos y dos de productos médicos (una por cada mes) para el cotejo bimestral correspondiente.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Se imprime, se controla, firma el Jefe de Farmacia y luego es presentado por duplicado a mesa de entrada del Hospital como expediente dirigido a Dirección para su aprobación.

Registros: planillas de Excel del Servicio y solicitud de pedido

5.3- Pedido Mensual:

Responsables: Jefe de Servicio, Subdirectora administrativa.

Una vez realizado el cotejo a nivel central (licitación), se imprimen los cuadros comparativos de los dos rubros y se realiza el pedido mensual por la Jefa del Servicio del 5 al 10 de cada mes en una planilla de Excel bajado de nivel central por las administrativas (colocando las marcas solicitadas por los servicios los cuales justifican con una nota elevada al Jefe de Farmacia justificando técnicamente la marca solicitada)

El Jefe de Servicio realiza el pedido para todo el hospital basándose en:

- Consumo mensual (lo provee el sistema informático)
- Estacionalidad del año (sufre variaciones significativas a lo largo del año)
- Nivel de Stock (es la existencia de un insumo almacenado en un momento dado)
- Stock de seguridad (es aquel del que se dispone para cubrir los incrementos no regulares de la demanda y los retrasos en el suministro de los proveedores)

• Análisis en conjunto con los farmacéuticos de situaciones especiales (ej: días de tratamiento)

• Presupuesto disponible para el hospital

Luego el pedido es enviado por mail a la Subdirectora administrativa del hospital para su cotización, aprobación y adjudicación al proveedor (este último paso se hace conjuntamente con el Jefe de Servicio de Farmacia)

Registro: planilla de Excel del pedido. Mail

5.4.- Órdenes de Compra:

Responsable: División compras

Finalmente llega por parte de División Compras las órdenes de compra (cuadruplicado) para poder recibir a los proveedores.

Registro: Cuaderno de recepción de órdenes de compras.

Recepción y control de las compras

Responsables: Administrativas, Farmacéuticos, Jefe de Servicio

Una vez que se presentan éstos, se verifica que el remito cumpla con los siguientes requisitos:

- Descripción y cantidad del insumo solicitado
- Marca solicitada por el servicio de Farmacia
- N° de lote del insumo coincida con el remito
- Fecha de vencimiento: no menor a 12 meses (excepto un insumo de mucha rotación y que el Servicio lo necesite)

Si todos los ítems anteriormente mencionados se cumplen, el proveedor entrega el remito original el cual pasa a División compras, el duplicado queda adjunto a las órdenes de compra en Farmacia y el triplicado se lleva el proveedor. En todos los remitos se coloca el sello de la farmacia donde se informa fecha de recepción y la firma del personal que recepciona (generalmente las administrativas).

Registros: Remitos

5.5- Informe de Recepción

Responsables: Administrativas, Jefe de Servicio, Subdirección administrativa

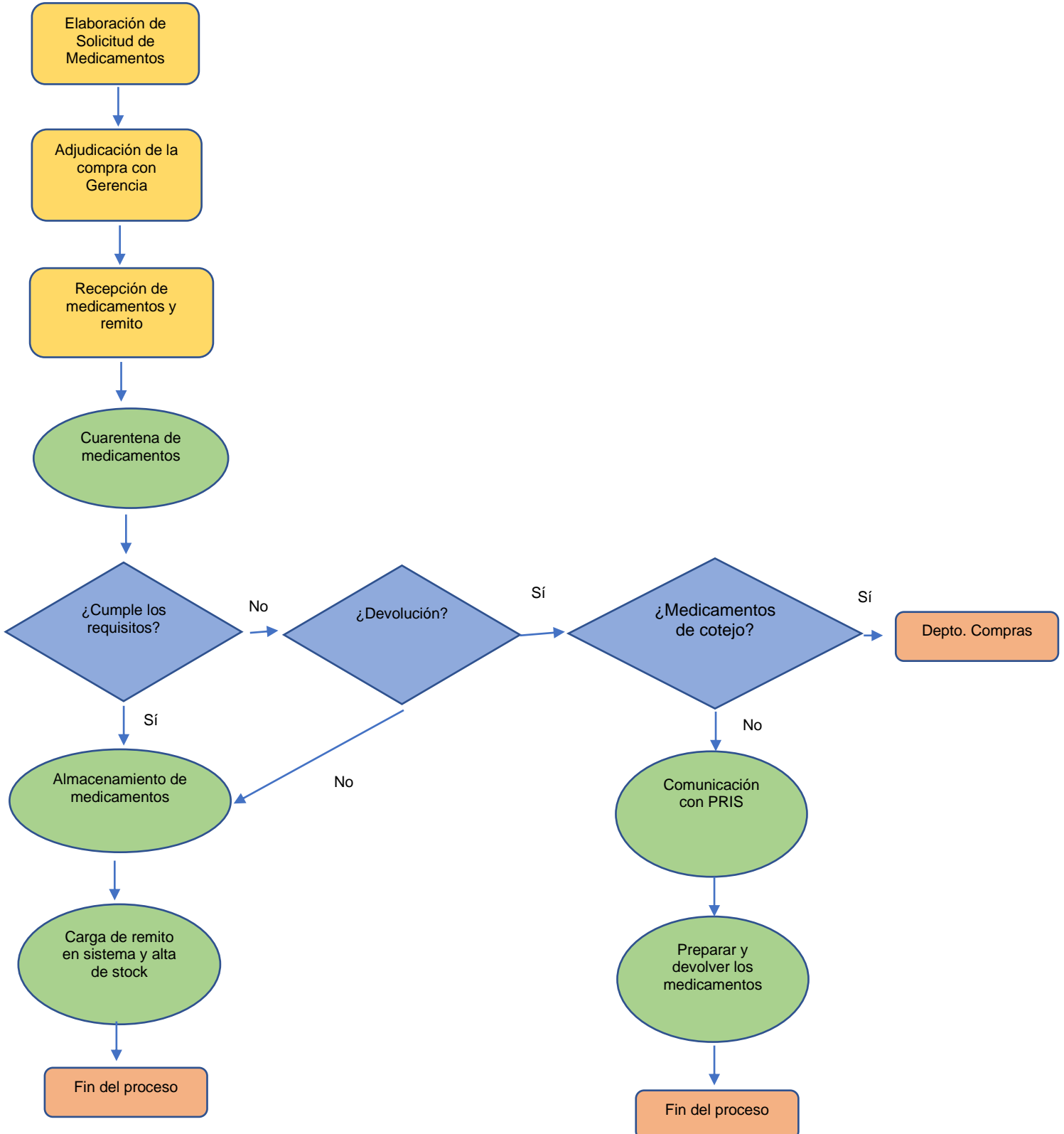


LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Con el remito original se realiza el informe de recepción en el sistema (SGH). Este se adjunta con el remito y el jefe de Servicio lo firma y sella. Luego se entrega a la Subdirección administrativa para su firma y por último pasa a División Compras.

6.- Anexo

Diagrama de flujo

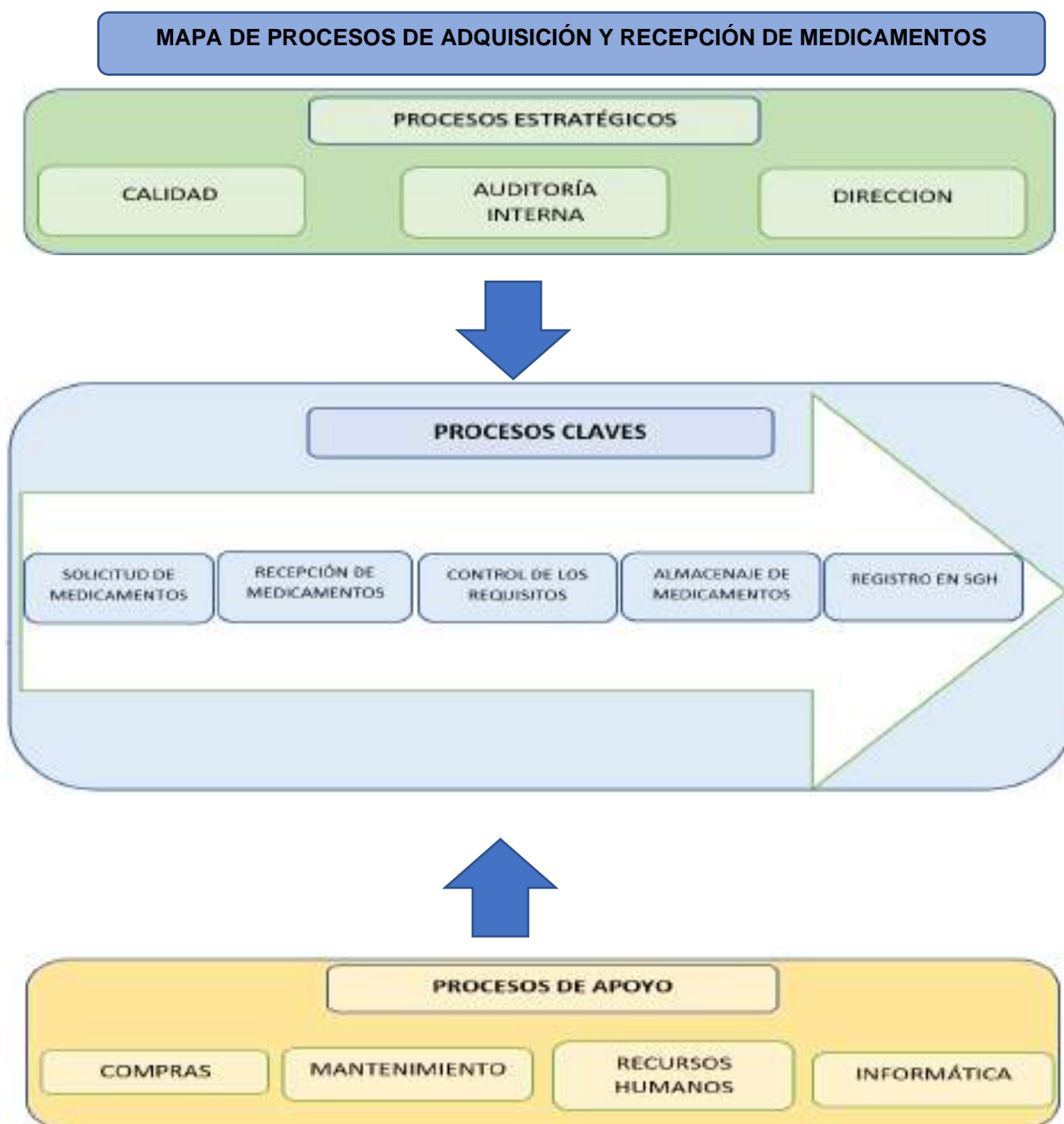




INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Mapa de Procesos



Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Manual de Procesos y Procedimientos: Dispensación a pacientes ambulatorios

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD - SIPROSA Ministerio de Salud Pública		GOBIERNO DE TUCUMÁN	
Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios		Vigencia:	
Procedimiento		Revisión 00	Página 49 de 5

1-Objetivo

Garantizar la entrega de medicamentos y/o productos médicos prescritos por el médico para atender los requerimientos de los pacientes ambulatorios.

2.- Alcance

Pacientes ambulatorios de Programa de Salud de Epilepsia, Reumatología, Diabetes, Salud y Reproducción Sexual, VIH, TBC, consultorio externo y guardia.

3.- Referencias

- ISO 9001- ISO 9000
- Ley Nacional Nº 17565. Ejercicio de la actividad farmacéutica.
- Ley Provincial Nº 5483. Ejercicio de la actividad farmacéutica

4.- Definiciones

Dispensación: es un proceso primordial de Farmacia que se asocia a la entrega o despacho de uno o más medicamentos al paciente, sus familiares o al personal de salud encargado de la administración de su farmacoterapia. En el cual, según el análisis de la orden médica o receta, se despacha determinadas cantidades de medicamentos, aportando la información necesaria para su uso racional, como la orientación al paciente para el cumplimiento de la terapia.

Medicamento: Es toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para beneficio de la salud de la persona a quien se le administra.

Producto Médico: Es un producto para la salud tal como equipamiento, aparato, material, artículo, o sistema de uso o aplicación médica, odontológica o laboratorial, destinada a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o anticoncepción y que no utiliza medio farmacológico, inmunológico, o metabólico para realizar su función principal en seres humanos, pudiendo entretanto ser auxiliado en su función, por tales medios.

Verificación: acto propio del profesional farmacéutico donde al interpretar la prescripción médica previa a la dispensación, aporta un valor único y propio para el que fue formado en el proceso farmacoterapéutico.

Transacción: es el movimiento del stock informático de los medicamentos y productos médicos (salida).

PRIS: Dirección General del Programa Integrado de Salud, creada en 2005, coordina los programas sanitarios de manera que se potenciarán unos con otros, utilizando eficazmente los recursos para focalizarlos en las prioridades de salud y gestionar los recursos provinciales y nacionales, a través de una administración contable y financiera única para todos los programas.

Programas Especiales: Pacientes de Reumatología, Diabetes, HIV, Toxoplasmosis, TBC; Chagas, Salud Sexual y Reproductiva; Salud Mental, Hipotiroidismo Congénito y Trombofilias. Los medicamentos y productos médicos de los primeros 6 programas los provee la provincia o Nación y los tres últimos son solventados por nuestro hospital.

Paciente Ambulatorio: es aquel que debe acudir regularmente a un centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita ser internado.

SIPROSA: Sistema Provincial de Salud.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Tríptico: comprobante de atención médica que se genera por SGH. Se divide en 3 partes, consulta, práctica y recetario.

SGH: Sistema informático de Gestión Hospitalaria.

5.- Proceso de dispensación:

a) Recepción del tríptico:

Responsables: médicos y farmacéuticos.

Pacientes de programas especiales: El farmacéutico recibe el tríptico por parte del paciente y transcribe la prescripción en la ficha del mismo (la ficha debe contener Nombre y Apellido, DNI, edad y teléfono).

Pacientes de guardia y consultorio externo: no poseen ficha.

Registro: tríptico firmado y sellado por el médico.

b) Preparación

Responsables: Farmacéuticos

El farmacéutico prepara la prescripción y firma en el tríptico con tinta roja.

Registro: Tríptico firmado por el farmacéutico.

c) Dispensación de los medicamentos y/o productos médicos

Responsables: farmacéuticos

El farmacéutico dispensa los medicamentos y/o productos médicos al paciente previa firma del mismo en la ficha o en la receta según sea de programa o no. Luego el farmacéutico realiza la transacción.

Registro: Ficha o receta con la firma del paciente. Número de transacción en la receta.

Situaciones Especiales

- En caso de ausencia del farmacéutico por poco recurso humano, el que realiza el proceso es el auxiliar de farmacia previa supervisión de la preparación por parte del farmacéutico.

- Requisito del paciente para pertenecer al programa: no debe tener obra social. Excepción: cuando al paciente le diagnostican la enfermedad, hasta que la obra social le entregue la medicación el Estado le provee el o los medicamentos por un cierto tiempo dependiendo del programa. En este caso el médico prescriptor debe hacer una observación en la receta explicando la situación por una posible auditoria del Programa a la farmacia. Quien incluye al paciente en los programas especiales son los médicos.

- En caso que la receta no cumpla con los requisitos o el paciente no cumpla el requisito para ser de programa especiales se devuelve la receta al paciente para que el médico la modifique. En este caso el farmacéutico habla vía telefónica con el médico prescriptor.

- Requisito de la receta: Apellido y Nombre. DNI. Prescripción con letra legible, cantidad, Presentación, Firma y Sello del médico. A excepción de las recetas de HIV en el cual el nombre y apellido debe ser codificado.

- La supervisión del farmacéutico se basa en controlar que el medicamento que está por dispensar el auxiliar sea el que corresponde con la receta prescripta por el médico.

- En el programa de Diabetes el farmacéutico debe realizar una planilla de Excel con los pacientes y medicamentos y/o productos médicos entregados e imprimirlos. También se realiza el pedido del mes según consumo y stock. Ambos debes ser armados hasta el día 15 de cada mes y enviado vía mail y por escrito a la Referente del Programa.

- En el programa de HIV el farmacéutico debe realizar cada dos meses el stock y el vencimiento de los medicamentos de tal programa y pasarles a las administrativas para enviarlo vía mail al programa. El médico infectólogo del hospital realiza el pedido y envía vía mail al jefe de Farmacia y al Referente del Programa todos los meses una planilla con los pacientes y los medicamentos de cada uno de ellos. Estos pacientes no tienen ficha,



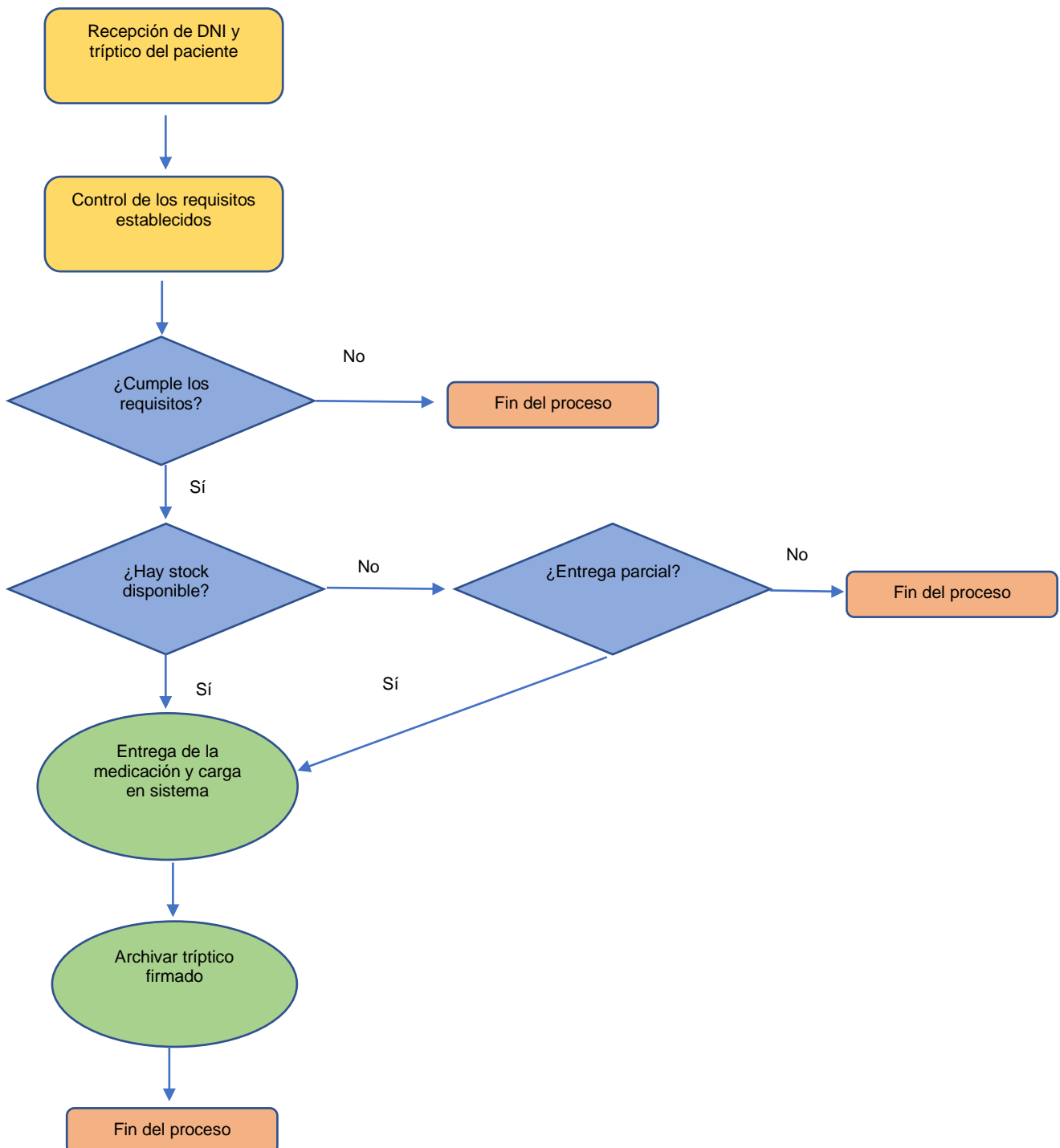
LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

sino que firman en esta planilla impresa codificada la cual es enviada cada mes al Programa.

- En el Programa de Reumatología, el reumatólogo del hospital realiza el pedido por mes y envía al Jefe de Farmacia. Este realiza el pedido según consumo y stock y envía vía mail el pedido al Referente del Programa.
- Los demás programas especiales (Toxoplasmosis, Chagas, TBC y Salud Sexual y Reproductiva) se solicitan según necesidad.

6.- Anexo:

Flujograma

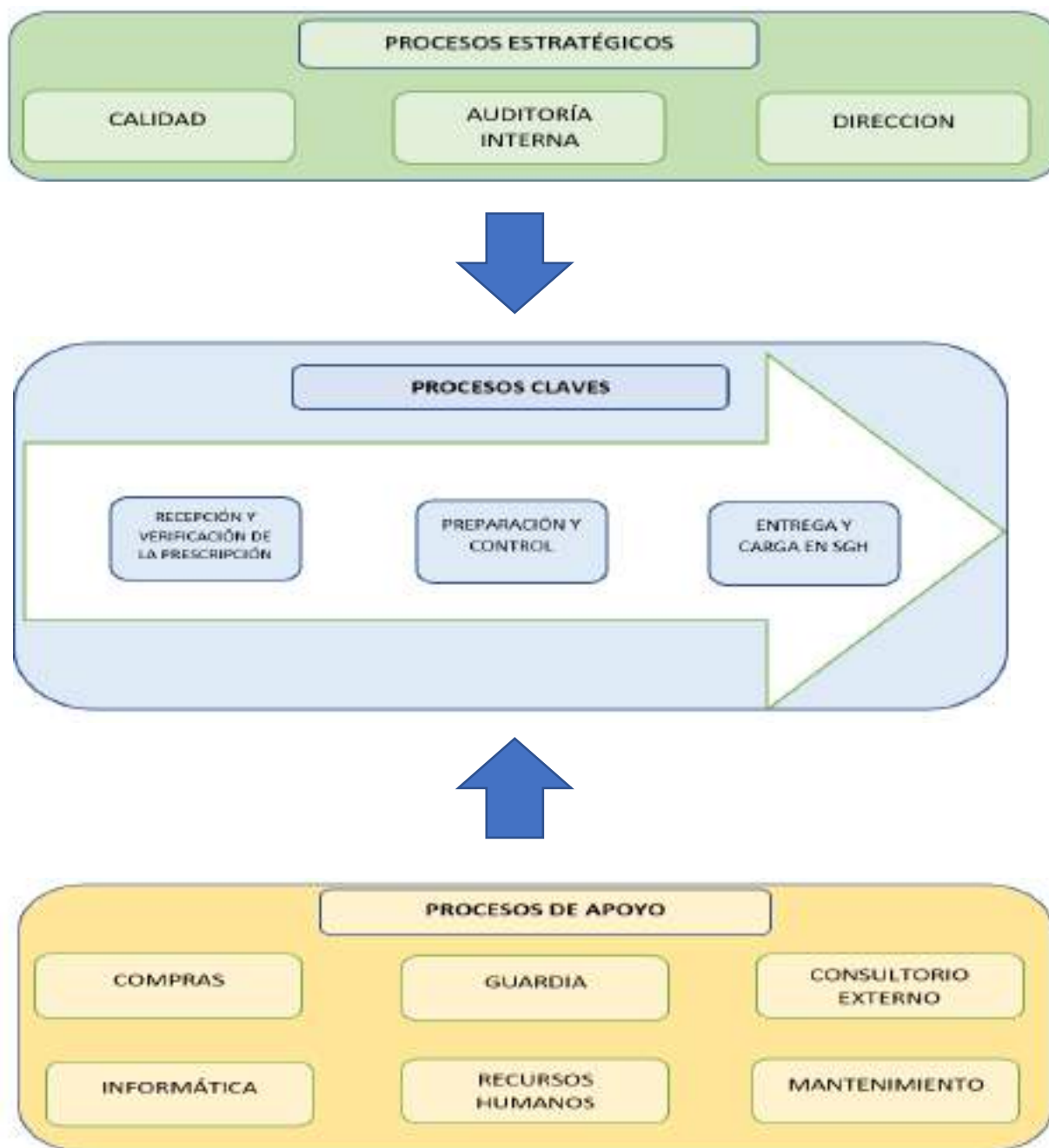




INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Mapa de Procesos



Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Análisis de contexto

Una vez elaborados estos documentos, se prosiguió con el Análisis de Contexto de la organización. El capítulo 4 de la norma **Contexto de la organización** exige que se realice un análisis para la comprensión de la organización y su contexto y la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Este análisis y elaboración de los documentos correspondientes fueron realizados en conjunto con la Gerencia, ya que es su responsabilidad darle seguimiento a los mismos y tienen una visión más general de la organización.

Para este análisis se utilizó una herramienta llamada Análisis PESTAL. PESTAL es un acrónimo y sus letras representan Político, Económico, Social, Tecnológico, Ambiental y Legal-Jurídico y la finalidad de la misma es analizar y analizar los factores ambientales que tienen impacto en una organización.

En el caso del hospital el ítem Tecnológico fue reemplazo por el factor de Recursos Humanos, ya que se consideró que era más representativo.

Para utilizar esta herramienta se fue analizando punto por punto para determinar el contexto actual y al lado de la descripción de cada ítem se determinó si representan una Fortaleza, Oportunidad, Debilidad o Amenaza para elaborar posteriormente la matriz FODA.

Este análisis se encuentra en el documento **Contexto de la organización**, que se adjunta al Manual de Calidad con el resto de los documentos. La estructura de este documento es la siguiente:

- 1.- Objetivo
- 2.- Alcance
- 3.- Referencias
- 4.- Definiciones
- 5.- Identificación y Comprensión del Contexto

En este apartado se realiza el análisis de contexto utilizando la herramienta elegida.

- 6.- Seguimiento y revisión de la información del contexto

Aquí se establece cada cuanto la Dirección debe realizar una revisión de la información pertinente al contexto de la organización.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Contexto de la organización

		Vigencia:
DIRECCION	CONTEXTO DE LA ORGANIZACION	Revisión 00
		Página 1 de 76

1.- Objetivo

Analizar el contexto de las actividades y servicios a prestar y los factores pertinentes que impactan en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución

2.- Alcance

Incluye las actividades interrelacionadas del Hospital de Clínicas Pte. Dr. N Avellaneda y sus vinculaciones con los procesos externos e internos identificados dentro del alcance del Sistema de la Calidad.

3.- Referencias

ISO 9001- ISO 9000

4.- Definiciones

Contexto: Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.

Parte Interesada: persona o grupo que interactúan en el desempeño o éxito de una organización y que es pertinente al Sistema de Gestión de la Calidad.

FODA: análisis organizacional de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

PESTAL: análisis con un enfoque del Contexto hacia el entorno Político, Económico, Social, Tecnológico, Ambiental y Legal.

5.- Identificación y Comprensión del Contexto

Se realiza un análisis estratégico para determinar el contexto actual en el que interactúa el Hospital, lo que ofrece una entrada para aprovechar las oportunidades obtenidas en el análisis, o actuar ante los posibles riesgos.

Responsabilidad: Dirección – Sub Dirección

Entorno del Contexto	F	O	D	A
• Político				
Provincial: Fuerte apoyo provincial del Poder Ejecutivo y Ministerio de Salud de la Provincia	x	X		
Nacional: sin apoyo de la Política Nacional actual				x
• Económico				
Provincial: Política social y de salud del gobierno provincial con un fuerte enfoque y compromiso hacia las prestaciones en los servicios de salud	x	X		
Nacional: Escasas asignaciones de recursos nacionales para las prestaciones en la salud de la provincia			X	x
❖ Social				
Alta población sin cobertura de Obra Social por la situación socio económica que obligan a las instituciones públicas a cubrir estas deficiencias en la población local y aumentos progresivos de los índices de drogadicción, alcoholismo, delincuencia que impactan en mayores atenciones de las prestaciones hospitalarias			X	x
En el contexto institucional: la atención y la seguridad de los pacientes es una prioridad en el proceso de atención que brinda el Hospital para prevenir la enfermedad, tratar al enfermo y rehabilitar a la persona con discapacidad y atención del paciente postquirúrgico	x			



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

❖ RRHH Recurso Humano profesional y sus reemplazos en los servicios que dificultan satisfacer todas las necesidades de salud de la población			X	x
Permanente sistema de capacitación interna y externa para el desarrollo de las competencias e idoneidad de los RR. HH	x			
Establecer, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la calidad con certificación internacional		x		
• Ambiental,				
Aspectos ambientales e impacto en el medio ambiente, Recolección Residuos Hospitalarios y control disposición final	x	x		
• Legal				
Cumplimiento con los protocolos médicos y quirúrgicos. Política en el cuidado y seguridad del paciente, respetando las buenas prácticas de bio seguridad, asepsia médica y quirúrgica. Fuerte compromiso de servicio profesional y humano hacia nuestros pacientes	x	x		
Cumplimiento con los requerimientos Legales y Reglamentarios. Cumpliendo los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos quirúrgicos seguros	x	x		

6.- Seguimiento y revisión de la información del contexto

Responsabilidad: Dirección – Sub Dirección

Con una frecuencia anual, se revisa por la Dirección, el seguimiento de la información pertinentes del contexto para la toma de acciones con un enfoque:

- Estratégico: estableciendo objetivos estratégicos a fin de afianzar el posicionamiento de la Institución en su contexto, en término de necesidades para la mejora de las actividades.
- Sustentable: a fin de promover la pertenencia y continuidad por medio del desarrollo de acciones de cooperación mutua con el contexto.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:

El resultado de implementar esta herramienta sirve para identificar amenazas y debilidades que después se realizó un análisis FODA. Esta matriz es otra herramienta, que se basa en identificar Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas con el propósito de elaborar una matriz situacional del objeto de estudio, para llegar a un diagnóstico preciso y certero.

Este análisis se encuentra en el documento **FODA institucional** y contiene la siguiente estructura:

- 1.- Objetivo
- 2.- Alcance
- 3.- Referencias
- 4.-Desarrollo



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

FODA institucional

 		Vigencia:
FODA INSTITUCIONAL	Revisión 00	Página 1 de 76

1.- Objetivo

Elaboración de un análisis FODA institucional con un enfoque sobre el contexto y las partes interesadas en el entorno de las actividades

2. Alcance

Servicios estratégicos y los procesos de apoyo

3. Referencias

ISO 9001- ISO 9000

Análisis FODA

Análisis PESTAL

Responsabilidad: Dirección –Sub Dirección

De acuerdo al análisis del contexto y las partes interesadas, se realiza el FODA institucional y la planificación de Objetivos Estratégicos para su seguimiento y control.

Base del Análisis

Entorno del Contexto PESTAL	F	O	D	A
• Políticas				
• Provinciales en Salud	X	X		
• Nacionales en Salud			X	X
• Económico y Social				
❖ Provinciales y municipales	X	X		
❖ Nacionales			X	X
• Tecnología, innovaciones prácticas hospitalarias				
• Internacionales, nacionales y provinciales	X	X		
• Ambiental				
• Regulaciones provinciales de los aspectos e impactos ambientales	X	X		
• Regulaciones nacionales de los aspectos e impactos ambientales			X	X
• Legal				
• Requisitos legales y reglamentarios provinciales aplicables en salud y las prestaciones hospitalarias	X	X		
• Requisitos legales y reglamentarios nacionales aplicables en salud y las prestaciones hospitalarias			X	X

ANÁLISIS INTERNO

FORTALEZAS:

- Recurso humano idóneo y competente.
- Espíritu solidario interno y espíritu de servicio.
- Capacidad de conformar equipos de trabajo comprometidos con la salud.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

- Permanente sistema de capacitación interna y externa para el desarrollo y formación de los RRHH.
- Buenas relaciones laborales con agrupaciones gremiales y colegios profesionales
- El Hospital como campo clínico para la práctica de alumnos de Universidades, permitiendo el desarrollo de la docencia y crecimiento profesional
- Incorporación progresiva y utilización de nuevas tecnologías a los procesos asistenciales de la salud y administrativos.

DEBILIDADES:

- Escaso interés de los profesionales médicos capacitados y competentes por concursar y asumir cargos directivos.
- Insuficiente coordinación y comunicación entre los niveles.
- Insuficiente Recurso Humano médico especialista.
- Los servicios del Hospital no satisfacen todas las necesidades de salud de la población.
- Deficiencias de la infraestructura del establecimiento para el modelo propuesto.
- Deficiencia del parque automotor del Hospital.

ANÁLISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES:

- Política social de gobierno provincial orientada a mejorar la calidad de vida de la comunidad y a reducir los factores de riesgo para la salud de la población.
- Posibilidades de moderna tecnología para apoyar diagnóstico y tratamiento en salud.
- Alcanzar la Certificación Internacional de un Sistema de la Calidad como prestador de salud.
- Proyecto de restauración de la infraestructura hospitalaria.
- Incremento de las actividades y participación universitarias en la Institución.
- Avances en el desarrollo de la investigación científica que favorecen las prestaciones hospitalarias.
- Mayor participación de la comunidad en el área de salud, a través de sus organizaciones sociales.
- La ubicación geográfica de la provincia, facilita el acceso a la comunidad del sur de la región provincial.

AMENAZAS

- Falta de recursos nacional en la distribución de los recursos que impacta en nuestras prestaciones en salud.
- Bajo índice de desarrollo y formación de los RRHH de la región.
- Alto porcentaje de la población que depende del Sistema Provincial de la Salud y sectores sin cobertura de Obra Social.
- Bajo nivel de desarrollo socioeconómico de la provincia, desincentiva la inversión privada en salud, exigiendo un mayor esfuerzo del hospital para satisfacer las necesidades de salud.
- Alto índice de desempleo en el grupo de jóvenes de la provincia que favorece la drogadicción, alcoholismo, delincuencia y prostitución.
- Radicación en la región poco atractiva para la provisión de recurso humano calificado y su permanencia especialmente de Profesionales Médicos Especialistas.
- La incorporación de nueva tecnología, trae consigo altos costos asignación de recursos para inversión.
- El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios y pacientes para recibir los servicios del sistema de salud.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Dentro del Análisis de contexto, además, se encuentra la comprensión de las necesidades y expectativas de las Partes Interesadas, estas son aquellas personas o grupos que interactúan con el éxito o desempeño de la organización y son pertinentes al SGC. Por esto, se deben identificar aquellas partes tanto internas como externas y los requerimientos que tienen para con la organización.

Este análisis se llevó a cabo no solo con el hospital en sí, sino también se identificaron las partes interesadas de los procesos de farmacia bajo estudio.

La información sobre las partes interesadas se encuentra en el documento llamado **Partes Interesadas** y su estructura es la siguiente:

- 1.- Objetivo
- 2.- Alcance
- 3.- Referencias
- 4.- Definiciones
- 5.- Partes Interesadas y sus requerimientos
- 6.- Seguimiento y revisión de la información de las partes interesadas y requerimientos



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Partes interesadas: Procesos de Farmacia

			Vigencia:
FARMACIA	PARTES INTERESADAS	Revisión 00	Página 1 de 76

1.-Objetivo

Definir y establecer las partes interesadas y sus requerimientos de los procesos Adquisición y Recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

2.- Alcance

A todas las partes interesadas de los procesos de Adquisición y Recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

3.- Referencias

ISO 9001:9000

4.- Definiciones

Parte Interesada: persona o grupo que interactúan en el desempeño o éxito de una organización que es pertinente al Sistema de Gestión de la Calidad.

PRIS: Dirección General del Programa Integrado de Salud.

SIPROSA: Sistema Provincial de Salud.

5.- Partes Interesadas y sus requerimientos

Se identifican las partes interesadas externas e internas de los procesos:

PARTES INTERESADAS		REQUERIMIENTOS PROC. ADQUISICIÓN	REQUERIMIENTOS PROC. DISPENSACIÓN	PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
INTERNAS	Consultorios Externos y de Guardia	NO APLICA	Dispensación adecuada de los medicamentos indicados por el médico tratante.	APLICA
	Oficina de Compras	Confeccionar el pedido de medicamentos y descartables en tiempo y forma.		APLICA
	Gerencia Dirección	Buenas prácticas hospitalarias. Autorización en tiempo y forma del Pedido mensual de medicamentos y descartables.	Buenas prácticas hospitalarias.	APLICA



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

	Oficina de Informática	Cargar los movimientos de farmacia (solicitudes de pedidos, remitos, stock de medicamentos, ingresos y egresos de medicamentos y descartables) en SGH.		APLICA
	Servicio de Mantenimiento	Informar las problemáticas edilicias que puedan afectar la seguridad en el almacenamiento de medicamentos y descartables.		APLICA
EXTERNAS	Pacientes	NO APLICA	Dispensación adecuada de medicamentos. Atención en tiempo y forma.	APLICA
	Proveedores	Entrega y recepción de los medicamentos que se compran en tiempo y forma.		APLICA
	PRIS - Siprosa	Entrega y recepción de los medicamentos de los Programas de Salud en tiempo y forma.		APLICA
	Farmacia Oficial – Siprosa	Recepción de medicamentos elaborados por farmacia oficial del Sistema Provincial de Salud.		APLICA

6.- Seguimiento y control

Anualmente el Jefe del Servicio realiza la revisión de las actividades de las partes interesadas y sus requisitos a cumplir en las actividades del SGC.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Partes Interesadas: Hospital

 			Vigencia:	
DIRECCION	REQUERIMIENTOS INTERESADAS	PARTES	Revisión 00	Página 1 de 76

1.- Objetivo

Definir y establecer las partes interesadas y sus requerimientos de los servicios pertinentes en la planificación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para así alcanzar los resultados esperados.

2. Alcance

Incluye las actividades interrelacionadas de la Dirección del Hospital con los servicios y áreas dentro del alcance del Sistema de la Calidad.

3. Referencias

ISO 9001- ISO 9000

4. Definiciones

Parte Interesada: persona o grupo que interactúan en el desempeño o éxito de una organización y que es pertinente al Sistema de Gestión de la Calidad.

5. Partes interesadas y sus Requerimientos

Responsabilidad: Dirección

Se identifican las partes interesadas externas e internas de las actividades y los Requisitos Legales y Reglamentarios



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Partes Interesadas		Requerimientos de las Partes Interesadas	Pertinentes en el Sistema de la Calidad
Externas	Pacientes	Aplicación de las Buenas Prácticas de los servicios Hospitalarios	Aplica
	Ministerio de Salud Provincial	Política y requisitos estratégicos del Ministerio	Aplica
	Dirección Gral. de gestión sanitaria del SIPROSA	Información estadística de gestión de los servicios prestados	Aplica
	PRIS (Programa Integrado de salud)	Información mensual estadística de las prestaciones hospitalarias	Aplica
	Salud Escucha	Atención y prestación de los servicios requeridos por el sistema en tiempo y forma	Aplica
	Plan Nacer	Cumplimiento con los requerimientos de las trazadoras predeterminadas	Aplica
	Obras Sociales	Realizar comunicados y entrega de documentación de manera oportuna.	Aplica
	Dirección Gral. de la Red de Servicios	Gestión y cumplimiento de las consultas programadas por la red	Aplica
	Poder judicial	Información de las denuncias pertinentes Entrega de la documentación solicitadas por Oficios	Aplica
	Proveedores estratégicos	Cumplir con reglamento de SIPROSA y honorable tribunal de cuentas.	Aplica
Municipalidad de San Miguel	Articular y cumplimentar las ordenanzas municipales aplicables Cumplimiento con la Ley de Recolección, Almacenamiento y Disposición final de los Residuos Bio Patogénicos	No Aplica	
Internas	Servicios internos	Asignación de los recursos de infraestructura edilicia, equipos y RRHH para las actividades en cada Servicio de la Institución	Aplica
	Sistema de la Calidad	Liderazgo y asignación de los recursos para el seguimiento y control de la eficacia del sistema de la calidad	Aplica

6.- Seguimiento y revisión de la información de las partes interesadas y requerimientos

Responsabilidad: Dirección

Con una frecuencia anual, se realiza la revisión y seguimiento de la información y los requisitos pertinentes de las partes interesadas para la toma de las acciones adecuadas que sean pertinentes.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Liderazgo: Política de calidad

El capítulo 5 de la norma **Liderazgo**, establece que la alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con el respecto al Sistema de Gestión de la Calidad y al enfoque al cliente.

La Política de Calidad es un breve documento que se incluye en el Manual de Calidad, que demuestra la intención y compromiso de la Dirección de implantar un Sistema de Gestión de la Calidad orientado a la atención al cliente y la mejora continua. Además, la misma es encuadrada y colocada en el servicio para que esté disponible y todos tengan acceso a leerla.

Esta política la definió la Dirección del hospital teniendo en cuenta la misión y el contexto. Por el momento sigue pendiente el taller sobre Política de Calidad, debido a la situación de emergencia sanitaria por el COVID-19. Dicho taller tendrá la función de comunicar correctamente la política y asegurarse que sea entendida por todo el personal de Farmacia.

Política de Calidad

			Vigencia:
DIRECCION	POLITICA DE LA CALIDAD	Revisión 00	Página 63 de 76

El Hospital es un Hospital Público General Polivalente con internación catalogado como Nivel de Riesgo III y Complejidad 9, con un sesgo diferenciado en la atención Materno-Infantil, Rehabilitación Nivel III y asistencia a adictos a drogas.

El Hospital a través de su Dirección se compromete a la prestación de los servicios para la salud para nuestros pacientes y sociedad en general buscando alcanzar altos grados de tecnología conjuntamente con el desarrollo de competencia e idoneidad de nuestros recursos humanos, estableciendo e implementando esta Política Institucional de la Calidad y Seguridad del Paciente sustentada en:

- El cumplimiento de los requisitos y expectativas de nuestros pacientes para alcanzar la satisfacción y conformidad de los mismos en su atención personal, profesional y de requisitos Legales y Reglamentarios en salud y seguridad del paciente.
- Buscar alcanzar el cumplimiento eficaz de las Buenas Prácticas de Bioseguridad, de asepsias médicas y quirúrgicas como prevención de las infecciones infra hospitalarias para seguridad del paciente.
- La calidad de atención y la seguridad de los pacientes es una prioridad en el proceso de atención que brinda el Hospital destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, garantizando la adecuada atención del paciente postquirúrgico
- Garantizar los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos quirúrgicos seguros.
- Estableciendo Objetivos de la Calidad con el enfoque hacia la Mejora Continua del Sistema de la Calidad en conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Planificación: enfoque basado en riesgos

El capítulo 6 de la norma, **Planificación**, establece que se deben tomar acciones para abordar riesgos y oportunidades y se deben establecer objetivos de la calidad y planificación para lograrlos.

El riesgo es inseparable a cualquier aspecto que tenga que ver con el Sistema de Gestión de la Calidad. Los riesgos están vigentes en todos los procesos, sistemas o funciones. Se pretende tratar al riesgo como algo proactivo en vez de reactivo, para prever o disminuir los efectos indeseados de los mismos mediante la identificación y el control previo.

Determinar los riesgos que pueden afectar a los procesos sirve para tomar medidas para prevenir los mismos y determinar actividades a llevar a cabo en el caso que sucedan.

Para esto, se elaboró una **Matriz de riesgos**, documentada en un Excel. Para la elaboración de la misma se fueron identificando riesgos potenciales que podían afectar el correcto desempeño de los procesos bajo estudio.

A cada riesgo se le asignó una Probabilidad de Frecuencia/Ocurrencia y se le asignó un puntaje, distinguiendo en:

- Muy Frecuente (MF)-3
- Frecuente (F)-2
- Poco Frecuente (PF)-1

A su vez, se determinó para cada riesgo un Impacto y su puntuación correspondiente:

- Muy Crítico (MC)-3
- Crítico (C)-2
- Moderado (M)-1

Además, se calculó un Nivel de Riesgo resultante de multiplicar la Probabilidad de Frecuencia y el Impacto de cada riesgo potencial que dio como resultado los siguientes niveles de riesgo:

- Muy Alto (MA) >5
- Alto (A) 3 a 4
- Nivel Bajo (NB) 1 a 2

Todos estos valores y clasificaciones fueron asignados en base a la experiencia en el servicio de la Jefa de Farmacia.

A partir de esto, se elaboró la matriz de riesgos determinando el Nivel de Riesgo para cada riesgo potencial. Una vez realizado esto, se determinaron actividades para prevenir o disminuir estos riesgos y se asignó un responsable para llevarlas a cabo.

Por el momento se elaboró una matriz sobre el proceso de Dispensación Ambulatoria, pero se está trabajando en hacer una para los dos procesos juntos.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Matriz de riesgo: Dispensación Ambulatoria

		Vigencia:
MATRIZ DE RIESGO		Revisión 00
		Página 65 de 76

Probabilidad/Ocurrencia		Impacto		Nivel Riesgo	
Muy Frecuente MF	3	Muy Crítico MC	3	Muy Alto MA	> 5
Frecuente F	2	Crítico C	2	Alto A	3 a 4
Poco Frecuente PF	1	Moderado M	1	Nivel Bajo NB	1 a 2

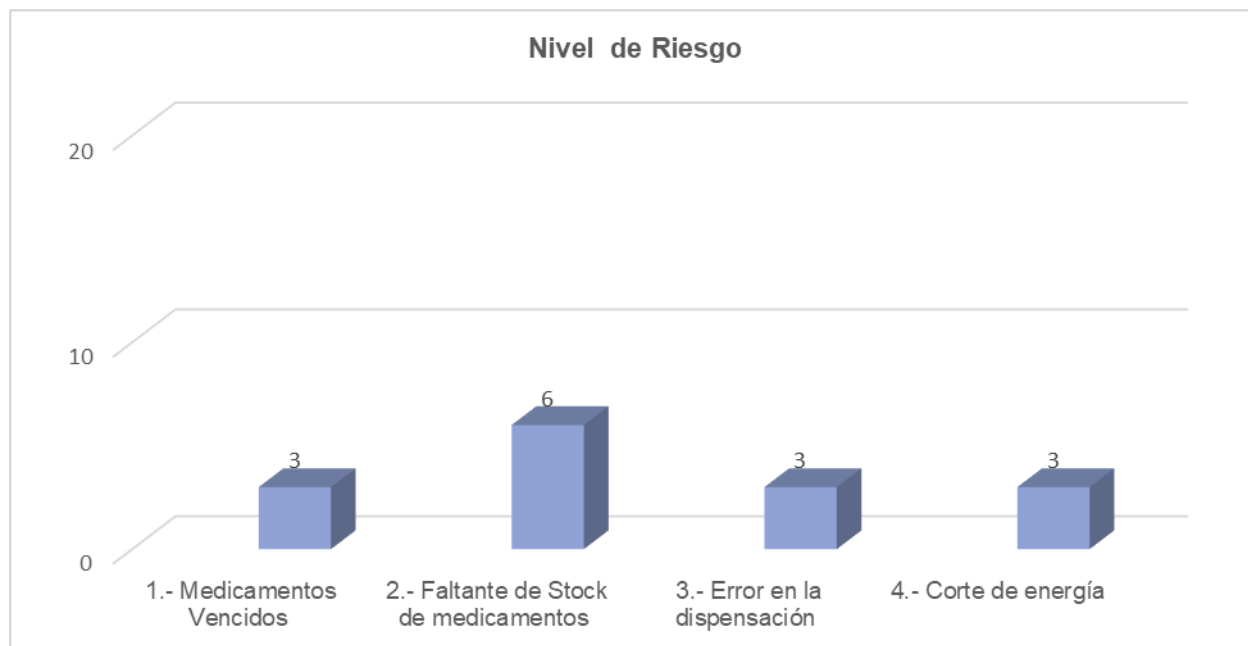
Riesgos Potenciales	Probabilidad Ocurrencia		Impacto		Nivel Riesgo
1.- Medicamentos Vencidos	PF	1	C	3	3
2.- Faltante de Stock de medicamentos	F	2	MC	3	6
3.- Error en la dispensación	PF	1	MC	3	3
4.- Corte de energía	PF	1	MC	3	3

Actividad	Acciones	Responsable
1- Control de Stock	Se realizan controles de inventario mensuales de medicamentos y descartables a fin de detectar y analizar diferencias en el stock.	Auditora de Farmacia
2- Control de vencimientos	Se realizan controles de vencimiento mensuales para evitar el almacenamiento de medicamentos y descartables vencidos.	Adm. De Farmacia
3- Planificación de capacitaciones mensuales	Realizar capacitaciones al personal encargado de dispensar a pacientes ambulatorios, respecto a dosis, efectos secundarios y características generales de medicamentos que se dispensan.	Jefa de Farmacia
4.- Corte energía	Conexión de grupo electrógeno	Jefa de Farmacia - Mantenimiento



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:

Además, se establecieron indicadores de calidad para medir el desempeño del área. De cada indicador se establecerá un nivel objetivo y se planificará cómo lograr ese objetivo deseado. Además, deben ser relevantes al proceso que se refieren y cuantificables.

Los indicadores para el proceso de Adquisición y Recepción de medicamentos son los siguientes:

- Cantidad de medicamentos vencidos por mes: este indicador se construirá a partir de información salida del SGH. Del mismo se extraerá mes a mes la planilla de medicamentos próximos a vencer y esos son los que deben ser dispensados primero, ya sea a salas o a pacientes ambulatorios. La elección de medir este indicador se debe a que los medicamentos vencidos representan tanto un costo para el hospital, debido a que se los pagó y no se utilizó y puede representar un faltante a la hora de dispensar medicamentos ya que se contaba con que el mismo esté, pero no pueda ser entregado.
- Cantidad de medicamentos no conformes recibidos por mes: este indicador busca medir los medicamentos que no cumplen con los requerimientos con los que fueron pedidos en la Orden de Compra pero que fueron recibidos de todas formas. La información necesaria para medirlo se extraerá del Remito del proveedor, que es donde se deja asentado cualquier tipo de observación sobre los insumos recibidos.

Para el proceso de Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios los indicadores elegidos son:

- Dispensaciones no conformes/total de dispensaciones: de esta manera se obtendrá el porcentaje de dispensaciones que no pudieron realizarse correctamente, ya sea por falta de stock o incumplimiento en los requisitos, etc.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Por defecto, saldrá el porcentaje de dispensaciones que sí fueron realizadas en tiempo y forma.

- Encuestas de satisfacción: se realizarán encuestas de satisfacción a los pacientes luego de ser atendidos por el personal de farmacia, para evaluar la calidad del servicio y la satisfacción de los mismos.

Por otro lado, para evitar el vencimiento de los medicamentos, se establecieron mecanismos de control de los mismos. Los mismos están detallados en el siguiente documento, Control de vencimientos y Semaforización, que establece los lineamientos del control de medicamentos y sus vencimientos.

Además, incluye el proceso de Semaforización, que consiste en dividir los medicamentos acordes a su fecha de vencimiento y colocarle fichas (rojas, amarillas o verdes) que indiquen el estado del mismo. Los medicamentos próximos a vencer, es decir los de ficha roja, son los que primero deben ser entregados y utilizados.

Este control y clasificación de los medicamentos se realizará de forma periódica para así asegurarse que el color de la ficha sea acorde al vencimiento del medicamento.

Por último, el documento establece el proceso de la disposición final de los medicamentos que ya han caducado. Estos no son simplemente desechados, sino que se debe cumplir con un protocolo.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Control de vencimientos y Semaforización

		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		GOBIERNO DE TUCUMÁN
SERVICIO DE FARMACIA				
Control de vencimientos y Semaforización	Revisión	0	Vigencia	Agosto 2020

1.-Objetivo

Se describen las actividades necesarias para evitar la caducidad de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

2.-Alcance

Aplica para todo el personal de la salud en el Hospital, siendo los principales responsables el auxiliar de farmacia.

3.-General

- 1) El servicio farmacéutico o establecimiento farmacéutico contará con criterios, procedimientos y recursos que permitan verificar continuamente la fecha de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos, para que sean distribuidos o dispensados dentro de la fecha de vigencia o se solicite con la debida antelación la devolución o cambio al proveedor, de acuerdo con las condiciones de negociación .
- 2) El Hospital establece un control de la trazabilidad desde la recepción técnica, pasando por el almacenamiento, transporte, distribución, dispensación hasta la administración al paciente.
- 3) Para realizar un control de fechas de vencimiento puede utilizar un método manual: confrontación y verificación física de la fecha de vencimiento registrada en el empaque primario, secundario, rótulos y etiquetas de cada uno de los medicamentos o insumos medico quirúrgicos existentes contra el SGH, el cual se debe alimentar inmediatamente se haga la recepción técnica y se le de entrada al inventario en la farmacia. En caso de que las cantidades de medicamentos o insumos a inspeccionar sean muy grandes se pueden realizar verificaciones aleatorias de los medicamentos e insumos más representativos o de aquellos cuya rotación sea muy baja y tengan mayor probabilidad de vencerse sin ser utilizados.
- 4) Para realizar un control de fechas de vencimiento puede utilizar un método sistematizado: confrontación y verificación física de las fechas de vencimiento registradas en el listado generado por el SGH , el cual se debe alimentar (con la información básica para asegurar trazabilidad) inmediatamente se haga la recepción técnica y se le haga la entrada contable .
La idea es que el SGH se encuentre actualizado en todo momento y sea una herramienta de ayuda para el control de las fechas de vencimiento.
- 5) Los productos se solicitan a los proveedores con fecha de vencimiento mayor a 2 años, siempre que se reciban productos con fecha de vencimiento menor se debe gestionar la devolución con el proveedor, antes de ser cancelada la factura. Cada caso debe analizarse ya que puede tratarse de desabastecimiento del producto o características específicas que impidan adquirirlo con fecha de vencimiento mayor; estos productos se



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

identifican en la recepción y se semaforizan antes de su ubicación en las torres, estantes o en las heladeras.

6) Semaforización por alertas de Colores es utilizar el método por señalización con tarjetas o adhesivos de colores el cual consiste en identificar los medicamentos según su fecha de vencimiento.

7) Los auxiliares del servicio farmacéutico realizan la semaforización después de cada recepción de productos y se actualizan mensualmente.

8) Todos los productos que se encuentren semaforizados de color rojo o amarillo deben ubicarse como primera opción para dispensación.

9) Los auxiliares del servicio realizan un registro en el libro de cuáles son los medicamentos, insumos o dispositivos médicos que están semaforizados en color rojo o amarillo de tal manera que se haga un seguimiento al movimiento del producto, garantizando su salida en el menor tiempo posible.

10) En el momento de dispensar un medicamento, dispositivos médicos o insumos el personal del servicio debe cerciorarse que se entregue el producto con sticker rojo primero y posteriormente el etiquetado con sticker amarillo, evitando vencimientos en el servicio farmacéutico.

11) Al centro de salud y carros de paro deben distribuirse medicamentos, dispositivos médicos e insumos con fecha de vencimiento mayor a 12 meses siempre que sea posible teniendo en cuenta la rotación.

12) Realizar reposición o cambio a puestos de salud y carros de paro por fecha de vencimiento y dispensar productos con fecha de caducidad mayor a 12 meses evitando pérdidas por vencimiento o desabastecimiento en estos servicios.

13) Cada vez que sea necesario se solicita al proveedor el cambio de los productos que tienen fecha de vencimiento menor a 4 meses, según los hallazgos en el libro y en el sistema de información el proveedor analiza el listado y da una respuesta a la solicitud según sus políticas internas, en caso de aceptar genera cambio en físico o nota crédito.

14) Los productos que caducan se colocan en cuarentena.

15) Los medicamentos que damos de baja son los que tienen fecha de vencimiento cumplidas.

Se revisan los medicamentos, se verifican las fechas de vencimiento, la cantidad, el valor unitario y valor total. Se registran todos estos datos en un acto que debe ir con fecha y firmado del gerente, subdirector administrativo, inspector de saneamiento ambiental y la auxiliar en servicios farmacéuticos, inspector de saneamiento ambiental y la auxiliar en servicios farmacéuticos. Estos medicamentos son entregados para que se realice la disposición final.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Apoyo: personas

El capítulo 7 de la norma establece que la organización debe proveer los recursos necesarios para poder llevar a cabo correctamente el proceso de implementación y seguimiento del SGC. Los principales recursos que ISO 9001:2015 nos pide son:

- **Personas:** la organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz del SGC y para la operación y control de sus procesos.
- **Infraestructura:** debe ser apropiada para la operación de los procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. La infraestructura puede incluir edificios, equipos y maquinaria, recursos de transporte y tecnologías de información y comunicación.
- **Ambiente para la operación de los procesos:** se debe proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de los procesos y así lograr la conformidad de los productos y servicios. Un ambiente apropiado es una combinación adecuada de factores humanos y físicos.
- **Recursos de seguimientos y medición:** se debe proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición.
- **Conocimientos de la organización:** se deben determinar cuáles son los conocimientos que se establecerán y deberán ser compartidos con cada uno de los involucrados para que haya un funcionamiento uniforme.

Con lo referido a la Infraestructura, el servicio realizó un relevamiento de aquellos elementos que necesitan ser adquiridos/reparados. Entre ellos se encuentran termómetros para el control de la temperatura de los medicamentos, un grupo electrógeno para tener de respaldo en el caso de un corte de luz (si bien no sucede seguido, actualmente si ocurre un corte de luz que afecte al servicio se trasladan los medicamentos a otro sector del hospital que sí cuenta con uno) y se están llevando refacciones como arreglar y pintar las paredes.

En cuanto a las Personas, el servicio cuenta con un total de 10 farmacéuticos (entre personal de planta y reemplazos) y 10 auxiliares administrativos, todos bajo la dirección de la Jefa del servicio, quien cuenta con un reemplazo competente dentro de sus subordinados en el caso de tener que ausentarse por el motivo que corresponda.

La cantidad de personal existente fue considerada como satisfactoria para realizar correctamente los procesos de farmacia, por lo que no hubo modificaciones en la plantilla. Por otra parte, se debe terminar las competencias necesarias de las personas que realizan algún trabajo que afecta al desempeño y eficacia del SGC. Además, se debe asegurarse que las personas sean competentes, teniendo en cuenta la formación y experiencias y, cuando sea necesario, tomar acciones para adquirir las competencias necesarias.

Por esto, se determinó el perfil y las competencias de cada uno de los puestos (Jefe, Farmacéutico y Auxiliar) y se lo dispuso en el documento Perfiles y Competencias.

En cuanto a las capacitaciones previstas a lo largo del proceso de implementación, las mismas se pospusieron debido a la situación de emergencia sanitaria y se están evaluando fechas para reprogramarlas.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Perfiles y competencias

		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		GOBIERNO DE TUCUMÁN
SERVICIO DE FARMACIA				
PERFILES Y COMPETENCIAS	Revisión	0	Vigencia	Agosto 202

Datos del cargo

CARGO	Jefe De Servicio	Numero Personas en el cargo	1
JEFE DIRECTO	Gerente Administrativo Contable		
SUPERVISIÓN	No Aplica		
REEMPLAZANTE	Farmacéutico		

Requisitos para Desempeñarse adecuadamente en el Cargo

Formación Profesional
<ul style="list-style-type: none">• Resolución Ministerial que acredite la función Jerárquica de jefatura• Profesional con título universitario.

Habilidades que requiere para desempeñarse en el cargo adecuadamente
<ul style="list-style-type: none">• Liderazgo• Vocación de servicio• Capacidad de gestión• Administración de los Recursos tanto humanos como de infraestructura• Coordinación, dirección y supervisión• Buen desempeño en situaciones complejas• Orientación a resultados• Trabajo en equipo

Principales Actividades del Cargo
<ul style="list-style-type: none">• Supervisión y monitoreo en el cumplimiento de las fases de los procesos a todo el staff del servicio.• Desarrollar estrategias o normativas para alcanzar todos los objetivos propuestos. Controlar la calidad de las prestaciones de acuerdo a las normas establecidas para este servicio.• Adoptar las medidas necesarias para garantizar la provisión de medicamentos que corresponda.• Actuar en resguardo del paciente, procurando prestaciones oportunas y permanentes.• Implementar y controlar que se cumplan las normas de bioseguridad para el personal del Servicio.• Analizar la información estadística del servicio y elaborar informes cuando sea requerido.• Colaborar en la formación de estudiantes que asistan a su Servicio.• Promover la actividad científica, con presentaciones de trabajos en congresos, jornadas,



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

cursos, etc.

- Integrar el Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Realizar la distribución del personal bajo su desempeño y evaluar su desempeño según normas establecidas por el SI.PRO.SA.
- Procurar mantener una buena comunicación y clima laboral adecuados de todo el personal a su cargo.
- Velar por el buen uso de equipamientos, materiales, instalaciones, asegurándose el uso racional de los mismos. Solicitar equipamiento y tramitar reposiciones o reparaciones.

Datos del Cargo

CARGO	Farmacéutico	Numero Personas en el cargo	10
JEFE DIRECTO	Jefe de Servicio		
SUPERVISION	No Aplica		
REEMPLAZANTE	Farmacéutico		

Requisitos para Desempeñarse adecuadamente en el Cargo

Formación Profesional
<ul style="list-style-type: none">• Profesional con título universitario.

Habilidades que requiere para desempeñarse en el cargo adecuadamente
<ul style="list-style-type: none">• Vocación de servicio• Conocimiento técnico en función de la tarea• Responsabilidad y compromiso social• Trabajo en equipo

Actividades y Responsabilidad

Principales Actividades del Cargo
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar la medicación para los pacientes internados prescripta por los médicos del hospital, de la forma más rápida, segura y eficaz.• Preparar todas aquellas formas farmacéuticas necesarias.• Establecer programas de envasado para los medicamentos que necesiten una presentación en dosis unitaria para su dispensación.• Realizar supervisión y control terapéutico de los pacientes hospitalizados.• Establecer programas de farmacovigilancia.• Controlar el stock de medicamentos y descartables.

Principal Responsabilidad del Cargo
<ul style="list-style-type: none">• Brindar un servicio farmacéutico basado en la calidad y seguridad en el uso y manejo del medicamento y dispositivo médico, otorgado por un equipo comprometido y capacitado, orientado a garantizar una adecuada y confiable gestión.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Datos del Cargo

CARGO	Auxiliar de farmacia	Numero Personas en el cargo	10
JEFE DIRECTO	Jefe de servicio		
SUPERVISION	No Aplica		
REEMPLAZANTE	Administrativo		

Requisitos para Desempeñarse adecuadamente en el Cargo

Educación (cursos, capacitaciones, instrucción, trabajo práctico) y formación
<ul style="list-style-type: none">• Secundario Completo• Conocimientos de computación• Conocimientos en Administración Pública

Habilidades que requiere para desempeñarse en el cargo adecuadamente
<ul style="list-style-type: none">• Orientación al paciente• Atención al paciente con respeto y cordialidad• Conocimientos técnicos en función de la tarea• Comunicación clara• Manejo de informática• Organización y adaptación• Trabajo en equipo

Actividades y Responsabilidad

Principales Actividades del Cargo
<ul style="list-style-type: none">• Preparar la medicación y material descartable de todas las salas del Hospital, según los pedidos generados por los farmacéuticos de las mismas.• Repones medicamentos y material descartable en los estantes.• Trasladar medicamentos y material descartable desde el depósito.• Adecuar en sus lugares todos los productos recibidos de los proveedores.• Mantener el orden en Farmacia y en depósito.

Elaboración	Revisión	Aprobación
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Cargo	Cargo:	Cargo:



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

Pasos a seguir

Por último, se establecieron los pasos a seguir de ahora en adelante:

- Capacitaciones pertinentes al personal

Como se mencionó anteriormente, debido a la emergencia sanitaria de este año, las capacitaciones quedaron pendientes y se están reprogramando sus fechas. Las mismas se llevarán a cabo para que el personal afiance los temas referidos a ISO, comprendan y socialicen la Política de Calidad, etc. Además de prepararlos para la auditoría externa de certificación.

- Auditoría interna

Una vez completada la implementación, se realizará la auditoría interna llevada a cabo por la consultora en conjunto a empleados del hospital con experiencia en auditorías. La misma es para evaluar qué tan bien se llevó a cabo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y evaluar cada uno de sus componentes.

- Revisión previa a la certificación

Con los resultados de la auditoría interna se realizarán los cambios necesarios, corrigiendo las No Conformidades advertidas. De esta manera, se pulirán los detalles para la auditoría externa de certificación.

- Auditoría externa

Como se mencionó anteriormente, consta de dos etapas, una auditoría documental y una en el lugar de trabajo. Sin embargo, por la situación de emergencia las auditorías se llevarán a cabo de forma remota, ya que el personal de la certificadora no puede asistir a las instalaciones del hospital para llevar a cabo las auditorías.

En la primera, se lleva a cabo la auditoría sobre el soporte documental del proceso. Aquí el auditor revisará todos los archivos y hará las observaciones que considere pertinentes. Estas deben ser corregidas para la segunda auditoría, que es generalmente un mes después de la primera.

En la segunda auditoría se revisa paso por paso el proceso, auditando a los trabajadores sobre su forma de realizar las tareas, qué hacer frente a diferentes escenarios que pueden ocurrir, etc. Aquí se verá qué tan bien fue implementado el SGC y cómo está funcionando.

Si estas dos auditorías son aprobadas, el hospital recibirá la certificación en ISO 9001:2015 para los procesos de Adquisición y recepción de medicamentos y Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios.

Al recibir la certificación, se realizarán auditorías de mantenimiento para asegurarse que el SGC siga funcionando bien a través de los años.

Resultados y conclusiones

En el análisis de la situación actual de los procesos bajo estudio se determinó que el Hospital no dispone de los procedimientos mínimos y necesarios según ISO 9001:2015. El estado de la documentación fue deficiente ya que el mismo no contaba con ninguno referido a esos procesos en particular.

Como resultado de esta parte de la implementación se desarrolló el soporte documental de los procesos, que será controlado en la primera auditoría. Este está compuesto por Manuales de Procesos y Procedimientos para ambos procesos, Análisis de contexto de la organización, FODA institucional, Comprensión de las Partes Interesadas de la organización y de los procesos bajo estudio, determinación de la Política de Calidad,



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL



LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN

confección de la Matriz de Riesgo, elaboración del Control de vencimientos y Semafización y el desarrollo de Perfiles y Competencias.

Además, se capacitó al personal involucrado en ISO 9001 para poder llevar a cabo todo el plan de implementación.

Toda esta documentación representa una oportunidad de mejora para la organización, ya que cumple con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y se recomienda implementarlos y socializarlos entre los participantes de la organización.

De todo este proceso, destaco la complejidad del proceso de implementar un SGC en una organización, siendo muy importante que la decisión de certificar sea tomada a conciencia y teniendo en cuenta la cultura organizacional. Esta decisión no debe ser percibida como impuesta para el servicio que vaya a certificar ya que eso afecta el desempeño del mismo a lo largo del proceso.

Se debe tener en cuenta el factor humano y hacerlos partícipes de todo el proceso, de lo contrario pueden reaccionar mal ante la implementación resultando en un esfuerzo únicamente burocrático.

Particularmente en el servicio de Farmacia, no se demostró una actitud diligente y predispuesta a llevar a cabo el proceso de implementación debido a la gran carga de tareas con las que cuentan habitualmente. Esta resistencia podría haber sido resuelta de mejor manera si el personal encargado de la implementación hubiera sido partícipe desde la toma de la decisión de certificar.

Además, el ritmo de la implementación debe ajustarse al ritmo de las personas que efectivamente van a trabajar con el proceso y no tratar de amoldarlo a la forma de trabajar de la consultora externa. Si bien la misma es muy útil debido a la experiencia con la que cuenta, suele tener un ritmo rápido de trabajo al que las organizaciones no se adaptan bien y generan trabajo atrasado y frustraciones por parte del personal.

Por otro lado, destaco que sí bien este trabajo se centró en el soporte documental de la implementación, el proceso no debe reducirse solo a la confección de los mismos. Si bien los documentos son muy importantes, ya que a través de ellos se formalizan los elementos del Sistema de Gestión de la Calidad, la correcta implementación de lo establecido en ellos es lo más importante.



INFORME FINAL PRÁCTICA PROFESIONAL

LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN



Bibliografía

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición.
- Secretaría Central de ISO en Ginebra, Suiza, Grupo de Trabajo Spanish Translation Task Force (STTF). Norma Internacional ISO 9001:2015. Quinta Edición, traducción oficial.
- Adler, Martin Oscar. Producción y Operaciones. Ediciones Macchi. Buenos Aires. 2004
- Página web Soluciones para la Gestión de la Excelencia y Conformidad Empresarial: <https://www.isotools.org/>
- Yáñez, C. "Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001". (2008)